



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde

MARIA CRISTINA REIS SOUZA

**CUIDADOS TRADICIONAIS EM SAÚDE UTILIZADOS POR PESSOAS
QUILOMBOLAS: Um Estudo de Caso a partir de Fotografias e Narrativas**

RIO DE JANEIRO

2024

MARIA CRISTINA REIS SOUZA

**CUIDADOS TRADICIONAIS EM SAÚDE UTILIZADOS POR PESSOAS
QUILOMBOLAS: Um Estudo de Caso a partir de Fotografias e Narrativas**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com área de concentração em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Maria Inez Padula Anderson

RIO DE JANEIRO

2024

AGRADECIMENTOS

Aos ancestrais que trago em mim.

À minha família. Aos meus pais queridos João Maria e Maria Anunciada pelo cuidado, orientação, educação e amor que sempre me dedicaram.

Ao meu amor pelo apoio incondicional, amizade e respeito.

Aos funcionários da Clínica de Família Olavo da Costa, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde

À comunidade quilombola da Rasa que me acolheu, apoiou e se mantém forte mesmo com as adversidades e o racismo que tenta apagar sua história.

À minha orientadora por aceitar o desafio deste estudo e manter junto comigo o olhar voltado para a valorização da história e cultura da comunidade quilombola de Armação dos Búzios desde a chegada da Residência Médica neste município.

Aos professores do Mestrado Profissional por me proporcionarem um pouco de seu conhecimento e dedicação, em especial à professora Maria Kátia Gomes que sempre me incentivou e apoiou.

Aos colegas do Mestrado que apesar da distância devido à pandemia de COVID19 foram maravilhosamente presentes durante todo este percurso.

“Dá licença, Pai Antônio,
Eu não vim te visitá.
Eu estou muito doente
O que quero é me curá,

Se a doença for feitiço
Me cura no seu congá;
Se a doença for de Deus...
Ah! Pai Antônio, vai curá!
Coitado de Pai Antônio
Preto Velho rezadô,
Foi parar numa prisão,
Ah, por não ter um defensô.
Pai Antônio na Quibanda...
É curadô! É pai de mesa, é rezadô!
É pai de mesa, é rezadô!
Pai Antônio da Quibanda é curadô!
Povo de umbanda!
Povo valente!
Rei de Congo!
Meu pai chegou!”

Poesia popular anônima

RESUMO

Esta dissertação de mestrado buscou compreender a percepção de cuidado em saúde presente e identificado pela comunidade remanescente quilombola do bairro da Rasa em Armação dos Búzios – RJ, nos tempos atuais. Teve como universo de pesquisa uma amostra de quatro pessoas adultas remanescentes daquele quilombo identificadas como informantes-chave da comunidade, a partir de um diagnóstico comunitário realizado em 2020. Os objetivos deste trabalho foram: (a) construir, a partir da expressão por imagens fotográficas feitas por alguns moradores da comunidade quilombola da Rasa, uma narrativa sobre seu cotidiano de cuidado em saúde a fim de identificar como é realizada essa prática nos dias de hoje; (b) possibilitar que os remanescentes quilombolas identificassem fatores protetores e fatores de risco em saúde em sua comunidade relacionados às suas formas de cuidado atuais; (c) aperfeiçoar a integração com os serviços de saúde locais promovendo melhoria das condições de saúde da população remanescente quilombola. Os resultados evidenciaram a relevância desse estudo, quando se demonstrou a presença do conhecimento sobre formas de cuidado em saúde baseada na cultura de uma comunidade que sabe qual sua origem e a importância de preservar seu conhecimento ancestral. Concluiu-se que as equipes de Estratégia de Saúde da Família necessitam ter como base a abordagem comunitária e a partir desta e da integração de saberes, discutir estratégias de intervenção e planejar atividades. Neste sentido, a competência cultural, que se espera do médico de família e comunidade, bem como de cada membro da equipe, se mostra um fator facilitador estratégico. Conclui-se também que o cuidado em saúde da população quilombola, aqui representada pelos entrevistados, teve a presença humana afetuosa como medicamento de base, em uma sociedade movida pela entrega rápida de produtos e serviços com promessa de resultado imediato.

PALAVRAS-CHAVES: atenção primária à saúde; quilombolas; fotografia; narrativas pessoais.

ABSTRACT

This master's dissertation sought to understand the perception of health care present and identified by the remaining quilombola community of the Rasa neighborhood in Armação dos Búzios – RJ, in current times. The research universe was a sample of four adult people remaining from that quilombo identified as key informants of the community, based on the community diagnosis carried out in 2020. The objectives of this work were: (a) to construct, based on the expression through photographic images taken by some residents of the Rasa quilombola community, a narrative about their daily health care in order to identify how this practice is carried out today; (b) enable the remaining quilombolas to identify protective factors and health risk factors in their Community related to their current forms of care; (c) improve integration with local health services, promoting improvements in the health conditions of the remaining quilombola population. The results highlighted the relevance of this study, when it demonstrated the presence of knowledge about forms of health care based on the culture of a community that knows its origin and care based on the culture of a community that knows its origin and the importance of preserving its ancestral knowledge. It was concluded that Family Health Strategy teams need to be based on the Community approach and based on this and the integration of knowledge, discuss intervention strategies and plan activities. In this sense, cultural competence, which is expected from family and community doctors, as well as from each team member, proves to be a strategic facilitating factor. It is also concluded that the health care of the quilombola population, represented here by the interviewees, had the affectionate human presence as a basic medicine, in a society driven by the rapid delivery of products and services with the promise of immediate results.

KEYWORDS: Primary Health Care; Quilombolas; photography; personal narrative.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MFC – Medicina de Família e Comunidade

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UBS – Unidade Básica de Saúde

PRMFC – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

UBS OC – Unidade Básica de Saúde Olavo da Costa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

TCRJ – Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

FCP – Fundação Cultural Palmares

OMS – Organização Mundial De Saúde

DSS – Determinante Social De Saúde

PNSIPN – Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia De Saúde Da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DMIF– Departamento de Medicina Integral e Familiar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

HESFA – Hospital Escola São Francisco de Assis

CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

Lista de Ilustrações

| | |
|--|-------|
| Fotografias 1 e 2 – Siri cru e siri cozido | p. 53 |
| Fotografia 3 – Cuidado com a hora | p. 54 |
| Fotografia 4 – O violão e a mala | p. 55 |
| Fotografia 5 – Bananeira traz alimento | p. 56 |
| Fotografias 6, 7 e 8 – Rosa Branca, Cana do Brejo, Boldo | p. 57 |
| Fotografias 9, 10 e 11 – Primeiro o amor; ajudando o projeto; ajudando vacinar. | p. 58 |
| Fotografias 12 e 13 – Painel com as imagens de fotografias de todos os participantes. | p. 59 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Apresentação | |
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| Contexto..... | 11 |
| Justificativa..... | 13 |
| Capítulo 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO, SUAS HISTÓRIAS E MORADORES. | |
| 1.1- Armação dos Búzios: um município quilombola?..... | 14 |
| 1.2 - A diáspora africana e sua influência na cultura brasileira..... | 17 |
| 1.3 - Determinantes Sociais de Saúde e os remanescentes quilombolas..... | 20 |
| Capítulo 2 – O CUIDADO BIOMÉDICO NO BRASIL E A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE DIRECIONADA À POPULAÇÃO NEGRA..... | 24 |
| 2.1 - O modelo biomédico e o cuidado em saúde..... | 24 |
| 2.2 - A legislação em saúde direcionada à população negra no Brasil..... | 27 |
| 2.3 - A dimensão do cuidar em saúde | 30 |
| 2.4 -ESF, Abordagem Comunitária, educação e cuidado popular em saúde..... | 35 |
| Capítulo 3 – O CUIDADO QUILOMBOLA E SUAS PRÁTICAS EM SAÚDE..... | 38 |
| Capítulo 4 – O USO DA FOTOGRAFIA EM ESTUDOS ETNOGRÁFICOS | 41 |
| 4.1 – Etnografia e coleta de informações através de imagens | 41 |
| Capítulo 5 - OBJETIVOS..... | 44 |
| Geral..... | 44 |
| Específicos..... | 44 |
| Capítulo 6 -METODOLOGIA..... | 45 |
| Capítulo 7 – Resultados e discussão | 49 |
| Etapa 1 – Entrevista semiestruturada | 49 |
| Etapa 2 – Fotovoz – Cuidado quilombola | 52 |

- Coromodó e espinho de laranja
- Siri Cru e Siri Cozido
- Cuidar da Hora
- O Violão e a Mala
- Bananeira traz alimentos
- Rosa Branca para os olhos
- Cuidar é amar

ETAPA 3 – Painel com as imagens fotográficas feitas por todos os participantes59

ETAPA 4 – ANÁLISE DAS NARRATIVAS63

4.1 –CATEGORIAS DE CUIDADO63

- Cuidado cultural

- Cuidado em saúde usando plantas medicinais

- Cuidado afetivo

- Cuidado humanitário

- Cuidado como expressão de medo

CONCLUSÃO70

Referências

Anexo 1 – TCLE

Anexo 2 – Questionário semiestruturado

Anexo 3 – Termo de autorização de uso de imagem, voz e som

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Maria Cristina Reis Souza. Sou graduada há 24 anos em fisioterapia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e há 7 anos em medicina pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Fiz Especialização em Acupuntura Sistêmica e em Gerontologia Social. Finalizei a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em março de 2020 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e logo em seguida iniciei o R3 – Administração em Saúde, em MFC, ainda pela UERJ, em um projeto de interiorização desta mesma Universidade, na Clínica de Família Olavo da Costa, em Armação dos Búzios - RJ.

Trabalhei como fisioterapeuta no município de Breves, capital das ilhas do Marajó - PA, onde durante onze anos tive a oportunidade de realizar atividades ambulatoriais, hospitalares e na comunidade, me aproximando das pessoas, de suas histórias e modos de viver ribeirinhos. Tinha curiosidade pela origem daquela comunidade de características branca e negra com traços indígenas oriunda de uma comunidade indígena extinta Nheengaiba.

Enquanto ainda trabalhava em Breves-PA, fiz o curso de acupuntura em Belém do Pará e iniciei estudos com coleta de dados na comunidade brevesense sobre os tipos de tratamento feitos por mulheres parteiras/puxadeiras que também benziam as pessoas enquanto tratavam queixas de saúde que chamavam de “vento no músculo”, “torceduras”, “espinhela caída”, “mãe do corpo fora do lugar” entre outros problemas de saúde, e comparei o tratamento com ventosas realizados por estas mulheres ao tratamento da Medicina Tradicional Chinesa com ventosa chinesa.

Aos poucos o desejo pela medicina e pela MFC foi surgindo e se consolidou na Residência em MFC nos municípios do Rio de Janeiro e em Armação dos Búzios. Já no R3, em Armação dos Búzios, me deparei com a situação de pandemia de COVID 19 que teve seu primeiro caso do município em uma pessoa remanescente quilombola de microárea em que atuava. Nesse período, pude ver os caminhos de cuidado buscado pelas pessoas quilombolas seguindo seus antepassados com o uso de chás de plantas medicinais para tratar sintomas

respiratórios diante da dificuldade e muitas vezes impossibilidade de buscar os serviços de saúde.

A curiosidade pelo tipo de tratamento realizado pela comunidade nessas condições de adversidade me levou a ampliação de um mundo interior e exterior em mim, mulher negra, nortista, médica, à medida em que fui aprofundando os estudos sobre a história, cultura, condições sociais e de fatores promotores e adoecedores das pessoas daquele lugar.

As lembranças de benção na infância quando minha mãe me levava na benzedeira da cidade e me tratava com óleo de copaíba, limão, alho e andiroba nas afecções de garganta retornaram com uma alegria própria de quem foi muito bem cuidada, me trazendo memórias afetivas também muito potentes, capazes de curar.

I INTRODUÇÃO

No ano de 2020, iniciou-se a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) – R3 Administração em Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em parceria com o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a prefeitura municipal de Armação dos Búzios. Como Trabalho de Conclusão do terceiro ano deste programa de residência, foi feito o diagnóstico comunitário da população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) Olavo da Costa, localizada no bairro da Rasa, onde os residentes e preceptores realizam a maioria absoluta da carga horária docente-assistencial deste PRMFC. Neste trabalho foram encontradas várias famílias remanescentes de quilombo na região estudada.

Esta dissertação de mestrado pretende compreender qual é a percepção de cuidado em saúde apreendida e realizada pelas pessoas remanescentes quilombolas da comunidade do bairro da Rasa em Armação dos Búzios – RJ, no decorrer da sua história e de seus ancestrais até os dias atuais e que ainda permanecem.

O universo de pesquisa foi composto por uma amostra de quatro pessoas adultas remanescentes daquele quilombo, em área adscrita à Unidade Básica de Saúde Olavo da Costa, identificados como informantes-chave da comunidade, a partir do diagnóstico comunitário realizado em 2020.

A estratégia metodológica utilizada foi o fotovoz - análise de imagens fotográficas e suas narrativas feitas por moradores da comunidade quilombola da Rasa. O objetivo foi identificar como são realizadas as práticas de cuidado nos dias de hoje relacionando-as às práticas de seus antepassados. O método fotovoz está inserido nas metodologias de pesquisa de ação participativa que utiliza fotografias e narrativas realizadas pelos participantes e discutidas individualmente e em grupo, junto com a pesquisadora. Trata-se, portanto, de estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva.

Pretende-se com esta pesquisa possibilitar, junto aos remanescentes quilombolas, que identifiquem práticas de cuidado presentes na comunidade, assim como fatores protetores e fatores de risco em saúde. Por outro lado, objetiva-se também elaborar e aperfeiçoar atividades integradas com os serviços de saúde locais para que promovam melhoria das condições de saúde da

população remanescente quilombola, respeitando seus costumes e incorporando sempre que possível da sua sabedoria popular.

Contexto

A pandemia da COVID 19 afetou o cuidado em saúde de diferentes formas, dificultando o acesso aos serviços de saúde e gerando desafios significativos na prestação de serviços à maior parte da população (OPAS, 2022). No território da Clínica da Família Olavo da Costa, no município de Armação de Búzios, estado do Rio de Janeiro, assim como em outros locais, houve restrições relacionadas ao convívio social das pessoas, recomendando-se que estas passassem a se limitar ao espaço doméstico e a seus quintais, para quem os possuía.

Durante as visitas domiciliares, realizadas no território, de acordo com as normas de distanciamento e uso de EPI (equipamento de proteção individual), verificou-se que uma parte desta população - algumas pessoas remanescentes de quilombo - voltaram a fazer uso de chás de plantas medicinais, a fim de realizar seu tratamento em saúde.

Outro fato que nos pareceu marcante, foi que, com a COVID 19, a população quilombola da Armação dos Búzios sofreu perdas importantes de seus moradores. D. Carivaldina, conhecida na região como D. Uia e presidente de honra da Associação do quilombo da Rasa foi uma das primeiras perdas. Sua maneira carismática, acolhedora e cuidadora deixou a comunidade remanescente quilombola do bairro da Rasa com o “sentimento de terem ficado órfãos”, como alguns moradores citaram durante as consultas médicas. Tinha o título de *Griot* - a guardiã da história e cultura de seu povo. Ou seja, com a sua morte, também se perdiam muitas referências desta população, inclusive àquelas voltadas aos cuidados em saúde.

Após a descoberta e início da aplicação da vacina contra o COVID19, e com o retorno mais rotineiro das consultas, observou-se a necessidade de explorar esse aspecto da cultura local e identificar outras formas de cuidado e autocuidado presentes na comunidade, especialmente aqueles utilizados pelas famílias remanescentes quilombolas da região, para promover o sentimento de pertencimento nesta comunidade, em relação ao seu território e sua cultura (SOUZA, 2021).

Esses fatos trouxeram a necessidade de desdobrar e aprofundar nesta pesquisa, o trabalho de conclusão de residência (TCR) de R3 Administração em Saúde do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O foco deste TCR foi a elaboração do diagnóstico comunitário da população adscrita à UBS Olavo da Costa, no bairro da Rasa, local em que residem famílias remanescentes de quilombo (SOUZA, 2021).

O mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde (APS) foi o caminho identificado como mais propício a este aprofundamento e desdobramento. Nesse segundo momento, o objetivo foi tentar identificar o que de fato persiste de conhecimento ancestral nos modos de vida dos remanescentes quilombolas, seus cotidianos, suas relações, suas percepções da existência, tomando como foco a noção de cuidado em saúde. Além disso, entender um pouco mais a percepção desta população a respeito da cultura de seus antepassados de matriz africana, considerando o sofrimento advindo da escravização e da falta de cuidado específico à sua condição e cultura.

Segundo Henrique (2010) o diagnóstico comunitário é uma fotografia da realidade local de uma população em determinado período, levando em conta os recursos disponíveis da comunidade e as questões culturais, políticas e sociais relacionadas com o processo saúde e doença.

Durante o processo de territorialização, como parte do Diagnóstico Comunitário, e pesquisando sobre a história e cultura locais, o que aparecia

sobre Armação dos Búzios era voltado para o turismo da cidade, tendo como referência a vinda de Brigitte Bardot ao município na década de 1970, o que teria tornado a cidade um importante local turístico, em detrimento à história e cultura da população nascida e criada neste município.

No entanto, em dados coletados com os funcionários da Unidade Básica de Saúde Olavo da Costa (UBS OC) e com os informantes-chave do território, bem como através da nossa observação, também como etapa do Diagnóstico Comunitário, a história silenciada do município em relação às suas origens e desenvolvimento foi vindo à tona.

Neste estudo do território adscrito da UBS OC, foram identificadas 124 famílias remanescentes quilombolas residentes no bairro da Rasa. Isso representa cerca de 496 pessoas, considerando um número aproximado de quatro pessoas por família (SOUZA, 2021).

Justificativa

Justifica-se este trabalho pela relevância do resgate de aprendizados na área do cuidado em saúde dos remanescentes quilombolas na região de Armação de Búzios, assim como dar luz à história e à cultura silenciadas desde o processo de escravização até os dias atuais.

.

Capítulo 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO, SUA HISTÓRIA E DE SEUS MORADORES

1.1 Armação De Búzios: Um Município Quilombola?

O Município de Armação de Búzios está localizado a 165 Km da cidade do Rio de Janeiro, capital do estado do Rio de Janeiro. Fica na microrregião de Lagos e Mesorregião de Baixadas, tem área territorial de 70,978 km². A população, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) é de 40.006 pessoas e densidade demográfica 563,65; o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) é de 0,728 (IBGE, 2023).

Em relação a dados de raça/cor, encontramos dados do censo do IBGE de 2000, a partir de documento do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro de 2004. Neste Censo (IBGE 2000) a população do município era de 18.204 habitantes das quais 55,5% se autodeclaravam brancas; 7,9% pretas; 0,4% amarelas; 35% pardas e 0,5% indígenas. Em relação à religião: 42% se referiam como católicos; 32% evangélicos; 21% sem religião e 5% outras (TCRJ, 2004).

Em 2010, dados do IBGE mostram em uma população de 27.560 habitantes e entre esta população residente por religião mostram que havia 10.902 (39,56%) pessoas de religião evangélica, 8.525 (30,93%) pessoas de religião católica apostólica romana e 586 (2,12%) pessoas espíritas, de candomblé e umbanda 42 (0,15%) pessoas, apenas de candomblé 15 (0,05%) e apenas de umbanda 18 (0,06%) pessoas no município⁶. Após este censo, não foi encontrado dado de pesquisa do IBGE sobre crença/religião das pessoas do município de Armação dos Búzios (IBGE, 2010).

Segundo o IBGE, em 2021, a população estimada era de 35.060 pessoas e o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos. A proporção de pessoas

ocupadas em relação à população total era de 41.2%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 31.1% da população estava vivendo nessas condições, o que o colocava na posição 85 dentre as 92 cidades do estado e na posição 4.468 de 5.570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2023).

A história de Armação dos Búzios mostra que o período pós abolição foi marcado por tráfico ilegal de escravos, o que é mencionado em estudo de Accioli (1998), onde pode-se ler que as praias de José Gonçalves e Rasa foram utilizadas como pontos do tráfico clandestino de africanos na região do antigo Cabo Frio. Destaca também que, entre 1844 e 1845, por estas praias foram desembarcados, aproximadamente 7.040 africanos. Este local, por ser de difícil acesso, tornou-se importante para manter a continuidade dos desembarques ilegais, mesmo com a intensificação do combate ao tráfico após 1850 (ACCIOLI, 2012).

A memória social recorrente do grupo dos chamados “quilombolas” da Rasa está baseada na crença de que seus antepassados trabalhavam escravizados na fazenda Campos Novos e nas demais fazendas que começavam a se formar nos arredores dessas terras. Essa condição social de seus antepassados assume um papel fundamental de marcador de pertencimento a um grupo de identidade étnica quilombola (ACCIOLI, 2012).

Quem pode ser denominado remanescente quilombola? De acordo com o Decreto Federal nº 4.887, de 20/11/2003, que regulamenta o artigo constitucional, temos que:

A caracterização dos remanescentes das comunidades dos quilombos será atestada mediante autodefinição da própria comunidade, entendendo-as como: “grupos étnicos-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003)

O parágrafo 4º do art. 3º deste mesmo decreto, reserva à Fundação Cultural Palmares (FCP) a competência pela emissão de certidão às comunidades quilombolas e sua inscrição em cadastro geral.

Nos termos do Decreto nº. 4.887, de 2003, denomina-se *Território Quilombola Oficialmente Delimitado*, as terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos e utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural (PRADO, 2021).

No Estado do Rio de Janeiro, segundo o censo de 2010, constam 17 territórios quilombolas oficialmente delimitados, entre eles estão os quilombos da Rasa e da Baía Formosa (BRASIL, 2003).

Em Armação dos Búzios existem duas associações de pessoas remanescentes de quilombos: a associação do quilombo da Rasa e a associação do quilombo de Baía Formosa (SOUZA, 2021).

1.2 A Diáspora Africana e o Impacto na Cultura dos Povos Escravizados no Brasil

A diáspora africana foi o processo histórico por meio do qual africanos e africanas foram dispersos pelas Américas e por outras partes do mundo por meio do tráfico atlântico de pessoas escravizadas (PRADO, 2021).

Essa diáspora ocorreu majoritariamente no século XV em uma das maiores migrações forçadas da história, quando milhões de africanos foram retirados de suas terras para serem vendidos na condição de escravos em países da Europa. A partir do século XVI, o Brasil foi o destino de milhões dessas pessoas, especialmente os povos de origem Bantu que chegaram em maior quantidade ao Brasil até o século XVIII (PRADO, 2021).

Os africanos trazidos para o Brasil foram submetidos à cultura e à religião lusitana, através da catequização católica, sendo batizados e chamados por nomes cristãos, proibidos de cultuar seus deuses e promoverem seus ritos sagrados. Entretanto, apesar da imposição da religião católica, conseguiram manter as práticas das suas crenças e tradições religiosas e culturais por meio do sincretismo religioso, o que se deu também incluindo as divindades indígenas (PRADO, 2021).

De acordo com estudos de Prandi (1998), a história das religiões afro-brasileiras pode ser dividida em três momentos: o primeiro da sincretização com o catolicismo, durante a formação do candomblé, xangô, tambor de mina e batuque; o segundo com o momento do branqueamento, com a formação da umbanda entre 1920 e 1930; e por último, o momento da africanização, onde se deu a transformação do candomblé em religião universal, quando caem as barreiras de cor ou origem racial a partir de 1960 (PRANDI, 1998).

Nesse contexto estudado por Prandi (1998), a região Nordeste foi berço da modalidade religiosa chamada Catimbó, que é mais próxima das religiões indígenas e que acabou incorporando partes das religiões afro-brasileiras ou as

influenciando. O catimbó é religião de espíritos aos quais se dá o nome de mestres e caboclos, que se incorporam no transe para aconselhar, receitar e curar. Esse tronco afro-ameríndio tem particularidades em diferentes lugares, sendo chamado de jurema, toré, pajelança, babaçuê, encantaria e cura (PRANDI, 1998).

A partir desta reflexão, somos convidados a analisar a identidade cultural desse povo na atualidade, entendendo não só a construção social e histórica local, mas antes disso, conhecendo informações sobre a raiz dessa identidade desde a diáspora, olhando a base da construção do que vemos hoje (PRANDI, 1998).

Gilroy (2020) quando se refere às identidades culturais contraditórias de negros contemporâneos, e quem sabe, de todos os negros do ocidente, percebe-os em uma situação de conflito em relação às suas identidades: “ser europeu e negro ao mesmo tempo, mantendo uma relação marcada por simbolismo de cores e do poder cultural explícito da dinâmica maniqueísta central: o preto e o branco”.

Durante a diáspora, em sua chegada ao Brasil, os negros traziam consigo hábitos e costumes diferentes, os quais se manifestavam de forma dinâmica e motivava o colonizador a não permitir aglomeração de negros da mesma nação, pois os traços de cultura de cada grupo étnico determinavam o comportamento dos seus membros (GILROY, 2020)

De quatro nações se compõem este regimento: minas, ardras, angolas e crioulos; estes são tão malcriados que não temem nem devem; os minas são tão bravos que aonde não podem chegar com o braço, chegam com o nome; os ardras são tão fogosos que tudo querem cortar de um golpe; os angolas tão robustos que nenhum trabalho os cansa.

(Carta de Henrique Dias *in* MOURA, 2020, p.231)

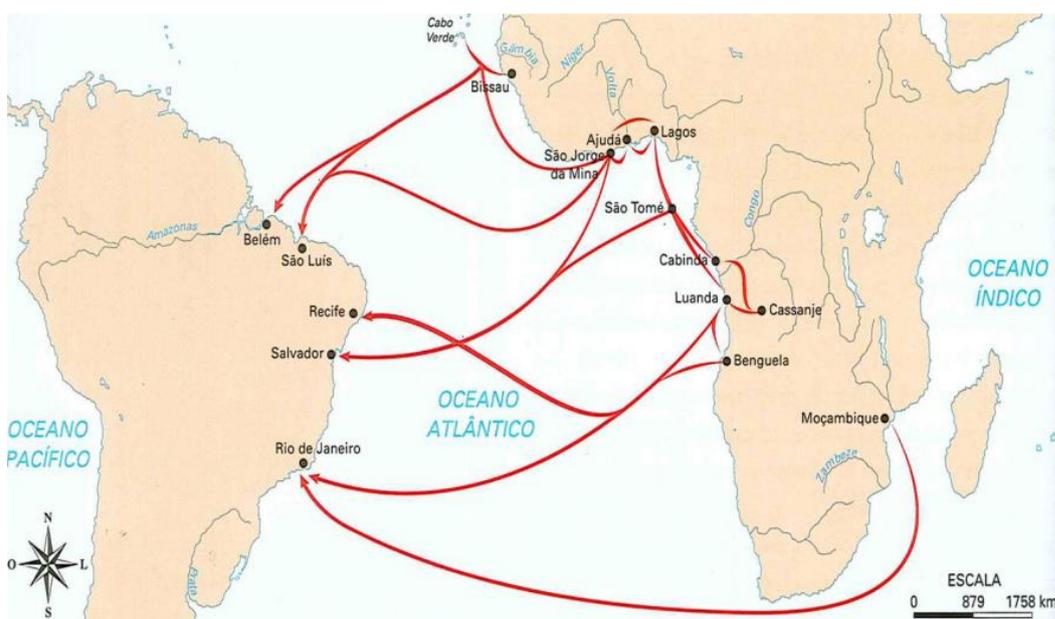
As diferentes línguas faladas por eles impediam a comunicação que precisavam para que se organizassem social e politicamente, o que os levou a criar uma linguagem capaz de se entenderem mutuamente. Este código de

linguagem permitiu que grupos étnicos diferentes interagissem na organização, lazer, práticas religiosas e comunicação em geral (ASANTE *in* GILROY, 2020).

O desenvolvimento da comunicação entre essas diferentes etnias foi ocorrendo desde a vinda forçada dos milhões de negros para o Brasil, pois algum tipo de comunicação era necessário para estruturar os vários processos de resistência, desde a expressão de suas religiosidades, articulação de fugas e aquilombamentos, estruturação de revoltas, alianças entre os diversos povos que aqui chegaram vindos de África, como também as alianças com os povos indígenas, dentre outros processos (MOURA, 2020).

O tráfico de escravizados africanos constituiu o mais longo e volumoso processo de migração forçada da História, trazendo para as Américas cerca de 11 milhões de pessoas, sendo que 40% destes foram trazidos para o Brasil em mais de três séculos de tráfico atlântico. Este processo histórico levou a presença africana ao nosso país e a diferentes partes do mundo (TEIXEIRA, 2012).

Principais rotas de comércio atlântico de escravizados para o Brasil do Séc XVI ao XIX.



Fonte: TEIXEIRA, 2012.

Em comum com os povos africanos, os indígenas possuíam uma forma de concepção da realidade marcada pela transmissão oral de conhecimentos, e experiência coletiva em sua relação com a natureza. Essa afinidade entre eles possibilitou muitas alianças, como processos de resistência às violências coloniais e com isso surgiram diversas trocas de conhecimentos (MOURA, 2020).

A diversidade de conhecimentos e trocas ocorriam também entre os próprios africanos de povos e culturas distintas. Entre elas estavam as práticas de cuidado à saúde e o uso ritualístico de ervas. Para os povos africanos de tradição oral, o processo de cura está interligado: entre a comunicação do mundo visível com o mundo invisível, através da realização de ritos (MOURA, 2020).

Para Ribeiro (1996), ainda que a diáspora tenha sido forçada por circunstâncias históricas, a ancestralidade africana é a que determina a constituição da identidade nacional brasileira, apesar da ideologia do branqueamento que determina o europeu como modelo identificatório (RIBEIRO, 1996).

Ainda de acordo com Ribeiro (1996), a identidade e a cidadania dos brasileiros, constroem-se a partir de elementos de cosmovisões africanas, porém percebemos que os brasileiros afro-descendentes têm sua cultura, sabedoria e compreensão da importância do homem, da natureza e das relações entre o natural e o espiritual subestimados ou totalmente negados.

1.3 Determinantes Sociais da Saúde, Competência Cultural e sua influência nos Remanescentes Quilombolas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, enquanto a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde definiu os DSS como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/

raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (OMS, 2011).

Novamente, vale destacar como o estudo inicial sobre esse território se fez relevante, bem como o olhar direcionado à importância da competência cultural como um dos atributos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Gouveia (2019), esse atributo derivado da APS permite o reconhecimento das características culturais dos grupos sociais e de suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença. Possibilita desenvolver laços fortes com as pessoas e famílias, alvo dos cuidados em saúde¹⁶.

Gouveia (2019) cita Campinha-Bacote que define competência cultural como:

“o processo pelo qual um profissional de saúde se empenha para se tornar capaz de trabalhar adequadamente/efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa, família ou comunidade que necessita de seus cuidados”

Knauth, Oliveira e Castro (2022), destacam em seu texto que a diversidade cultural tem exigido dos profissionais da Atenção Primária à Saúde um entendimento sobre o contexto sociocultural dos indivíduos com os quais trabalham pois é sabido que esse contexto exerce influência nas manifestações das doenças, na busca de tratamento e na relação que as pessoas mantêm com os serviços de saúde. Estes mesmos autores definem cultura como um sistema de crenças e valores compartilhados que indica padrões mais específicos de comportamento em diferentes situações, o que dá significado às práticas e aos pensamentos envolvidos na vida em sociedade.

A Declaração de Alma Ata, de 1978, documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, reforça que a maior parte da

carga das doenças acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, portanto, estes são considerados “*determinantes sociais da saúde*” (OMS, 2011).

Sabe-se que, dentre os determinantes de saúde, os mais importantes são aqueles que se relacionam com a estratificação social, ou seja, os determinantes estruturais, tais como a distribuição de renda; o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências; e estruturas políticas e de governança que alimentam - ao invés de reduzir - iniquidades relativas ao poder econômico (OMS, 2011).

Podemos afirmar que vivenciamos um sistema de abolição inacabada, tendo o racismo no Brasil como uma herança do período colonial e que, embora tenhamos legalmente igualdade de direitos, negros e negras ainda ocupam uma situação de desvantagem em relação à conquista da cidadania, apesar do racismo ter se tornado crime no Brasil desde 1989 (KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2022).

O princípio da equidade surge para tentar resolver o problema dos segmentos populacionais que ainda apresentam trajetórias históricas de discriminação e até de exclusão, tendo em vista que as marcas dessa desigualdade e das questões de renda e classe social se revelam nas questões culturais, étnicas, de gênero que levam esses grupos a viverem em situações de vulnerabilidade, as quais estão intrinsecamente relacionadas ao que chamamos de determinação social da saúde (KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2022).

Apesar de a denominação “remanescentes de quilombos” fazer referência ao passado e negar a identidade destes povos no presente, esta identidade está em um processo dinâmico de permanente construção, pois além do vínculo com o território, com a história e com a tradição, ocorre também a transformação oriunda das relações com a sociedade circundante (KNAUTH; OLIVEIRA; CASTRO, 2022).

A definição de quilombo na resposta do rei de Portugal à consulta do Conselho Ultramarino em 1740 como “toda habitação de negro fugitivo que passem de cinco, em parte despovoado, ainda que não tenha ranchos levantados” converte o Brasil em um conjunto de quilombos, uns maiores outros menores (MOURA, 2020).

Nos dias atuais, segundo o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, no Brasil existem 3.495 comunidades remanescentes de quilombo que são caracterizadas como grupos étnicos constituídos por população negra rural ou urbana e que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e as práticas culturais próprias (BRASIL, 2023).

OBJETIVOS

Esta dissertação pretendeu realizar um novo estudo diagnóstico, visando, especificamente identificar qual é a percepção de cuidado presente no cotidiano das pessoas remanescentes de quilombos cadastradas na unidade, apontadas pelos moradores e funcionários da CF OC como informantes-chave do território.

Para além da concepção de cuidado dessas pessoas, o trabalho visa identificar quais fatores adoeecedores e promotores de saúde estão envolvidos na comunidade, a fim de facilitar o planejamento em saúde, adotando um olhar global sobre estes indivíduos, levando em consideração sua história, sua cultura, seu contexto familiar e da comunidade.

A área adscrita da Clínica Olavo da Costa apresenta um número significativo de pessoas remanescentes de quilombo cadastradas. Neste sentido e levando-se em conta os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) faz-se necessário o planejamento e a organização do cuidado em saúde especificamente para esta população (SOUZA, 2021).

Em estudo anterior - monografia final do terceiro ano de residência em medicina de família e comunidade, 2020 - evidenciamos que a presença de

racismo e baixa escolaridade eram importantes fatores determinantes sociais de saúde presentes nesta comunidade. Foi identificada também a presença marcante de igrejas de religião neopentecostal justificando o silêncio ou evitação do tema religião de matriz africana (SOUZA, 2021).

Capítulo 2

O CUIDADO BIOMÉDICO NO BRASIL E A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE DIRECIONADAS À POPULAÇÃO NEGRA

2.1 – O modelo biomédico e o cuidado popular em saúde

Os paradigmas científicos são modelos sistemáticos de pensar, portanto, de pesquisar e apreender os fenômenos da natureza e da vida, que orientam as práticas profissionais nas diferentes áreas de saber. Segundo o paradigma cartesiano, formulado por Descartes e Francis Bacon, para se constituir um conhecimento verdadeiramente científico a respeito de um objeto em sua totalidade, é necessário que seja desvendado objetivamente a estrutura e o funcionamento das suas partes, levando à criação do método analítico de investigação (ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

Esse modelo que é também chamado biomédico, permite salvar vidas diante de quadros clínicos ameaçadores e que necessitam de intervenções de especialistas focais, porém quando se vê diante do aspecto multidimensional da saúde torna-se incompleto, necessitando da atenção com base na integralidade biopsicossocial que vem cada vez mais sendo estudada e construída. Esta forma de atenção destaca o caráter dinâmico dos múltiplos fatores que afetam a saúde humana e que remetem a saúde ao campo dos fenômenos complexos (ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

Diante disso, a medicina de família e comunidade (MFC) e a própria atenção primária à saúde (APS) necessitam levar em conta os recentes avanços no campo das neurociências, da psiconeuroimunoendocrinologia e da espiritualidade na saúde com finalidade de aperfeiçoar suas práticas tornando-as ainda mais efetivas (ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

No Brasil, no decorrer de nossa história de cuidados em saúde, apesar da institucionalização do modelo biomédico, as buscas por cuidados populares em

saúde tradicionais persistem até hoje, especialmente nas comunidades que possuem dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

Segundo Pimenta (2004), na primeira metade do século XIX houve grandes mudanças no exercício das práticas terapêuticas no Brasil, tendo sido um período de redefinição do que seriam práticas terapêuticas legítimas perante o governo. Entre essas mudanças, os maiores marcos do processo de institucionalização da medicina, foram a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e de vários periódicos especializados que ocorreram entre o fim da década de 1820 e início dos anos 1830.

Ainda para Pimenta (2004), entre 1808 e 1828, o governo havia criado e mantinha um órgão chamado fisicatura-mor que fiscalizava e regulamentava todas as atividades relacionadas às artes terapêuticas, que eram práticas associadas a camadas sociais subalternas e que faziam parte do mundo oficial das artes de curar. Com isso, havia autorizações para médico, cirurgião e boticário e licenças para parteira, sangrador e curandeiro (PIMENTA, 2004).

A fisicatura-mor delimitava bem as atividades de cada ofício e mantinha uma hierarquia entre essas categorias, segundo a qual os médicos ocupariam as posições mais prestigiadas e parteiras e sangradores as mais subalternas. Nesse contexto, curandeiros eram os terapeutas com conhecimentos de plantas medicinais nativas e que as empregavam para tratar de moléstias típicas de determinadas regiões (PIMENTA, 2004).

O discurso oficial aceitava que terapeutas não-oficializados fossem procurados apenas porque não haveria médicos e cirurgiões em número suficiente e estes cobravam mais caro pelo serviço oferecido. Dessa forma os terapeutas não-oficializados eram aceitos pela burocracia. Havia, contudo, uma correspondência entre os tratamentos oferecidos pelos terapeutas populares e as necessidades de quem recorria a eles, o que dificultava qualquer tentativa de reprimi-los (PIMENTA, 2004).

Mello (2013) menciona que nas sociedades é possível destacar uma pluralidade de pensamentos e práticas de cura nos quais a cultura se associa aos elementos de crenças e costumes de vários grupos. Portanto, a reflexão sobre as relações entre os serviços de saúde, as diferentes sociedades e culturas, as diversas religiões, o saber popular e as políticas públicas precisa ser aprofundada (MELLO, 2013).

Minayo (2006) cita que estudos antropológicos empíricos e comparativos têm contribuído para problematizar o modelo hegemônico biomédico quando ele é colocado para a sociedade como “a verdade”, ou a “única verdade”, ou quando se menospreza o saber e a experiência do paciente quanto a sua doença, atuando como se ali não houvesse alguma “verdade”. Dessa forma, pensar a influência das crenças e práticas culturais na incorporação de certos hábitos na vida das pessoas que buscam acesso ao serviço de saúde é imprescindível para uma boa prática de assistência nos serviços de saúde.

Segundo Anderson e Rodrigues (2019) à luz da medicina anatomoclínica, ou biomédica, o diagnóstico tornou-se um exercício centrado no exame clínico do doente iniciando pela anamnese, através do relato da pessoa, durante o qual o médico interrompe-a com perguntas, e vai reordenando e codificando sua narrativa, ao mesmo tempo em que vai eliminando informações que não fizerem sentido, para o saber biomédico.

Ainda para Anderson e Rodrigues (2019) quando se amplia o olhar para o ser humano em sua totalidade biopsicossocioespíritual percebe-se a impossibilidade de dissociar essas dimensões, especialmente quando se busca analisar o estado de saúde.

Estes autores relatam que na análise do conceito de saúde e doença importa considerar as pessoas em sua totalidade biopsicossocioespíritual e não apenas seres reduzidos a um corpo e ao funcionamento de suas partes. Assim sendo, a saúde representa um suporte para que o ser humano percorra sua trajetória de vida que vai ganhando sentido a partir das relações que estabelece

com os demais, com o meio ambiente e o social (ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

Portanto, sob a ótica da complexidade pode-se ampliar a compreensão do processo saúde-adoecimento, contribuindo para ampliar formas de atuação e para a adoção de uma prática diagnóstica e terapêutica centrada no cuidado e na medicina da integralidade biopsicossocial(ANDERSON; RODRIGUES, 2019).

2.2 – A Legislação em Saúde Direcionadas à Saúde da População Negra no Brasil

A Constituição Federal de 1988 sob o caráter de Constituição Cidadã, tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” e em seu artigo 6º reconhece a saúde como direito social (BRASIL, 1988, art. 6).

Sua base são os princípios de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade, esta é coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3).

A Lei nº 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta lei regulamenta elementos indispensáveis para a gestão e funcionamento do SUS e junto com a Lei nº 8080/90, compõe o grupo de Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) cita que, no SUS, a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando ampliar o ponto de vista em relação ao aspecto étnico-racial, além disso, a atenção básica sendo porta de entrada, tem papel fundamental na prevenção, promoção e recuperação da saúde dessas pessoas (BRASIL, 2017).

Desde 2004, o Ministério da Saúde tenta através da Portaria n.º 1.434 que trata da política de inclusão da população quilombola, alcançar os direitos em saúde a essas comunidades, iniciando efetivamente um incentivo para a ampliação de equipes de estratégia da saúde (ESF) para as comunidades quilombolas (BRASIL, 2004).

Com a portaria nº 1.434/2004, foi iniciado um processo mais equitativo de repasse financeiro no SUS ao se estabelecer um adicional de 50% no valor dos incentivos para ampliação de equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos. Dessa forma, esta portaria representa o reconhecimento da importância dos indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS (FREITAS, 2011).

Em 2007, através do Decreto nº 6.261, foi elaborado um conjunto de ações chamado Programa Brasil Quilombola que compreende uma “Agenda Social Quilombola” buscando a melhoria das condições de vida e ampliação do acesso a bens e serviços públicos das pessoas que vivem em comunidades de quilombos no Brasil. As ações dessa agenda deveriam ser realizadas de forma integrada pelos diversos órgãos do Governo Federal responsáveis pela sua execução. Tais ações seriam voltadas para os eixos: Acesso a Terra; Infraestrutura e Qualidade de Vida; Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania (BRASIL, 2007).

Esse tipo de ação tentada pelo governo federal justifica sua importância e vai ao encontro do estudo de Valla (1998) quando menciona que havendo condições mínimas de higiene e alimentação, a tendência é de que haja menos crianças morrendo antes de completarem um ano, e mais adultos ultrapassando a idade de 65 anos (VALLA, 1998).

A possibilidade de a população participar do processo de construção de políticas públicas de saúde com a instituição da Lei 8142/90 é o resultado de ações de diferentes forças sociais a fim de influenciar as formulações, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos em áreas como saúde, educação, habitação, transporte e saneamento básico (VALLA, 1998).

Ainda assim, avanços legais como os Conselhos Municipais de Saúde não têm levado a transformações efetivas na realidade dos serviços, a não ser em alguns casos isolados, como os dos municípios de governos populares. Neste contexto, a participação popular significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias (VALLA, 1998).

Em 2009 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992. Esta tem como objetivos a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Possui também como objetivo a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS quanto aos dados relacionados a cor, etnia e gênero (BRASIL, 2017).

O incentivo a estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra e a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde também são objeto da PNSIPN (BRASIL, 2017).

Em seu artigo 6º a PNSIPN atenta para o direito à saúde da população negra garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos. Afirma ainda que o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra devem ser de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta (BRASIL, 2017).

Em 2010, a Lei Nº 12.288 institui o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010) que é destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. E em seu parágrafo único adiciona que:

Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010, título 2, capítulo I, art. 8, parágrafo único).

Diante do exposto, nota-se que o direito à saúde é uma das premissas da Constituição Federal, que assim como o Sistema único de Saúde, pretende o pleno acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade e com equidade para toda a população brasileira.

No entanto, na prática diária observada na comunidade percebe-se que à revelia das tentativas das políticas de saúde implementadas, a população brasileira e em especial a população quilombola, enfoque deste estudo, vai seguindo seus caminhos de cuidado utilizando diversos mecanismos possíveis.

2.3 - A Dimensão do Cuidar em Saúde

A partir da Revolução Industrial, as organizações de saúde fragmentaram o processo de trabalho o que progressivamente levou à excessiva especialização profissional e os profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, muitas vezes se responsabilizam parcialmente, atuando em “pedaços de pessoas” (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada é o processo de trabalho em saúde que evita abordagens que privilegiam um conhecimento específico, buscando visualizar os diferentes aspectos envolvidos como as patologias orgânicas, a correlações de forças econômicas, culturais e étnicas presentes na sociedade, as situações afetivas, entre outras, colocando como prioridade a realidade do trabalho em saúde vivida por sujeitos reais (BRASIL, 2010).

A clínica ampliada procura integrar diversas abordagens com intenção de um trabalho em saúde eficaz, portanto, necessita ser multiprofissional e colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho. Nesse processo, tenta criar um contexto em que seja possível a discussão sobre atividades não voltadas exclusivamente para a doença (BRASIL, 2010).

Os principais eixos da Clínica Ampliada se voltam para a compreensão ampliada do processo saúde-doença; para a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e à busca por ampliar o “objeto de trabalho”³². Os papéis desempenhados pelos profissionais na assistência à saúde vêm sofrendo transformações importantes, embora se perceba em seus discursos que tais papéis estão sendo preservados tal como foram produzidos pela modernidade (BRASIL, 2010).

Segundo a pesquisadora Madel Luz, as relações entre o aumento nas populações do planeta de busca por atenção médica e cuidado terapêutico, bem como a precarização do emprego e das relações de trabalho, a quebra de direitos sociais, a queda de valores importantes em termos de solidariedade social e a constatação de um mal-estar coletivo difuso são elementos característicos de uma crise sanitária contemporânea. A incapacidade da biomedicina de lidar com esse fenômeno denominado Crise Coletiva da Saúde levou ao crescimento da demanda de “medicinas não-convencionais”, institucionalmente definidas como “práticas complementares” (LUZ, 2008).

Luz menciona ainda que o fato de temerem a perda de empregos origina nas pessoas um estado de instabilidade constante, que ultrapassa o nível do sofrimento psíquico como ansiedade, angústia e depressão produzindo nelas um estado de constante vulnerabilidade orgânica, que as predispõe a adoecerem com frequência. Para empregar a linguagem da Organização Mundial da Saúde, tal situação diminui sua qualidade de vida e atinge sua saúde (LUZ, 2008).

Luz faz várias reflexões em relação às práticas de saúde e sua relação com a cultura questionando sobre quais funções culturais estão sendo exercidas atualmente pela saúde em seu universo do cuidado e das práticas terapêuticas, ou de práticas concebidas como “saúde”, em seu sentido mais amplo (LUZ, 2008).

Valla (1998) em seu estudo questiona sobre qual seria o procedimento dos profissionais nas suas idas à população trabalhadora dentro de uma proposta de ‘construção desigual do conhecimento’. No mesmo estudo, ele propõe que haveria a necessidade de um tipo de investigação a envolver profissionais e classes populares para se descobrir a ‘*ponte*’ que permite chegar à construção desigual do conhecimento, sabendo que há um acúmulo de conhecimentos resultante da pesquisa científica, de um lado e um acúmulo de

conhecimentos resultantes das experiências de vida, escolarização e luta políticas dos setores organizados da sociedade civil, do outro (VALLA, 1998).

Valla (1998) também aponta outras questões essenciais para reflexão, tais como se o repasse de conhecimento pelos profissionais que se aproximam da comunidade seria possível e sobre quais parcelas de conhecimento interessariam a estes. Ele reflete também sobre questões como as formas de construção de conhecimento por estes setores para que a partir disso ocorra a seleção de temas a trabalhar na comunidade de interesse (VALLA, 1998).

De acordo com Bub et al. (2006), o cuidado tem sido considerado a essência do trabalho de profissionais de enfermagem, porém ainda se percebe que o conceito de cuidado, suas finalidades e características ainda não são bem compreendidas e vêm mantendo a coexistência de várias concepções que variam de acordo com cenários de práticas e teorias, entre elas a teoria do autocuidado e a do cuidado de si mesmo, surgida mais recentemente (BUB et al, 2006).

Dorothea Orem conceituou o que denominou de teoria do autocuidado como o conjunto de atividades que a própria pessoa executa, conscientemente em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar, caracterizando-se pela composição de três teorias que se inter-relacionam: teoria de autocuidado, teoria dos déficits de autocuidado e teoria dos sistemas de Enfermagem (BUB et al, 2006).

Pereira et al (2011) citam o estudo de Dorothea Orem que identifica a capacidade de cuidar de si mesmo como intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros como intervenção de cuidados dependentes. Estas mesmas autoras refletem que Orem tinha como meta ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado.

Para Boff, cuidado é o que se opõe ao descuido e ao descaso. Sendo mais que um ato, o cuidado é atitude e abrange mais que um momento de atenção zelo e desvelo (BOFF, 2014).

“Sem o cuidado o homem deixa de ser humano e se não recebe cuidado o ser humano se desestrutura, perde sentido e morre” (BOFF, 2014, p.39).

Boff relata ainda que, segundo clássicos dicionários de filologia – alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura*. Ainda segundo Boff (2014), outros estudiosos mencionam o sentido de cogitare-cogitatus como o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação (BOFF, 2014).

No ano de 2021, em meio à pandemia de COVID19, o Jardim Botânico do Rio de Janeiro percebendo que comunidades indígenas e tradicionais vivendo em áreas remotas e em situação de vulnerabilidade ao redor do mundo estavam recorrendo ao conhecimento tradicional em busca de plantas medicinais na tentativa de fortalecer o sistema imunológico publicou conteúdo sobre plantas medicinais em formato de cartilha (NEVES, 2021).

O objetivo da pesquisa e da elaboração da cartilha foi buscar informações sobre espécies medicinais relacionadas em estudos etnobotânicos e/ou de farmácia a partir da pandemia Covid-19, além de mobilizar o público sobre a importância de conservar, valorizar e integrar conhecimentos relacionados à diversidade vegetal e cultural, tradições e modos de vida que vêm se adaptando há milhares de anos a diferentes condições ambientais e em momentos de crise (NEVES, 2021).

Isso vai ao encontro do estudo de Pieroni et al. (2020) que discorrem sobre o mesmo tema quando mencionam que, nos períodos complexos em que os serviços de saúde pública em vários países estiveram sobrecarregados e

evitando aglomeração, a busca por respostas de base familiar e comunitária se tornaram essenciais para o equilíbrio físico e mental, a fim de obter minimamente algum estado de saúde.

Para Neves et al (2021) não existe comprovação de eficácia de nenhuma espécie vegetal medicinal para o tratamento, prevenção ou cura da COVID-19, porém muitas informações foram compartilhadas sobre o consumo de alguma planta que prometia efeitos benéficos. O estudo em questão reuniu dados sobre o uso de plantas medicinais que pudessem ser utilizadas para fortalecer o sistema imunológico de pessoas com COVID-19 em diversos países, inclusive no Brasil. A coleta de dados foi feita através de questionários e fóruns virtuais e a partir disso, foram determinadas 10 espécies de maior frequência de uso no mundo.

Isso demonstra que em momentos de crise é possível que se recorra a conhecimentos tradicionais como recursos seguros e acessíveis como auxiliares na melhora da saúde e bem-estar.

Os mesmos autores mencionados acima relatam que as plantas que contêm metabólitos secundários com atividades antivirais ou que possuem alta concentração de substâncias antioxidantes como os flavonoides continuam sendo estudados e são potenciais futuros candidatos para impedir a replicação do vírus Sars-Cov-2 (NEVES et al, 2021)

2.4 - Estratégia em Saúde da Família, Abordagem Comunitária e o Cuidado Popular Em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos sistemas de saúde mais inclusivos do mundo, tendo sua concepção e formulação acontecido

no período da redemocratização do país com ampla participação popular (BORNSTEIN, 2016).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo robusto de Atenção Primária à Saúde e a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção no Brasil. A ESF se estabelece no sentido da transformação de um modelo de atenção centrado no tratamento de doenças, para um modelo abrangente, centrado no cuidado em saúde, com assistência, mas também com educação em saúde e prevenção de doenças (BORNSTEIN, 2016).

Apesar disso, ainda percebemos ações educativas de caráter mais informativo e prescritivo, sendo desenvolvidas por profissionais de saúde da ESF, com orientações à população sobre a mudança de hábitos e comportamentos para a melhoria da saúde. Nestes casos, o enfoque educacional concentra sua ação nas doenças e nos indivíduos, porém sem incluir uma relação dialógica e uma análise crítica das condições de vida e trabalho da população, nas quais, de uma maneira geral, se encontram os determinantes e condicionantes da saúde e das doenças (BORNSTEIN, 2016).

Ao iniciar atividades em saúde em uma comunidade é necessário que se conheça o território: é a territorialização. Esta constitui um dos princípios básicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e possibilita a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (FRANCESCHINI, 2017).

A definição de comunidade é feita normalmente pelos profissionais de saúde da atenção primária como um conjunto de pessoas e famílias que habitam a área adscrita a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Essa comunidade estaria potencialmente exposta a riscos semelhantes de adoecimento sendo, portanto, população-alvo das ações de saúde (FRANCESCHINI, 2017).

A abordagem comunitária em saúde se baseia em um território sem limite de fronteiras e com habitantes que se relacionam. Nesse processo, com a participação social pode-se coletar informações confiáveis e atualizadas sobre as condições de vida, trabalho e educação. É possível também entender quais valores permeiam os modos de vida e de entendimento do processo saúde-doença dessa comunidade (FRANCESCHINI, 2017).

Nesse contexto, a educação popular em saúde surge buscando a integralidade do cuidado com enfoque em um modelo de atenção que procura a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, mas também atuar sobre as determinações do processo saúde-doença. Pretende também a organização dos serviços de saúde com foco no usuário, na gestão participativa e no exercício do controle social (WONG, 2017).

A educação popular surge por volta de 1960 em um contexto histórico de lutas da classe trabalhadora na América Latina trazendo ideia oposta à educação chamada por Paulo Freire de “educação bancária” na qual o profissional de saúde é o detentor dos conhecimentos. A educação popular vem como grande apoio na educação em saúde (WONG, 2017).

Na educação popular em saúde, para que se alcance um processo de integração de saberes, torna-se relevante também a percepção da cultura popular que se expressa não só nas manifestações locais de arte, mas também na linguagem, nos modos de organização da comunidade, nas festas e em outros rituais importantes para a vida das pessoas, bem como na forma como os serviços de saúde se organizam e funcionam, nos canais de diálogo e debate que existem em um território determinado (WONG, 2017).

O reconhecimento e a vivência da cultura popular são elementos estratégicos para conhecermos a riqueza dos saberes presentes em determinado grupo ou comunidade, e são passos decisivos para a garantia dos direitos sociais de todos, independentemente de raça, etnia, cor, gênero, orientação sexual, geração, nacionalidade, classe social, poder econômico, crença, religião ou cultura (WONG, 2017).

A sociedade brasileira é constituída por vários sistemas de atenção à saúde funcionando ao mesmo tempo e que representam sua diversidade. Dentre esses, temos o sistema médico estatal biomédico oferecendo serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES; SANTOS, 2019).

A população, quando enferma, pode recorrer a outros sistemas além do SUS. Alguns grupos utilizam a medicina popular, outros recorrem a outros tipos de cuidado ao longo do processo de doença e cura. Portanto, olhar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde pode ajudar na compreensão desses múltiplos comportamentos (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Cada uma e todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável e classificam as doenças. Essas classificações, no entanto, assim como os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Como exemplo, Langdon (2010) cita Loyola (1984) com os termos: arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado que são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, mas não são reconhecidas ou tratadas pelos médicos (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Capítulo 3

O CUIDADO QUILOMBOLA

3.1 A Comunidade Quilombola e suas práticas em saúde

Na prática diária observada nas comunidades percebe-se que à revelia das tentativas das políticas de saúde implementadas, a população brasileira e em especial a população quilombola, enfoque deste estudo, vai seguindo seus caminhos de cuidado utilizando diversos mecanismos possíveis.

É importante ter em consideração que os conhecimentos populares que compõem o cuidado em saúde nas comunidades quilombolas não são apenas efeitos de processos de exclusão vividos, mas são também epistemologias que atrelam o cuidado à saúde a uma dimensão maior vinculada aos seus modos de viver, tais como saberes ligados ao cotidiano dessas comunidades que as auxiliam a interpretar a realidade, na compreensão dos fenômenos, da vida, do adoecimento, do corpo e da saúde (LANGDON; WILK, 2010).

Em concordância com Valla (1998), Fernandes (2019) ressalta que os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta e sobre vivências, distintas do que ocorre no saber do profissional. Tendo isso em vista, se a referência para o saber for a do profissional ocorrerá a dificuldade da chegada ao saber do outro. O profissional oferece seu saber porque julga o da população insuficiente, e por esta razão deve considerá-la inferior, quando, na realidade é apenas diferente.

No Brasil no século XVII e XVIII, a prática de curandeirismo e uso de ervas com a ajuda de métodos de adivinhação e possessão era representada por

calundu, um termo originado da língua banto que designava a possessão por espírito. As pessoas que praticavam o calundu eram conhecidas como curandeiras e eram consideradas grandes líderes religiosas (BRITO, 2021).

Esses curandeiros detinham o conhecimento de várias técnicas medicinais em uma mistura de costumes africanos, portugueses e indígenas, e que consistiam no uso de ervas, frutos e produtos naturais. Estes curandeiros atendiam a doentes de todas as camadas sociais, principalmente de pessoas escravizadas (BRITO, 2021).

Estudo realizado por Santos e Nascimento (2019) no Estado da Bahia com mulheres quilombolas evidenciou que entre elas é comum o uso do chá de erva-doce durante a gravidez, entretanto, apontamentos teóricos referentes ao uso dessa erva na gestação relaciona-a com a possibilidade de intercorrências, sendo este chá contraindicado no período gravídico (SANTOS; NASCIMENTO, 2019).

O uso de ervas como o cordão de São Francisco e o cajueiro branco para banhos e chás no final da gestação a fim de acelerar o parto é um cuidado cultural conhecido entre as mulheres estudadas. Essa tecnologia, que muitas parteiras usufruíam no seu trabalho cotidiano, proporcionava partos rápidos, sendo que algumas mulheres relataram o uso desse cuidado para que a permanência no serviço hospitalar fosse a mínima possível, diante da assistência desumanizada recebida naquele ambiente (SANTOS; NASCIMENTO, 2019).

Foi ainda identificado no estudo de Santos e Nascimento (2019) o uso de rezas e benzimentos na gestação, de ervas medicinais na forma de banhos e chás na gestação e no parto. Além disso, as mulheres da comunidade em seu hábito de cuidado e autocuidado, colhem plantas como flor de algodão, quiôô, aroeira, erva-doce, cordão de São Francisco, realizam massagens, usam objetos

para proteção espiritual e mantém crenças relacionadas ao movimento do corpo como não sentar em pedra ou em pilão e não pegar peso, mantendo práticas de resguardo como repouso e higiene no pós-parto e pós-aborto.

Em outro estudo feito no nordeste da Bahia, na comunidade quilombola de Casinhas no município de Jeremoabo, composta por 80 famílias, foi identificado que o uso de plantas medicinais é comum na comunidade, sendo a catingueira a espécie mais citada pelos colaboradores, seguida pela aroeira e o velande, logo depois as indicações mais comuns foram a candeia, a jurubeba, o hortelã miúdo, o alecrim, o angico, a babosa, braúna, cajueiro, erva cidreira, jatobá, mastruz e pau d'arco (GOMES; BANDEIRA, 2012).

Ainda nesse estudo, foi identificado que quanto ao domínio do conhecimento e a questão de gênero, pode-se inferir que as mulheres tendem a demonstrar um maior conhecimento acerca da utilização das plantas medicinais do que os homens, o que segundo os pesquisadores pode ser explicado porque as mesmas além dos cuidados com a casa, são lavradoras, mães e esposas, sendo responsáveis pelas estratégias de manutenção da saúde da família (GOMES; BANDEIRA, 2012).

Fernandes (2019) menciona em seu estudo que as formas de cuidado presentes nas comunidades quilombolas e os modos como mantém sua saúde surgem a partir das contradições entre a falta de acesso aos direitos básicos e os modos que encontram de lidar com os adoecimentos

Diante dessas situações, essas pessoas resgatam, criam e inventam práticas de cuidado dentro de suas cosmovisões que os auxiliam a interpretar a realidade, escolher caminhos terapêuticos e promover o repasse de conhecimentos coletivos de geração a geração (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Capítulo 4

5.1 - OBJETIVOS

Geral

Construir, a partir de moradores da comunidade quilombola da Rasa, uma fotonarrativa sobre seu cotidiano de cuidado em saúde relacionando-a às práticas de cuidado de sua cultura quilombola.

Específicos

- Identificar fatores protetores e fatores de risco em saúde presentes em sua comunidade a partir de narrativas de pessoas remanescentes quilombolas;
- Analisar as práticas de cuidado popular em saúde emergentes das narrativas de pessoas remanescentes quilombolas na perspectiva da competência cultural;
- Produzir fotonarrativas sobre cuidado popular em saúde segundo a perspectiva de pessoas que vivem em quilombo.
- Explorar, a partir de suas narrativas, a manutenção de práticas de cuidado popular em saúde de pessoas remanescentes quilombolas;
- Propor atividades de base comunitária e da educação popular em saúde que possibilitem a identificação, o reconhecimento e a possibilidade de integração dos cuidados populares em saúde quando do planejamento de ações para uma comunidade adscrita.

Capítulo 5

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva, através da utilização do método fotovoz o qual está inserido nas metodologias de pesquisa de ação participativa. Optou-se por pesquisa qualitativa, pois esta compreende o “universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes”, segundo Minayo et al (2011).

Segundo Fernandes et al (2019), o propósito desse método é ter acesso ao mundo de pessoas, aproximando-o dos participantes e dos pesquisadores. A realidade do participante pode ser mostrada através de suas fotografias e estas então podem ser interpretadas por ele, possibilitando a criação de diferentes perspectivas para o pesquisador. As imagens e histórias associadas são desenvolvidas através do diálogo em grupo e de compartilhamento de experiências.

O USO DA FOTOGRAFIA EM ESTUDOS ETNOGRÁFICOS

– Etnografia e coleta de informações através de imagens

Os pioneiros na aplicação dos recursos em fotovoz em pesquisa foram Margareth Mead e Gregory Bateson, os quais, na década de 30, elaboraram um trabalho pioneiro na história das ciências sociais com o objetivo de entender o comportamento de balineses por meio do recurso fotográfico (MELLEIRO; GUALDA, 2005).

Utilizando mais de seis mil metros de filme e vinte e cinco mil fotografias, publicaram o livro intitulado *Balinese Character: a photographic analysis*, publicada em 1942, o que causou uma revolução nas técnicas de coleta de dados e tornou a fotografia um importante instrumento para as pesquisas sociais (MELLEIRO; GUALDA, 2005).

Segundo Boni e Moreschi (2007), a etnografia estuda os grupos da sociedade, suas características antropológicas, sociais e culturais e quando a fotografia é utilizada como instrumento principal na realização de um trabalho etnográfico, este se torna uma fotoetnografia.

Ainda para esses autores, esse tipo de trabalho contribui para o resgate de informações relacionadas aos diferentes tipos de etnias, além de compilar dados de conhecimento, que podem servir como fonte de comparação anacrônica, tendo em vista que a cultura e os costumes das etnias estão sujeitos a transformações no decorrer do tempo (BONI; MORESCHI, 2007).

Boni e Moreschi (2007) relatam que, entre 1935 e 1938, Lévi-Strauss esteve no Brasil e nesse período utilizou a fotografia como importante método para registro de suas pesquisas. No total, reuniu cerca de três mil imagens. Sessenta e quatro delas foram publicadas em 1955 no livro *Tristes Trópicos*.

Os autores acima mencionam ainda que, em 1938, Roger Bastide veio ao Brasil para ocupar a cátedra de sociologia deixada por Lévi-Strauss. Bastide residiu no Brasil até 1984 e deixou vários trabalhos realizados na área de etnologia, em especial voltados para as culturas afro-brasileiras. Em praticamente todos, utilizou amplamente a fotografia. Em suas publicações encontram-se livros como *O candomblé na Bahia: rito nagô* (1958) e *As Religiões Africanas no Brasil* (1960), clássicos da análise sociológica das expressões brasileiras de religiosidade popular (BONI; MORESCHI, 2007).

Para Boni e Moreschi (2007, p.5), uma das vantagens do material fotoetnográfico é que ele expõe ao receptor a etnia em seu momento atual, bem como suas aculturações e transformações.

Cavedon (2005) faz menção em seu estudo sobre a análise de Foucault (1985) também sobre o contraponto imagem-palavra:

“Não que a palavra seja imperfeita e esteja, em face do visível, num déficit que em vão se esforçaria por recuperar. São irreduzíveis uma ao outro: por mais que se diga o que se vê, o que se vê não se aloja jamais no que se diz, e por mais que se faça ver o que se está dizendo por imagens, metáforas, comparações, o lugar onde estas resplandecem não é aquele que os olhos descortinam, mas aquele que as sucessões de sintaxe definem” (CAVEDON, 2005).

Ainda segundo Cavedon (2005), o poder da imagem é mais forte do que o poder da palavra, no dizer de Gutiérrez, (1995, p.15), pois a imagem é interpretada por aquele que a olha, suscitando-lhe emoções e sensações que as explicações verbais dificilmente conseguem captar.

Esta mesma autora relata que Achutti (1997, p.14) desenvolve o método que ele denomina de “Fotoetnografia” e que para o referido autor tal método consiste “no uso da fotografia como uma narrativa imagética capaz de preservar o dado e convergir para o leitor uma informação cultural a respeito do grupo estudado”

O texto de Costa (2010), nos diz que conviver com o outro, descobrir o distante, estabelecer relações com o desconhecido tem seus custos, pois exige disposição, curiosidade, visão treinada e método. Essa atitude iniciada na modernidade levou também, entre outros fatores, ao desenvolvimento das ciências humanas e sociais.

Em seu estudo Costa (2010) aponta que na etnografia leva-se em consideração tudo que é expresso pelo grupo estudado e permite construir o significado, ou seja, a interpretação do pesquisador. Essa interpretação

representa o encontro etnográfico, capaz de romper fronteiras e superar confrontos. Para isso, o autor recomenda, de forma disciplinada: olhar, ouvir, escrever.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Em primeiro momento foi feito levantamento bibliográfico sobre cuidado em saúde e cuidado quilombola, seus conceitos, relações e história, focando no contexto do Brasil desde o período de escravização até os dias atuais, relacionando aos cuidados realizados pelas comunidades remanescentes de quilombos.

1- Pré teste do questionário

Foi realizado um estudo piloto para a validação do instrumento de pesquisa através da aplicação de um questionário em cinco funcionários da Clínica da Família Olavo da Costa – dois Agentes Comunitários de Saúde, uma Agente de Serviços Gerais, um Agente Administrativo e um médico.

2- Adequação do questionário – Anexo 2

Após a aplicação do questionário no estudo piloto e a fim de melhorar o instrumento aplicado, o mesmo foi discutido com os cinco funcionários participantes desta fase do estudo, visando apreender as facilidades e dificuldades para a resposta ao questionário e se havia necessidade de modificação do mesmo para facilitar seu entendimento e realização.

3- Identificação dos informantes-chave

Os participantes do estudo foram captados a partir da lista de informantes-chave identificados e entrevistados no Trabalho de Conclusão do Curso de R3 da Residência Médica em Medicina de Família a Comunidade da UERJ, neste mesmo território, em 2020, e na oportunidade de consultas médicas.

Estes foram identificados pelo número de ordem da entrevista e de acordo com suas respostas no questionário sobre gênero, autodeclaração de raça/cor, ser quilombola, religião e profissão/ocupação.

4- Aplicação do questionário e sua transcrição

Em visita domiciliar previamente agendada por Agente Comunitário de Saúde, foi explicado a cada participante o título, objetivo e importância da pesquisa, além da metodologia a ser utilizada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pela pesquisadora, as dúvidas sobre a pesquisa foram sanadas e o TCLE foi assinado.

Os participantes foram questionados e escutados individualmente em entrevista semiestruturada, sobre suas percepções de cuidado.

5- Fornecimento de câmeras e orientação para registro fotográfico

Ao final da aplicação do questionário, ainda de forma individual, foram ofertadas câmeras fotográficas adquiridas pela pesquisadora, além de treinamento para uso das mesmas que seriam emprestadas aos participantes. Apesar disso, todos os participantes optaram por utilizar as câmeras de seus próprios aparelhos celulares para realizar a atividade proposta. A orientação dada foi de que registrassem imagens que representassem para eles o cuidado quilombola.

Os participantes foram orientados para que as fotografias não tivessem imagens de pessoas, a fim de evitar o uso de imagens não autorizadas, mas poderiam conter imagens de objetos, paisagens, árvores, plantas etc.

6- Entrevista individual após registro fotográfico

Foi realizada nova entrevista individual para que os participantes apresentassem as imagens coletadas e explanassem sobre as mesmas e suas relações com o cuidado quilombola.

Nesse momento, as imagens e as narrativas sobre a escolha e representação das imagens foram registradas pela pesquisadora por escrito e por gravação de voz, após autorização dos participantes assinada em Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz (Anexo 3)

7- Reunião em grupo com todos os participantes

Após os encontros individuais foi agendada uma reunião em grupo com todos os participantes para reunir as imagens feitas e para explanação dos motivos da escolha das imagens relacionando-os ao tema do cuidado quilombola. Nesse momento, as imagens e as narrativas sobre a escolha e representação das imagens foram registradas pela pesquisadora por escrito e por gravação de voz, após autorização dos participantes.

8- Transcrição das entrevistas e análise dos dados

Nesta etapa todo o material transcrito das entrevistas individuais e dos grupos foi analisado através da técnica de análise de discurso a respeito das narrativas e imagens fotográficas realizadas pelos participantes.

9- Apresentação dos resultados para a comunidade em geral e para o gestor municipal e trabalhadores de saúde através de seminário.

Em relação a este último tópico, os resultados encontrados seriam apresentados para a comunidade em geral e para o gestor municipal e trabalhadores de saúde através de seminário, conferência e mídia social a fim de ampliar a discussão sobre os cuidados em saúde ofertados e a relação com os aspectos culturais encontrados na comunidade, a fim de que o planejamento das ações de saúde seja realizado respeitando a cultura local.

Ao final das atividades da pesquisa e durante a realização de um evento com a comunidade quilombola da Rasa na área da UBS Olavo da Costa, recebi um telefonema do coordenador médico das Unidades Básica de Saúde do município me convocando a comparecer na Secretaria de Saúde a fim de tratar da minha demissão. Isso ocorreu sem nenhuma conversa anterior relatando se havia algo que justificasse tal demissão. A demissão ocorreu de forma injustificada, apenas com a menção de que já não havia necessidade de meus trabalhos ali.

Fui demitida sem nenhum direito trabalhista e sem justa causa, o que causou mobilização da comunidade, mas sem que pudéssemos reverter a situação.

As atividades foram realizadas no município de Armação dos Búzios – RJ, no território adscrito da Clínica de Família Olavo da Costa (CF OC).

Procedimentos éticos

O estudo inicial realizado neste mesmo território adscrito à CF OC, com as pessoas remanescentes de quilombo, teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Búzios, do Departamento de Medicina Integral – DMIF/UERJ e, posteriormente, a aprovação do CEP do Hospital Universitário Pedro Ernesto, em 2020, sob número CAAE 45241020.8.0000.5259.

O atual estudo teve o projeto enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Armação dos Búzios como instituição coparticipante e para assinatura de novo termo de anuência. Em seguida enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente Escola Anna Nery (EEAN) - Hospital Universitário São Francisco de Assis (HESFA), respeitando todas as determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012º, tendo a aprovação do CEP sob número CAAE 58940322.4.0000.5238.

Todos os participantes da pesquisa foram informados a respeito do tema e objetivos da pesquisa e o TCLE foi fornecido para leitura e assinatura de cada participante.

Capítulo 6

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ETAPA 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Foram entrevistadas 04 (quatro) pessoas quilombolas da Rasa cadastradas na CF OC, entre elas 03 (três) mulheres e 01 (um) homem, com idades entre 25 e 84 anos. Três participantes se autodeclararam pretos e uma pessoa se autodeclarou parda. Todos se autodeclararam quilombolas. Duas (02) pessoas se definiram como de religião evangélica, porém uma delas se diz de religião evangélica não praticante. As demais dizem não frequentar religião.

- Participante 1: Mulher, negra, 32 anos, quilombola, evangélica, Agente Comunitária de Saúde.
- Participante 2: Homem, 84 anos, negro, quilombola, pastor evangélico.
- Participante 3: Mulher, 25 anos, negra, quilombola, Agente de Serviços Gerais.
- Participante 4: Mulher, negra, 58 anos, não possui religião, Agente administrativo na Associação do quilombo da Rasa.

RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES

- **SOU QUILOMBOLA**

Quando e como descobriram ser quilombolas e o que entendem por ser quilombola:

Um participante do estudo relata que descobriu após seu tio viajar para Portugal para saber informações sobre a origem de sua família e ao retornar reuniu a comunidade e fundou a Associação do Quilombo da Rasa.

Outra pessoa disse que soube através de familiares do fundador da mesma associação.

A resposta da pessoa mais idosa participante deste estudo foi que soube ser quilombola aos 7 anos de idade, através de seus pais e avós que contavam histórias de violência sofrida por seus ancestrais ao chegar no Brasil.

Sobre ser quilombola: uma pessoa entrevistada entende que quilombolas *“são escravos que deixaram descendentes”*.

Outra compreende que *“é um povo sofrido que construiu o Brasil e não é reconhecido”. E que “muitos morreram no trabalho e não tiveram recompensa nenhuma”*

Outra pessoa diz que ser quilombola é ser como eles que: *“acolhem as pessoas, cuidam, cuidam das plantas”*.

Enquanto outra relata que *“ser quilombola não é apenas uma cor! É uma cultura!”*

Sobre o conceito de saúde: durante as entrevistas, apenas uma pessoa mencionou o conceito de saúde como *“Saúde é bem estar! Quando se está com saúde a pessoa fica mais alegre e transparece. Saúde é se autocuidar”*.

● O CUIDADO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Sobre lembranças de cuidado/tratamento feitos pelas famílias quando adoeciam:

Participante 1 - *“Lembro de minha avó cultivando a terra, fazendo tapioca, farinha e sola. Ela também cuidava do gado. Sobre tratamento de saúde, vovó fazia xarope com mel, assapeixe, alho, limão. Quando alguém caía ela usava sayão com sal. Para enjôo ela nos dava boldo. Fazia também chá de capim limão, tançagem. Eu não faço esses tratamentos. No máximo, faço para mim, mas não para os outros”*.

Participante 2 – *“Minha irmã era rezadeira com arruda. Fazia chá, massageava barriga e rezava. O mal estava na arruda então ela jogava a arruda fora. Eu não uso esse tipo de tratamento porque aceitei Jesus”.*

Participante 3 – *“Minha tia cuidou do meu irmão e minha vó também. Elas cuidam com ervas que nem sei o nome, mas sei que ela coloca em cima do machucado. Em ferimentos abertos ela fecha com um pano. Faz chá de folha. Eu não uso esse tipo de tratamento. Não sei usar. Algumas pessoas não querem mais chá não! E se deixar elas se entopem de remédio”.*

Participante 4 – *“Minha vó usa muito o chá de catainha. Ela lava a planta, ferve e coloca em um copo com água. Ela usou isso em uma queimadura que tive com ferro e fiquei boa. Eu uso chá de louro para insônia e chá de boldo para o estômago e faço para minha família”. Só uso nessas situações. Se piorar vou no posto de saúde.*

● O CONHECIMENTO QUILOMBOLA

- Quando perguntado se acreditam que esse conhecimento está sendo ensinado para as novas gerações:

PARTICIPANTE 2 - *“Sim. Nós cuidávamos do meu pai e do meu irmão mais velho. Isso aconteceu porque ele cuidava da família. Isso é o reconhecimento. A retribuição do que receberam”.*

PARTICIPANTE 1 - *“Não”. “Acho que é isso que está faltando aqui. Não sei o que está acontecendo com esta geração. Hoje em dia só querem saber de rede social. Está tudo mais fácil. É só ligar para a farmácia que entregam em casa o remédio bem rápido”.*

- **FOTOGRAFANDO O MOMENTO DE CUIDADO QUILOMBOLA**

- Quando perguntado para as pessoas sobre o que fotografaria se fosse fazer uma fotografia de um momento de cuidado quilombola, as respostas obtidas foram:

Participante 1 – *“seria a fotografia de uma pessoa fazendo xarope e dando para alguém ou faria a fotografia de uma pessoa benzendo outra. Antes funcionava quando a pessoa estava com quebranto”*.

Participante 2 – *“seria a fotografia da minha tia Eva me dando comida. Ela foi minha mãe de leite”*.

Participante 3 – *“faria a fotografia de um quilombola ajudando outro quilombola com alimento e água”*.

Participante 4- *“seria uma foto minha cuidando da minha avó com o chá que ela gosta”*.

- Quando perguntados se têm fotografias que mostrem familiares realizando cuidado quilombola: três pessoas responderam que não, uma respondeu que tinha a fotografia de suas viagens para cuidar das comunidades carentes em cidades do Brasil e em países do continente africano.

ETAPA 2 - FOTOVOZ: CUIDADO QUILOMBOLA

REUNIÃO INDIVIDUAL – DATA 21/07/2022

PARTICIPANTE 1 – COROMODÓ E ESPINHO DE LARANJA

“Ser quilombola é ser cuidador. É plantar, acolher as pessoas. Os quilombolas se ajudam”.

“A vida do quilombola de antigamente era pegando muriango que é um peixinho pequenininho. Ele não cresce e os quilombolas pegam com uma lata ou com uma garrafa pet com furos no fundo da garrafa. O coromodó é um bicho que fica na concha. Tem que tirar com um espinho de laranja e puxar ele. Só os quilombolas que sabem fazer isso.

Para pescar muriango os quilombolas combinam e se reúnem no mangue de pedra. O conhecimento quilombola está nessas coisas nas tranças africanas, na rede de pesca, na capoeira. Meu tio ensinou os adolescentes e fazer rede de pesca para não perder esse conhecimento.

Minha avó é bastante presente para cuidar das pessoas. E é presente em qualquer momento. Ela cuida com uma erva que ela coloca em cima do machucado. Ela não compra nem “band aid”. Ela coloca ervas que ela coloca numa cumbuca. Ela usa muita folha mas não sei quais são essas folhas.

Eu aprendi com minha avó a pegar o muriango e o coromodó. Ela me ensinou a fazer tapioca nas festas juninas.

Cuidar para mim é dar carinho, conversar com a pessoa, entender a pessoa. Abraçar!! e não precisa falar muita coisa.

Hoje em dia minha família, se deixar, se entope de remédio. Antes a minha vó fazia umas pastinhas com planta e colocava no machucado. Eu não uso nada disso.

Esse conhecimento não está sendo passado para nossos filhos e eu acho que é isso que está faltando.

A geração de hoje em dia é aquela que não quer saber de nada. Não sei o que está acontecendo com essa geração não. Não sei por que não querem saber disso.

Se eu fosse fazer uma fotografia de cuidado quilombola eu iria fotografar um quilombola ajudando outro quilombola em necessidades de alimentação, água...é o que incomoda mais no quilombo porque tem alguns quilombolas que estão precisando de ajuda.

Imagens 1 e 2 - SIRI CRU E SIRI COZIDO

“Eu escolhi essas fotografias. Era o que a minha família do quilombo comia para se alimentar”



Fotografias 1 e 2

“O cuidado que recebi? minha avó me ensinou a pescar, meu tio ensinou os jovens e fazer rede de pesca. Conhecimento quilombola está nessas coisas: nas tranças africanas, na rede de pesca, na capoeira. Meu tio ensinou os adolescentes e fazer rede de pesca para não perder esse conhecimento.

“Ser quilombola é ser cuidador. É plantar, acolher as pessoas. Os quilombolas se ajudam. Se eu fosse fazer uma fotografia de cuidado quilombola eu iria fotografar um quilombola ajudando outro quilombola em necessidades de alimentação e água”.

REUNIÃO INDIVIDUAL – DATA 21/07/2022

- PARTICIPANTE 2 – CUIDAR DA HORA

“Eu com 83 anos ainda estou cuidando da semente e dessa história. Minha memória falha no presente, mas o passado está preservado. Eu fico feliz que alguém esteja resgatando essa história com esse trabalho. É a mão de Deus usando você”.



Fotografia 3– Cuidado com a hora

“Esse relógio antigo tem mais de 40 anos! Os fazendeiros usavam esse tipo de relógio para marcar a hora dos trabalhadores irem trabalhar. Esses trabalhadores precisavam do cuidado com a hora para trabalhar para não ter problema sério!”.

“O relógio representa os trabalhadores que saíam para trabalhar e na época não tinha relógio. Só o capataz que tinha relógio de ouro no bolso. Ele era um homem mau. Eu era criança e lembro dele batendo na gente. Eu tinha medo dele. Todo mundo tinha medo dele.

Fotografia 4 - O violão e a mala



– *“Fiz essa fotografia porque eu viajei para cuidar das pessoas na África e pelo Brasil cuidando da vida espiritual e física. Levava donativos: roupas, sapatos, comida... para as pessoas necessitadas. Eu ouvia eles dizerem: - Poxa, que bom que o Sr. saiu do Rio de Janeiro para vir cuidar da gente aqui”.*

“A fotografia de violão com a mala. Eu sou músico e toco violão, e a mala representa minhas viagens missionárias no continente africano, na América do Sul e no Oriente Médio, na Jordânia, Israel. Eu sou levita. Eu peguei uma guerra em Angola e um tiro de bazuca atingiu a candongueira em que eu estava viajando junto com meu guia. O país estava em guerra e não sabíamos que o bairro estava em conflito. Eu me emociono com isso.

Víamos o povo passando fome e tínhamos que dividir a pouca comida disponível. Em Angola e Moçambique a nossa comida foi folha de aipim por um ano. Comíamos araruta, funge.

Eu levava a palavra às pessoas que passavam fome na guerra e crianças de 12 a 16 anos ficavam na linha de frente da batalha. Eu chorava muito. Muitos ficavam mutilados nos campos minados. Grupo de senhoras nas ruas. Russos e cubanos guerreavam contra Sabino. Angola lutava contra Sabino.

Fomos no mercado comprar folhas de aipim e funge para fazer mingau. Isso tínhamos que dividir com os pobres.

Fotografia 5 - Bananeira traz alimentos.



“A bananeira trazia alimentos para a minha família e meu pai vendia. A bananeira e o ora pro nobis me faz sentir saudades do tempo que vivíamos mais na roça comendo coisas naturais”.

‘Sobre a fotografia da banana – nós tínhamos um terreno que depois perdemos. Tinha muita bananeira. A bananeira trazia alimentos para a minha família e meu pai vendia.

Tinha muita banana de vários tipos: banana ouro, banana maçã..não lembro se tinha banana da terra... tinha tanto a ponto de não ter tempo para vender tudo. Papai pegava as bananas e levava para vender em Cabo Frio.

Quando vou a Cabo Frio lembro que ia com papai para vender as bananas. Ia todo mundo daqui e o pessoal de Baía Formosa. Juntava todo mundo na feira e as pessoas vinham comprar as mercadorias: feijão, banana, batata, aipim, inhame, outras coisas. Levávamos três a quatro cavalos com o jacá cheio para vender lá.

Tinha um poço ali que abastecia os animais. Cada um amarrava seus animais próximo do poço para dar água aos animais.

Desse tempo também lembro que minha mãe era parteira. Ela andava daqui até Araruama para fazer parto. Mandavam um cavalo para buscar ela. Ela deve ter aprendido com alguém e eu não sei com quem.”

REUNIÃO INDIVIDUAL – DATA 22/07/2022

- PARTICIPANTE 3 – ROSA BRANCA PARA OS OLHOS

“O que aprendi com a minha avó é que as plantas servem para muita coisa”.

Fotografia 6



Rosa Branca

Fotografia 7



Cana do brejo

Fotografia 8



Boldo

“O que aprendi com minha avó é que as plantas servem para muita coisa. Por exemplo, o boldo serve para estimular as funções do fígado, melhorar a digestão e aliviar sintomas de ressaca”.

“A cana do brejo é utilizada para tratar problemas menstruais ou nos rins”.

“A rosa branca serve para tratar inflamações nos olhos, desinfetar ferimentos, tratar prisões de ventre, tosse, dores de garganta e bronquite”.

REUNIÃO INDIVIDUAL – DATA 22/07/2022

- PARTICIPANTE 4 – CUIDAR É AMAR

Fotografia 9 – Primeiro o amor



Fotografia 10 – ajudando o projeto



“Cuidar em primeiro é o amor que eu sinto por ela”.

“Cuidar é ajudar no projeto em que doamos as quentinhas para os quilombolas na pandemia”

Fotografia 11 – Ajudar a vacinar



“Cuidei na pandemia ajudando a cadastrar os quilombolas para tomar as vacinas.

REUNIÃO GRUPO – DATA 20/09/2022

ETAPA 3 - PAINEL COM AS IMAGENS FOTOGRÁFICAS FEITAS POR TODOS OS PARTICIPANTES

Fotografia 12



Fotografia 13



– Início a reunião com os quilombolas presentes, agradecendo a participação de todos, e lendo para eles alguns relatos da PARTICIPANTE 1 sobre as imagens que fez, pois esta não pôde participar deste último encontro.

LEITURA DA NARRATIVA DA PARTICIPANTE 1 PELA PESQUISADORA

“O cuidado que recebi? minha avó me ensinou a pescar, meu tio ensinou os jovens e fazer rede de pesca. Conhecimento quilombola está nessas coisas: nas tranças africanas, na rede de pesca, na capoeira. Meu tio ensinou os adolescentes e fazer rede de pesca para não perder esse conhecimento”.

“Ser quilombola é ser cuidador. É plantar, acolher as pessoas. Os quilombolas se ajudam. Se eu fosse fazer uma fotografia de cuidado quilombola eu iria fotografar um quilombola ajudando outro quilombola em necessidades de alimentação e água”.

Após a leitura Inicial, um dos participantes reforçou a fala da PARTICIPANTE 1:

Participante 2: *“o que ela fala faz sentido. Eu também pescava muito siri na praia da Gorda. Conheço o muriango. É um peixe bem pequeno. O coromodó é um caramujozinho. Era gostoso comer ele”.*

Participante 3: *“Eu conheço muriango também. Tem uma praia com esse nome aqui perto, no Mangue de Pedra. Hoje em dia é tudo muito explorado e o muriango chega quase à escassez por causa da exploração, mas antes se alimentavam disso”.*

NARRATIVAS EM GRUPO SOBRE AS FOTOGRAFIAS FEITAS INDIVIDUALMENTE

Participante 2: - *“A banana é uma fruta com muita vitamina. Meu pai colhia muitas bananas na terra que nós perdemos. Tinha banana maçã, banana figo, banana ouro e eram tantas que não tínhamos tempo de vender tudo. Papai levava para vender na feira em Cabo Frio. Levava inhame, feijão, aipim, batata e outras coisas em jacá cheio que ele colocava em três a quatro cavalos. Eu era criança e ia com ele levar as mercadorias”.*

“Sobre o relógio está representando os trabalhadores que saíam para trabalhar e não tinham relógio. Só o capataz que tinha aquele relógio grande de ouro no bolso.

“Eu fotografei a mala representando minhas viagens, minhas andanças. Eu saía em viagem missionária nos países do continente africano e no Oriente pois também estive na Jordânia e em Israel. Eu sou levita e cantava e pregava nas viagens”.

Participante 3: - *“Eu enviei 3 fotos: a cana do brejo, boldo e rosa branca. A maioria das pessoas daqui tem essas plantas. O boldo a maioria tem em casa, mas antes também usavam muito. É bom para má digestão, para fígado e para dar uma curadinha nas ressacas. A cana do brejo também é bem conhecida, mas não tem tanto nas casas por aqui. É bom para problemas nos rins e problemas menstruais. É boa para sistema urinário. A rosa branca é boa para inflamação limpar machucados, para lavar a vista. Você ferve água, desliga o fogo e coloca umas pétalas brancas e abafa. É boa para tratar prisão de ventre. Esse chá você pode beber ou colocar em cima”.*

“Nas minhas lembranças, lembro de vovó. Tudo partiu de minha avó por parte de mãe (o apelido dela era D Santa mas o nome é Lúcia). Minha avó foi criada em roça. Ela cultivava feijão, fazia farinha. Tempo bom que não volta mais. Ela fazia farinha, biju, tapioca, sola. Era um momento de união na verdade. A família se unia e tinha que arrancar mandioca, descascar e usava o rodete para ralar a mandioca. Cada um de um lado e alguém enfiava a mandioca para ralar, depois ia para a prensa e tirar o grosso e o liquido para fazer o polvilho e a massa que ficava para fazer farinha. Fazia sola de coco, de amendoim ...era muito interessante. Eu fui muito para roça com vovó”.

“Tinha jabuticaba, manga, muitas frutas. Era muita fartura e antes os produtos não tinham o quantitativo de agrotóxico como tem hoje. Hoje nos instruem a fazer saladinha, mas não é totalmente tão natural assim. Você sabe que hoje as plantas vêm enormes, bonitas e hoje você não vê as pessoas viverem tanto quanto antigamente, mas antes eles sobreviviam com o cultivo, com produtos totalmente naturais que a gente não tem hoje. Eu sinto saudade do tempinho que não volta mais. Sinto muita saudade do tempo bom. Hoje as pessoas querem facilidade”.

Após a fala da Participante 3, o Participante 2 complementa

“É verdade. Aqui usavam muita planta. Minha avó, usava muito – Aqui tinha muito casamento entre primos então todo mundo era parente. Eu não sei se você sabe (fala para a Participante 3), mas nós somos primos – Minha avó tinha as filhas que usavam muito as plantas o capim limão, erva doce, melão de São Caetano.

Participante 4 – *“Esse cuidado para mim é com minha avó em primeiro. Minha avó tem 112 anos. Sou neta. Ela tem várias, mas elas têm os afazeres delas. Eu também tenho, mas eu tenho meus dias livres e vou lá ver como vovó está, dou banho nela... vou cuidar né? Agora ela acostumou, mas antes de ter cuidadora só era eu que botava a mão nela. Só era eu...o meu cuidado”.*

- *“Eu lembro do cuidado dela comigo. Eu vinha muito para a casa dela e uma época eu fiquei aqui uns 4 meses. Eu aí eu tive uma doença chamado berne...E aí? Como tirar? Se fosse hoje levaria no médico e ele iria cortar, mas não foi assim. Minha avó tirou com a borra do fumo. Nessa época ela mastigava fumo de rolo. Ela pegou a borra do fumo, botou em cima e o bichinho saiu. Até hoje eu tenho um buraquinho nas costas” (sorri).*

- *“Essa cicatriz que tenho no braço (mostra uma cicatriz grande no antebraço esquerdo) foi uma queimadura de ferro de carvão para passar roupa quando eu tinha 4 anos e minha avó que cuidou, mas eu não sei como foi. Só sei que cuidou e fiquei boa”.*

- *“Minha neta nasceu com uma hérnia grande no umbigo. Minha avó falou: - “minha filha, pegue a folha de aroeira, faça uma pasta e coloque em cima - e deu certo. Sumiu! Isso já faz 5 anos!”*

“- A segunda imagem foi feita porque eu faço parte da associação dos quilombolas. Fizemos um projeto que foi agraciado. Recebemos, durante a pandemia, muitas quentinhas para doação. Recebemos cestas básicas, cestas de legumes. Diariamente eram 300 quentinhas para entregar. Colocamos pessoas quilombolas como cozinheiras e ficamos nesse projeto durante quase 1 ano. Fora esse, logo no começo da pandemia, tivemos também várias doações de material de limpeza e higiene, além de cestas básicas. Eu sempre fiquei ali ajudando. Eu gosto de ajudar”.

Participante 3: “- Sim. No começo deste ano (2022) tinha gente distribuindo ainda. Tinha as quentinhas e material de limpeza e higiene. É verdade”.

O Participante 2 interrompeu falando que “também conhece o tratamento para tirar Berne”. Diz lembrar da Participante 4 cuidando de sua avó. E continua: “A berne é uma mosca do porco ou do boi. Uma mosca varejeira. Meu avô lidava muito com boi”.

ETAPA 4 - SOBRE AS NARRATIVAS E SUA ANÁLISE

- CATEGORIAS DE CUIDADO

A divisão das narrativas por temas ajudou a categorizá-las e através da análise temática pode-se desenvolver um sistema de categorias para a ordenação das entrevistas. Foi feita a divisão em três colunas, e estas foram organizadas de acordo com o que se lê em Ceccon et al (2022):

“(...)na primeira a transcrição das narrativas, na segunda uma redução textual que as expressa em poucas palavras e amplia o entendimento de uma frase figurada ou muito difícil em um texto mais simples, e a terceira apenas com palavras-chave”(CECCON et al, 2022).

Categorias de cuidado encontradas nas narrativas:

| | | |
|---|--|---|
| <p>1-“Minha avó me ensinou a pescar, meu tio ensinou os jovens e fazer rede de pesca. Conhecimento quilombola está nessas coisas: nas tranças africanas, na rede de pesca, na capoeira”.</p> <p>2- “Para pescar muriango os quilombolas combinam e se reúnem no Mangue de Pedra”.</p> | <p>Pescar, ensinar a fazer rede de pesca, ensinar a pescar e tirar muriango, plantar, fazer tranças de cabelo, cozinhar siri, ralar mandioca, fazer farinha, fazer sola, fazer tapioca, fazer parto.</p> | <p>1-CUIDADO CULTURAL</p> |
| <p>3-“O que aprendi com a minha avó é que as plantas servem para muita coisa”. “O boldo serve para estimular as funções do fígado, melhorar a digestão e aliviar sintomas de ressaca”.</p> | <p>Cana do brejo, rosa branca, aroeira, capim limão, erva doce, melão de São Caetano</p> | <p>2-CUIDADO EM SAÚDE USANDO PLANTAS MEDICINAIS</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p><i>“A cana do brejo é utilizada para tratar problemas menstruais ou nos rins”.</i></p> <p><i>“A rosa branca serve para tratar inflamações nos olhos, desinfetar ferimentos, tratar prisões de ventre, tosse, dores de garganta e bronquite”.</i></p> | | |
| <p>4- <i>“Cuidar para mim é dar carinho, conversar com a pessoa, entender a pessoa. Abraçar!! e não precisa falar muita coisa”.</i></p> <p>5-<i>“Cuidar em primeiro é o amor que eu sinto por ela. Eu lembro do cuidado dela comigo.</i></p> | <p>Dar carinho, conversar, abraçar, entender</p> | <p>3-CUIDADO AFETIVO</p> |
| <p>5- <i>Se eu fosse fazer uma fotografia de cuidado quilombola eu iria fotografar um quilombola ajudando outro quilombola em necessidades de alimentação, água</i></p> | <p>Dar água, roupas e cesta de alimentos, ser voluntário para vacinar na pandemia</p> | <p>4-CUIDADO HUMANITÁRIO</p> |
| <p>6- <i>Os fazendeiros usavam esse tipo de relógio para marcar a hora dos trabalhadores irem trabalhar. Esses trabalhadores precisavam do cuidado com a hora para trabalhar para não ter problema sério!”.</i></p> | <p>“Cuidado com a hora” - o tempo decorrido até a hora de sair para trabalhar na memória de um dos participantes, poderia ser motivo de violência do capataz da fazenda.</p> | <p>5-CUIDADO COMO EXPRESSÃO DE MEDO</p> |

1- CUIDADO CULTURAL:

“O cuidado que recebi? minha avó me ensinou a pescar, meu tio ensinou os jovens a fazer rede de pesca. Conhecimento quilombola está nessas coisas: nas tranças africanas, na rede de pesca, na capoeira. Meu tio ensinou os adolescentes e fazer rede de pesca para não perder esse conhecimento. (PARTICIPANTE 1).

“Para pescar muriango os quilombolas combinam e se reúnem no Mangue de Pedra. Eu aprendi com minha avó a pegar o muriango e o coromodó”. (PARTICIPANTE 1).

“Hoje em dia minha família, se deixar, se entope de remédio. Antes a minha vó fazia umas pastinhas com planta e colocava no machucado. Eu não uso nada disso. Esse conhecimento não está sendo passado para nossos filhos e eu acho que é isso que está faltando”. (PARTICIPANTE 1).

“Minha avó foi criada em roça. Ela cultivava feijão, fazia farinha. Ela fazia farinha, biju, tapioca, sola. Era um momento de união na verdade. A família se unia e tinha que arrancar mandioca, descascar e usava o rodete para ralar a mandioca. Cada um de um lado e alguém enfiava a mandioca para ralar, depois ia para a prensa e tirar o grosso e o líquido para fazer o polvilho e a massa que ficava para fazer farinha. Fazia sola de coco, de amendoim ...era muito interessante. Eu fui muito para roça com vovó”. (PARTICIPANTE 3).

“Minha mãe era parteira e andava daqui até Araruama para fazer parto. Mandavam um cavalo para buscar ela. Ela deve ter aprendido com alguém e eu não sei com quem”.(PARTICIPANTE 2).

A narrativa da pesquisa atual se relaciona ao mencionado por Hampatê Bâ (1973) pois, segundo este, o testemunho escrito ou oral é sempre um

testemunho humano e, nesse processo, o que se questiona é o valor da cadeia de transmissão à qual o homem está ligado, a fidelidade da memória individual e coletiva e o preço atribuído à verdade em determinada sociedade. Para Hampatê Bâ é nas sociedades orais que a função da memória é mais desenvolvida, assim como mais forte é o elo entre o homem e a Palavra. Na ausência da escrita, o homem se liga à sua palavra, e tendo um compromisso com ela, esta dá testemunho do que ele é. A própria coesão da sociedade depende do valor e do respeito pela palavra (HAMPATÊ BÂ, 2010).

Fernandes (2019) demonstra em seu estudo que no modo de vida rural das pessoas quilombolas em suas formas de trabalho, a relação com a terra e conhecimentos populares passados por meio da oralidade, além dos vínculos de proximidade entre vizinhos, parentes e amigos são marcas presentes no cotidiano da comunidade.

Para Fernandes (2019) as pessoas resgatam, criam e inventam práticas de cuidado dentro de suas cosmovisões que os auxiliam a interpretar a realidade, escolher caminhos terapêuticos e promover o repasse de conhecimentos coletivos de geração a geração. Esses costumes transmitidos de uma geração a outra por meio da oralidade ou da prática de atividades culturais em conjunto parecem demonstrar o cuidado com a permanência de sua tradição e identidade.

A escuta de determinadas narrativas necessita do atributo competência cultural a fim de se permitir a aproximação que mantém vínculo e apoia no cuidado de forma mais ampliada. Sua inclusão é essencial para que se proporcione mais qualidade às ações de saúde planejadas para aqueles que são assistidos.

A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas de ligação entre a cultura popular e a científica. Permitir a escuta e fala dos atores desta relação, cada qual trazendo uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de

cooperação também é a manifestação de um tipo de cuidado que respeita a cultura das comunidades e sua preservação (BRASIL, 2007).

2. CUIDADO EM SAÚDE USANDO PLANTAS MEDICINAIS

“Minha avó é bastante presente para cuidar das pessoas. E é presente em qualquer momento. Cuida com uma erva que ela coloca em cima do machucado. Ela não compra nem “band aid”. Ela coloca ervas que ela coloca numa cumbuca. Ela usa muita folha mas não sei quais são essas folhas”. (PARTICIPANTE 1).

“Eu enviei 3 fotos: a cana do brejo, boldo e rosa branca. A maioria das pessoas daqui tem essas plantas. O boldo a maioria tem em casa, mas antes também usavam muito. É bom para má digestão, para fígado e para dar uma curadinha nas ressacas. A cana do brejo também é bem conhecida mas não tem tanto nas casas por aqui. É bom para problemas nos rins e problemas menstruais. É boa para sistema urinário. A rosa branca é boa para inflamação limpar machucados, para lavar a vista. Você ferve água, desliga o fogo e coloca umas pétalas brancas e abafa. É boa para tratar prisão de ventre. Esse chá você pode beber ou colocar em cima”.(PARTICIPANTE 3)

“Eu tive uma doença chamado berne...E aí? Como tirar? Se fosse hoje levaria no médico e ele iria cortar, mas não foi assim. Minha avó tirou com a borra do fumo. Nessa época ela mastigava fumo de rolo. Ela pegou a borra do fumo, botou em cima e o bichinho saiu. Até hoje eu tenho um buraquinho nas costas” (sorri).(PARTICIPANTE 4).

O uso de plantas medicinais na arte de curar tem origens muito antigas e se relaciona aos primórdios da medicina com fundamento em informações transmitidas por sucessivas gerações ao longo dos séculos (BRASIL, 2015).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) envolvem recursos com abordagens que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, inclusive o uso de plantas medicinais. Para esse tipo de abordagem orienta a utilização de uma escuta acolhedora e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS determina que haja acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS, disponibilizando na Estratégia de Saúde da Família a planta medicinal *in natura*, seca, fitoterápico manipulado ou industrializado (BRASIL, 2015).

Esta política leva em consideração a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, através da Resolução 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, que define ações visando a utilização das plantas medicinais e fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais (BRASIL, 2015).

Esta Política também menciona o resgate do conhecimento tradicional e a promoção da troca de informações entre os usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2015).

Os relatos dos participantes desse estudo se relacionam ao que Fernandes (2019) menciona em sua pesquisa em que, o uso de chás, ervas e práticas populares em saúde conduzem ao encontro com outros atores comunitários, vizinhos, familiares, benzedoras e rezadores, conhecidos da comunidade, que para transmitirem seus saberes e realizarem suas intervenções exigem a disposição para o compartilhamento de experiências de quem procura seus cuidados.

Nota-se que as práticas mencionadas no relato dos participantes do atual trabalho se apresentam não apenas como uma passagem de informação de uma geração a outra, mas como uma vivência que integra além do cuidado, a atenção e o afeto, ao mesmo tempo reunindo memórias de cuidado junto com o tratamento em família usando plantas medicinais.

Foi percebido também durante a realização deste trabalho e na rotina de atendimentos em saúde no consultório médico que apesar das práticas com ervas e plantas estarem presentes no cotidiano da comunidade, há uma certa timidez destes usuários do serviço de saúde em falar sobre este tipo tratamento com os profissionais de saúde. Aparentemente isso ocorre, entre outras razões, pelo receio do paciente de “confrontar” sua maneira de cuidar/autocuidar com a suposta autoridade do conhecimento científico trazida pelo médico.

Uma observação similar foi feita por DIAS et al (2018), quando relatam que o uso popular de plantas como forma de autocuidado muitas vezes não é relatado pelos usuários do SUS aos profissionais de saúde, e que quando estes profissionais não perguntam sobre esse uso contribuem com a questão, podendo favorecer a ocorrência de interações entre medicamentos e plantas medicinais que afetem a eficácia de um ou de outro, colocando a saúde dos pacientes em risco.

Entende-se a partir disso que a integração de saberes que proporcionem a manutenção da cultura de cuidado da comunidade associado ao conhecimento científico levado pela equipe de saúde pode levar ao fortalecimento da relação entre esses dois aspectos de cuidado, preservando entre estes o vínculo e a saúde das pessoas envolvidas.

Fernandes (2019) cita que nas comunidades quilombolas, os sujeitos tomam suas decisões de cuidado em saúde de forma vinculada aos recursos sociais disponíveis e de acordo com suas concepções de mundo e com o grupo de pertencimento. Esse comportamento se mostra a partir das contradições entre a falta de acesso aos direitos básicos e os modos de lidar com os processos de adoecimento.

No estudo de Santos e Silva (2014), observou-se que além do uso de remédios caseiros há também uma relação com as crenças em busca da cura, sendo necessário tomar o remédio e acreditar que este terá um bom efeito sobre a saúde. Neste estudo, este tipo de tratamento associado à crença no remédio foi observado principalmente na área rural, enquanto na área urbana foi mais percebida a crença na cura através do poder da religião e fé do sujeito.

Percebe-se com isso que há necessidade das pessoas da área de saúde, especialmente os gestores, compreenderem as formas de tratamento utilizadas nas comunidades quilombolas, pois isso destaca as especificidades e necessidades dos sujeitos em suas realidades (SANTOS; SILVA, 2014).

Sendo assim, a partir do entendimento sobre as condições de saúde e dos itinerários terapêuticos dessa população tradicional que, em sua maioria está em situação de vulnerabilidade social, pode-se repensar o sistema de saúde e as demais dimensões envolvidas para que seja possível melhorar as condições de vida dessas pessoas (SANTOS; SILVA, 2014).

Finalmente, pensar a prática de saúde pública aliada ao conhecimento tradicional da comunidade significa pensar estratégias de educação em uma perspectiva que envolva o tanto o conhecimento popular quanto o científico.

Portanto, os indivíduos com habilidades e competências para atuar no autocuidado, podem ser também multiplicadores de informações baseadas em evidências demonstradas por pesquisas científicas, ao mesmo tempo em que contribuem para divulgação e disseminação de tais conhecimentos para as gerações futuras (GROSSEMAN; PATRICIO, 2004).

O estudo de Neves et al (2021) se relaciona com o tipo de estratégia do que foi narrado pelas pessoas do estudo quando se utilizou do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais reunindo dados de diversas espécies de plantas utilizadas com finalidade terapêutica em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, durante a pandemia de COVID19 quando muitas espécies de plantas usadas para tratamento de doenças foram divulgadas pelas pessoas participantes através de questionários ou fóruns virtuais.

No estudo de Neves et al, em momento de dificuldade de acesso aos serviços de saúde, estes reuniram os dados mencionados pelos participantes dos fóruns virtuais sobre as plantas medicinais que faziam uso para tratar doenças respiratórias, porém se manteve seguindo em busca de evidências científicas sobre cada planta mencionada ao invés de fazer o uso de acordo com seu conhecimento cultural e em convívio com seus familiares, como fizeram os participantes desta pesquisa.

3. CUIDADO AFETIVO

“Cuidar para mim é dar carinho, conversar com a pessoa, entender a pessoa. Abraçar!! e não precisa falar muita coisa”. (PARTICIPANTE 1).

“Cuidar em primeiro é o amor que eu sinto por ela. Eu lembro do cuidado dela comigo”. (PARTICIPANTE 4).

“Esse cuidado para mim é minha avó em primeiro. Minha avó tem 112 anos. Sou neta. Ela tem várias, mas elas têm os afazeres delas. Eu também tenho, mas eu tenho meus dias livres e vou lá ver como vovó está, dou banho nela, cuidar né? Agora ela acostumou, mas antes dela ter cuidadora só era eu que botava a mão nela. Só era eu...o meu cuidado”. Cuidar em primeiro é o amor que eu sinto por ela”. (PARTICIPANTE 4).

O cuidado afetivo mencionado pelos participantes 1 e 4 se relaciona ao que Boff conceitua como atitudes que se opõem ao descuido e ao descaso, e que para além de um simples ato, é mais que um momento de atenção zelo e desvelo (BOFF, 2014).

Percebe-se nas narrativas acima a preocupação genuína, verdadeira, onde o cuidador busca confortar e beneficiar a pessoa cuidada não só com o conhecimento das plantas e a presença física confortante, mas também há demonstração de zelo e afeto amoroso envolvidos nesse cuidado.

Quando relacionamos esse tipo de cuidado ao que é disponibilizado nos serviços de saúde precisamos observar qual a formação dos profissionais de saúde e quais tipos de cuidados estamos ofertando/recebendo no serviço público e que pode gerar impacto na recuperação das pessoas.

Ao revisar a literatura sobre cuidados em saúde, percebemos que essa dimensão do cuidado afetivo trazida na fala dos quilombolas entrevistados é algo que muitas vezes falta aos profissionais de saúde que atuam na APS.

Um estudo do tipo etnográfico com abordagem qualitativa realizado em Santa Catarina e intitulado *“Corpo e corporeidade no cotidiano do centro cirúrgico: bordando o cuidado e a formação no labirinto da equipe de enfermagem”* mostrou que muitos membros da equipe de trabalho durante o

cuidar dos pacientes não tinham paciência em sanar dúvidas, nem carinho e afetividade ao direcionar o cuidado aos pacientes que chegavam na Sala de Recuperação Pós Anestésica (GRISON et al, 2020).

No estudo acima não foi identificado um cuidado feito com empatia ou outra forma de atenção que pudesse impactar na recuperação e no tempo de permanência das pessoas naquele setor. Além disso, em um ambiente dinâmico como onde há um grande número de pacientes que permanecem por pouco tempo há certa dificuldade em se estabelecer vínculo com os pacientes (GRISON et al, 2020).

Carnut (2017) menciona que em uma relação clínica que tem o outro no centro de sua prática, a categoria 'cuidado' é a que sobressai. E a partir da interpretação do processo saúde-doença dos sujeitos, faz o cuidado emergir como categoria central na prática de quaisquer profissionais de saúde.

Ainda para este autor, o cuidado requer do profissional alguns atributos necessários: a ética nas relações humanas, a solidariedade e a confiança. Todo cuidado tem como objetivo o alívio, o conforto, podendo promover a cura, o bem-estar e a mudança de estilo de vida.

Deslandes (2006), *in* Carnut (2017) aponta que, se os profissionais de saúde não estão constantemente atentos à dimensão subjetiva do outro, a tendência é a despersonalização do processo de cuidado, através da padronização diagnóstica com o uso intensivo de tecnologias duras que substituem as interações humanas, evitando o encontro entre os sujeitos.

Carnut (2017) cita como estratégia de humanização realizada na APS a Clínica Ampliada e o Acolhimento. A primeira tem como objetivo ser uma clínica do sujeito, buscando considerá-lo na sua dimensão biopsicossocial, identificando

as correlações entre seus modos de produção de vida e trabalho e a relação com o processo saúde-doença em curso.

O acolhimento pode ser entendido como agasalhamento, recebimento, acomodamento, acalento, de forma que promova um encontro diferenciado, permeado de contato e afeto, sendo descrito no Caderno de Atenção Básica nº28 como uma prática presente nas relações de cuidado e nos encontros reais entre profissionais de saúde e usuários representados no ato de receber e escutar as pessoas.

Portanto, pode-se identificar claramente a articulação entre o acolhimento e a integralidade, no conceito de linhas de produção de cuidado onde essa integralidade do cuidado perpassa a rede de atenção na qual o usuário é guiado no itinerário terapêutico pelos serviços e cujo acesso requer a acolhida, por onde quer que esse usuário passe.

4. CUIDADO HUMANITÁRIO

“Ser quilombola é ser cuidador. É plantar, acolher as pessoas. Os quilombolas se ajudam. Se eu fosse fazer uma fotografia de cuidado quilombola eu iria fotografar um quilombola ajudando outro quilombola em necessidades de alimentação e água” (PARTICIPANTE 1).

“A fotografia de violão com a mala. Eu sou músico e toco violão, e a mala representa minhas viagens missionárias no continente africano, na América do Sul e no Oriente Médio, na Jordânia, Israel. Eu levava a palavra às pessoas que passavam fome na guerra e crianças de 12 a 16 anos ficavam na linha de frente da batalha. Eu chorava muito. Muitos ficavam mutilados nos campos minados. Na época, Angola lutava contra Sabino”.(PARTICIPANTE 2).

“Eu faço parte da associação dos quilombolas. Recebemos, durante a pandemia, muitas quentinhas para doação, cestas básicas, cestas de legumes. Diariamente eram 300 quentinhas para entregar. Colocamos pessoas quilombolas como cozinheiras e ficamos nesse projeto durante quase 1 ano. Eu sempre fiquei ali ajudando. Eu gosto de ajudar”.(PARTICIPANTE 4).

Percebe-se através desses relatos o quanto temos a aprender com a comunidade quilombola em relação a formas de cuidado presentes na comunidade e que, se não tivermos atentos não observaremos durante nossas abordagens em saúde, pois o relato não parece contemplar apenas um cuidado voltado para si e para seus familiares, mas para a comunidade, e até mesmo extrapolando esses espaços de convívio.

Novamente relembremos os estudos de Boff (2014) para quem o cuidado está antes das atitudes humanas e, portanto, está em todas as situações e ações, e reforça que o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro³⁷.

Boff é citado também por Silva et al (2005) autoras que recordam Boff nos fazendo atentar para o cuidado e fazendo pensar em estratégias para uma nova prática de cuidado nos aspectos macro e o micro. Tais estratégias, para este estudioso do cuidado, precisariam de nossos hábitos cotidianos e políticos, privados e públicos, culturais e espirituais no sentido do respeito e preservação de tudo que existe e vive.

Estas autoras mencionam ainda Boff quando aponta algumas alternativas sobre a convivialidade e a espiritualidade como forma de unir, ligar e religar, além de integrar os seres humanos entre si e com o mundo, e da sinergia entre a terra e seus habitantes⁶⁰.

Durante a entrevista individual, ficou evidente o cuidado contínuo entre as pessoas quilombolas e entre estes e as pessoas demais pessoas não quilombolas que necessitem de atenção em saúde no decorrer do tempo. Quando perguntado a cada um dos participantes sobre o que fotografaria se fosse fazer a imagem de um cuidado quilombola surgiram frases como:

“seria a fotografia de uma pessoa fazendo xarope e dando para alguém ou faria a fotografia de uma pessoa benzendo outra. Antes funcionava quando a pessoa estava com quebranto”.

“seria a fotografia da minha tia Eva me dando comida. Ela foi minha mãe de leite”.

“faria a fotografia de um quilombola ajudando outro quilombola com alimento e água”.

Aliado isso, os encontros para pescar em grupo, para fazer tapioca, fazer farinha e consertar redes são momentos destacados pelo grupo com alegria e união, o que provavelmente vem sendo fator protetor e de resistência deste grupo até hoje.

É importante que esses fatos e comportamentos possam complementar o saber científico a respeito dessa comunidade de forma que, durante a abordagem em saúde da população negra e quilombola pela equipe de saúde, possa ser lembrada ao se propor outras formas de atividade em saúde na comunidade.

5. CUIDADO COMO EXPRESSÃO DE MEDO E A RELAÇÃO COM O CUIDAR DO INDIVÍDUO

- “Esse relógio antigo tem mais de 40 anos! Os fazendeiros usavam esse tipo de relógio para marcar a hora dos trabalhadores irem

trabalhar. Esses trabalhadores precisavam do cuidado com a hora para trabalhar para não ter problema sério!”. (PARTICIPANTE 2).

O caso relatado pelo participante 2, o “cuidado com a hora” expressada junto com a fotografia do antigo relógio de parede se apresenta associada ao medo diante do capataz da fazenda Campos Novos. Isso demonstra em um contexto rural com pessoas em situação de escravidão, forçadas a produzir dando o máximo de suas forças, o medo de atrasar o trabalho, reduzir a produção no campo e, conseqüentemente, ser punido pelo capataz.

Essa narrativa demonstra o assédio moral sofrido em uma relação de trabalho marcada pela hipossuficiência de um dos lados que se mantém aterrorizado pela possibilidade de perda da subsistência, mas também de sofrer violência física (CARNUT, 2017).

Esse tipo de relação demonstra uma estratégia gerencial que utiliza a ameaça, o medo e o sofrimento em uma forma de psicoterror, um dos tipos de violência mais agressivas contra a dignidade de trabalhadores⁶¹. Felizmente hoje este tipo de situação pode ser denunciada e os trabalhadores são protegidos pela Constituição Federal de 1988 (Art. 1º, III).

Esse tipo de tratamento humilhante leva a vítima a sentir-se menosprezada o que pode atingir diretamente sua saúde física e psicológica, por isso, a natureza psicológica é um dos elementos do assédio moral e o que sobra é o sentimento de terem sido maltratadas, humilhadas, desprezadas, rejeitadas (CARNUT, 2017)..

A necessidade de compreensão dessa comunidade se manifesta mais uma vez através desse tipo de relato em que uma pessoa idosa, trazendo

lembranças da forma como seus pais e familiares foram tratados se mostrou na narrativa.

Capítulo 7

CONCLUSÃO

A partir das narrativas ouvidas sobre as imagens coletadas, observa-se alguns pontos em comum relacionados à cultura de pessoas que conviveram ou que têm a mesma relação familiar, o que foi apontado pelos próprios participantes durante a reunião do grupo.

Alguns comportamentos assemelham-se quando relacionados ao cuidado vindo de seus pais e avós e que, em algumas situações, ainda são reproduzidos, mas ainda assim percebe-se a influência das facilidades do mundo moderno no cotidiano das famílias quilombolas da Rasa. Entre essas facilidades destacam-se os produtos farmacêuticos fitoterápicos, ou não, entregues pelas farmácias necessitando apenas de um telefonema e as caixas de chás medicinais prontos para o uso.

Nas reuniões dos grupos e individualmente foram intensas as memórias sobre as práticas de cuidado com a saúde e as tradições das pessoas quilombolas participantes desse estudo como as reuniões para a pesca e preparo de alimentos, a relação social na comunidade, a transferência de conhecimento tradicional dos mais idosos aos mais jovens, como as práticas de conserto e confecção de rede de pesca e a fabricação de farinha e tapioca foram constantes nas lembranças dos participantes.

Nesse contexto, relembro Pêcheux (2006) quando faz a reflexão de que o outro é a base para se criar uma identificação, pois para este é a partir da presença do outro na sociedade e na história que há a formação das identidades e, a partir disso, o trabalho da interpretação do que ocorre nesses ambientes estudados.

Assim também é relevante o que diz Amadou Hampaté-Bâ sobre o que liga o homem à Palavra nas sociedades orais:

“nas sociedades orais a função da memória é mais desenvolvida, e é mais forte o elo entre o homem e a Palavra. Na ausência da escrita, o homem se liga à sua palavra. O homem é a sua palavra e sua palavra dá testemunho do que ele é (HAMPATÉ BÂ, 2010)

Nota-se a relevância desse estudo quando se demonstra a presença do conhecimento sobre formas de cuidado em saúde baseada na cultura de uma comunidade que sabe qual sua origem e a importância de preservar seu conhecimento ancestral.

Nesse espírito, entende-se que as equipes de Estratégia de Saúde da Família, considerada a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil, necessitam ter como base a abordagem comunitária e a partir da análise desta e da integração de saberes, discutir estratégias de intervenção e planejar atividades. Nessa proposta, a competência cultural que se espera do médico de família e comunidade, bem como de cada membro da equipe, se evidencia como um fator facilitador estratégico.

Por fim, conclui-se que nesse estudo, o cuidado em saúde da população quilombola, aqui representada pelos entrevistados, teve a presença humana afetuosa como medicamento de base, em uma sociedade movida pela entrega rápida de produtos e serviços com promessa de resultado imediato.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLI, Nilma TEIXEIRA. **José Gonçalves da Silva à Nação Brasileira**. Disponível em http://www.bn.br/portal/arquivos/pdf/nilma_accioli_pnap.pdf. Acesso em: 20 de julho, 2012.
- ANDERSON, MIP. RODRIGUES, RD. **Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos**. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Gusso, G. LOPES, JMC, Orgs. Porto Alegre: Artemed, 2019, p.326-328.
- ASANTE, Kemet *in* GILROY, Paul. **O Atlântico Negro: modernidade e dupla consciência**. São Paulo, Ed 34, 2001 p. 353.
- AVILA, Rosemari Pedrotti de. **As consequências do assédio moral no ambiente de trabalho**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2008. p.18.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20 ed. Petropolis – RJ.Vozes, 2014, p. 37-39.
- BONI, Paulo César. MORESCHI ,Bruna Maria. **Fotoetnografia: a importância da fotografia para o resgate etnográfico**. Doc On-line, n.03, Dezembro 2007, www.doc.ubi.pt, pp. 137-157.
- BORNSTEIN, Vera Joana et al. **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.
- BRASIL. [Constituição de 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: [Constituição da República Federativa do Brasil \(normas.leg.br\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui.htm). Acesso em 21/02/2023
- BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013
- BRASIL. Decreto ° 6.261, de 20 de Novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1, Brasília, DF, p. 21, 21 nov. 2007.
- BRASIL. **Decreto nº 4.887 de 20 de Novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: [D4887 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/04887.htm). Acesso em 26/07/2022.
- BRASIL. **IBGE Cidades**, 2010. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/armacao-dos-buzios/panorama>. Acesso em 03/09/2023.

BRASIL. IBGE Cidades. Disponível em [IBGE | Cidades@ | Rio de Janeiro | Armação dos Búzios | Pesquisa | Censo 2010 | Amostra - Religião](#). Acesso em 15/11/2022.

BRASIL. INCRA. **Quadro geral de comunidades remanescentes de quilombos (CRQs)**. Disponível em: [quadro-geral-por-estados-e-regioes-30-06-2022.pdf \(palmares.gov.br\)](#). Acesso em 22/04/2023.

BRASIL. LEI 8142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. LEI Nº 12.288, de 20 de Julho de 2010. **Estatuto da Igualdade Racial**. Brasília, DF:2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.434/GM** de 14 de julho de 2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 2004; Seção 1: 36.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. – 2. ed. – Brasília : Ministério da saúde, 2015. 96p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** : uma política para o SUS – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.44p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em 15/11/2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF:Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, Raul Santos. **Práticas de cuidado em saúde numa comunidade quilombola do agreste alagoano**, 2021.

BUB, M. B. C. et al. **A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária**: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 41(115), 1177–1186. Rio de Janeiro, V. 41, N. 115, P. 1177-1186, OUT-DEZ 2017.

CAVEDON, Neusa Rolita. **Fotoetnografia: a União da Fotografia com a Etnografia no Descortinamento dos Não-Ditos Organizacionais**. o&s - v.12 - n.35 -Out/Dez – 2005.

CECCON, Roger Flores *et al.* **Narrativas em Saúde Coletiva**: memória, método e discurso. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2022.

COSTA, Maria Cristina Castilho. **Imagem e etnografia**: a busca constante do outro. *Revista comunicação & educação*; Ano XV, Nº 1, jan/abr 2010.

DIAS, Eliana Cristina Moura Dias. TREVISAN Danilo Donizetti. NAGA, Silvana Cappelletti. RAMOS, Natália Amorim. SILVA, Eliete Maria. **Uso de fitoterápicos e potenciais riscos de interações medicamentosas**: reflexões para prática segura. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 41, n. 2, p. 297-307 abr./jun. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2306>. Acesso em 19/06/2023.

FERNANDES CS, Carvalho JN, Feitora ES, Costa NP, Moraes TM, Rodrigues ARS, e tal. **Photovoice como método de pesquisa para educação em saúde**: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.51434>. Acesso em 19/07/2022.

FERNANDES, S. SANTOS, A.O. **Dos Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. Psicologia**: Ciência e Profissão [online]. 2019, v. 39, n. spe Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>>. Epub 15 Ago 2019. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>. Acessado em 15 Novembro de 2022.

FRANCESCHINI, ABC. **Abordagem comunitária**: uma perspectiva para a promoção de saúde universal, integral e equânime. Atenção à saúde da comunidade no âmbito da atenção primária à saúde na FMRP-USP. Tradução. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2017. Acesso em: 18 fev. 2023.

FREITAS, Daniel Antunes et al. **Saúde e comunidades quilombolas**: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC* [online]. 2011, v. 13, n. 5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>>. Epub 20 Maio 2011. ISSN 1982-0216. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>. Acessado 14 Novembro 2022.

GOMES, TB. BANDEIRA, FPSF. **Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia**. *Acta Botanica Brasilica* [online]. 2012, v. 26, n. 4 [Acessado 19 Novembro 2022], pp. 796-809. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-33062012000400009>>. Epub 29 Jan 2013. ISSN 1677-941X. <https://doi.org/10.1590/S0102-33062012000400009>.

GOUVEIA EAH, Silva R de O, Pessoa BHS. **Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas.** Rev bras educ med [Internet]. 2019;43(1):82–90. Disponível em [SciELO - Brasil - Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas](#). Acesso em 22/04/2023.

GRISON PM, AGUIAR DCM, MOSER GAS, HANAUER MC, KLEIN S. **Disposição afetiva para o cuidado na recuperação.** Rev. SOBECC, São Paulo. JUL./SET. 2020; 25(3): 159-170.

GROSSEMAN, S. & PATRICIO, Z.M. **A relação Médico-paciente e o cuidado humano:** subsídios para promoção da educação médica. Revista Brasileira de educação médica, 2004. 28(2), 99-105.

HAMPATÉ BÂ, A. **A tradição viva.** In J. Ki-Zerbo (Ed.), História geral da África: metodologia e pré-história da África (p. 167-212). 2 ed. Brasília, DF: Unesco, 2010. 992 p.

HENRIQUE, Flavia. **Diagnóstico comunitário da área de abrangência da unidade de saúde da Prainha-Florianópolis – Santa Catarina.** Revista APS, Juiz de Fora; v.13, n.4; p. 2010.

KNAUTH, Daniela Riva. OLIVEIRA, F.A.; CASTRO, R. C. L. **Antropologia e Atenção Primária à Saúde.** In: Bruce B. Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa Giugliani; Michael Schmidt Duncan; Camila Giugliani. (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária Baseada em Evidências. 5 ed. Porto Alegre, 2022. Vol. 1, p.163.

LANGDON EJ, WIJK FB. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010. Acesso em: 10/09/2022 Disponível em: [Revista Latino-Americana de Enfermagem \(usp.br\).](#)

LUZ, M. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade; Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje, p.14 a 16, 2008.

MELLEIRO, MM, GUALDA DMR. **Explorando a “fotovoiz em um estudo etnográfico:uma estratégia de coleta de dados.** Ver. Bras. Enferm. 2005Mar; 58(2) :191-3. Disponível em SciELO - Brasil - Explorando a "fotovoiz" em um estudo etnográfico: uma estratégia de coleta de dados. Acesso em 23/04/2023.

MELLO, MLBC. **Práticas terapêuticas populares e religiosidade afrobrasileira em terreiros no Rio de Janeiro:** um diálogo possível entre saúde e antropologia. Orientador: Oliveira, Simone Santos Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento:** epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MINAYO, M.C.D.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

MOURA, Clovis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. 3 ed. São Paulo: Anita Garibaldi, 2020.

NEVES, M.E.R., BRAGA, L.R.T., Oliveira, L.F., Tavares, G., Baratto, L.C., Fonseca-Kruel, V.S. **Plantas medicinais e conservação da diversidade vegetal e cultural na perspectiva da Covid-19**. Rio de Janeiro: Jardim Botânico do Rio de Janeiro, 2021.

OMS. Conferência mundial sobre determinantes sociais em saúde. **Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

OPAS/OMS. **Serviços essenciais de saúde enfrentam interrupções contínuas durante pandemia de COVID-19**. Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Disponível em www.paho.org/pt/noticias/7-2-2022-Serviços-essenciais-de-saúde-enfrentam-interrupções-contínuas-durante-pandemia-de-COVID-19-OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Acesso em 20/11/2022.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil** in INDURSKY, Freda & FERREIRA, Maria Cristina 36 Leandro. (orgs). Michel Pêcheaux e a análise do discurso: uma relação de nunca acabar. São Carlos, SP, Claraluz, 2005, p.79.

PEREIRA et al. **A teoria do Autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa**. Rev enferm UFPE on line. 2011 jun.;5(4):896-900, p. 898.

PIERONI A, Vandebroek I, Prakofjewa J, Bussmann RW, Paniagua-Zambrana NY, Maroyi A, Torri L, Zocchi DM, Dam ATK, Khan SM, Ahmad H, Yeşil Y, Huish R, Pardo-de-Santayana M, Mocan A, Hu X, Boscolo O, Sõukand R. **Taming the pandemic?** The importance of homemade plant-based foods and beverages as community responses to COVID-19. J Ethnobiol Ethnomed. 2020 Dec 9;16(1):75. doi: 10.1186/s13002-020-00426-9. PMID: 33298108; PMCID: PMC7724619.

PIMENTA, T. S. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 67-92, 2004.

PRADO, Andreza Silva. **Um outro olhar sobre a repressão sofrida pelos calundus no nordeste e sudeste do Brasil: Séculos XVI a XVIII**. Revista em favor da Igualdade Racial. Rio Branco –Acre, v. 4 n. 2, p. 18-32, maio/ago. 2021.

PRANDI. Reginaldo. **Referências sociais das religiões afro-brasileiras: sincretismo, branqueamento, africanização**. Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 151-167, jun. 1998. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000100008>.

RIBEIRO, Ronilda Iyakemi. **Alma Africana no Brasil: Os iorubás**. São Paulo: Editora Oduduwa, 1996.

SANTOS, ANS. NASCIMENTO, ER. **Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas**. Rev baiana enferm. 2019.

SANTOS, R. C. SILVA, M. S. (2014). **Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás**. Saúde Sociedade, 23(3), 1049-1063.

SOUZA, MCR. **Diagnóstico Comunitário em área de abrangência de comunidade quilombola Relato de caso em uma Clínica de Família no município de Armação dos Búzios**. Trabalho de Conclusão de Residência Médica – R3 Administração em Saúde (Residência em Medicina de Família e Comunidade) – UERJ, Rio de Janeiro, 2021.

TCERJ. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios** – Edição 2004. Disponíveis no sítio <http://www.tce.rj.gov.br>. Disponível em https://www.tcerj.tc.br/portalnovo/publicadordearquivo/estudos_socioeconomicos. Acesso em 25/04/2021.

TEIXEIRA, Heloísa Maria. **História da África e cultura afro-brasileira**. Universidade Federal de Viçosa. Coordenadoria de Educação Aberta e à Distância, 2012.

VALLA, Victor Vincent. **Sobre participação popular: uma questão de perspectiva**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1998, v. 14, suppl 2 [Acessado 15 Novembro 2022], pp. S07-S18. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>>. Epub 30 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>.

WONG UN, Julio Alberto. **As dimensões culturais e a educação popular e saúde**. In: BORNSTEIN, Vera Joana (Org.). Formação em educação popular para trabalhadores da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. 284 p.

ANEXO 1 - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECDO

Resolução nº 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

- Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Cuidados tradicionais em saúde utilizados por pessoas quilombolas: uma análise através de fotografias e narrativas**, que tem como objetivos: **Geral:** Identificar que tipos de práticas tradicionais são utilizadas por remanescentes quilombolas em um município do RJ, a partir de imagens e narrativas sobre seu cotidiano de cuidado em saúde. **Específicos** – possibilitar que os remanescentes quilombolas resgatem a memória do uso de práticas tradicionais em saúde presentes em suas famílias e na comunidade: favorecer o planejamento das ações de saúde pelas UBS a partir da realidade local para melhorar as condições de saúde da população remanescente quilombola. A coleta de dados da pesquisa terá duração de 18 (dezoito) meses, com o término previsto para o mês de junho de 2022. Sua participação não é obrigatória e consistirá em entrevista individual, coleta de narrativas e imagens. Em visita domiciliar a pesquisadora lhe apresentará o objetivo da pesquisa, explicará sobre como serão feitas as fotografias a partir da pergunta norteadora: "Quais cuidados em saúde são realizados em sua casa ou na comunidade quando algum membro de sua família adoece?". Após isso, você fará entre 3 e 5 fotografias relacionadas às suas lembranças de cuidado junto a pessoas quilombolas. Será emprestada uma câmera digital a quem não possuir este dispositivo para captura de imagens após assinatura de termo de uso. Após o período de realização das fotografias você será convidado a novo encontro com a pesquisadora para explicar qual o significado das imagens realizadas e escolhidas. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em nenhum tipo de prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na

pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao risco de você e seus familiares aparecerem nas imagens de fotografias realizadas neste estudo causando constrangimento. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa e, se compromete a desfocar a imagem de pessoas que aparecerem na imagem, de forma que estas não sejam identificadas em hipótese alguma.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa serão a preservar e valorizar a cultura de cuidado tradicional em saúde presente na história e cultura quilombola da Rasa, buscando melhorar as atividades de cuidado em saúde realizadas pela Unidade Básica de Saúde que os assiste.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

MARIA CRISTINA REIS SOUZA

Pesquisador responsável

E-mail: reisouzamc@gmail.com Cel: (91)991897415

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna
Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso
Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP:
20.211-110. Tel: 21-3938-0962

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

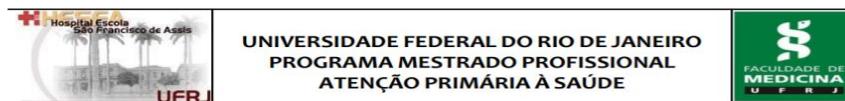
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 202 .

Assinatura

do(a)Participante:_____

Assinatura da

Pesquisadora:_____



QUESTIONÁRIO COMUNIDADE QUILOMBOLA

I – CÓDIGO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO:

DATA NASC./IDADE:

CIDADE DE NASCIMENTO:

RAÇA/COR: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena

SEXO AO NASCER:

LOCAL DE NASCIMENTO(HOSPITAL, CASA..):

BAIRRO ONDE MORA:

QUAL SUA RELIGIÃO?

() Católica () Evangélica () Espiritualista (religiões de matrizes africanas) (

) Espírita

() Tradições indígenas () Sem religião (Ateu) () Religiosidade não

determinada/Não sabem () Outras

ESCOLARIDADE:

II – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1- Você se considera quilombola? () sim () não

a. Quando e como você descobriu que é quilombola?

2- Para você o que é ser quilombola?

3- Para você o que é saúde?

4- Fale um pouco sobre lembranças algum cuidado em saúde/tratamento feito por sua família com você e/ou com os demais quilombolas quando adoeciam? Se sim, de que forma era ou é feito?

5- Fale um pouco sobre lembranças de seus pais, avós ou outros familiares quilombolas tratando doenças ou mal estar de pessoas de sua família em casa? Como eles faziam isso?

- 6- Você usa algum tipo de tratamento/cuidado ensinado por seus pais, avós ou outros familiares quilombolas quando alguém na sua casa está doente? Se sim, quais tratamentos usa?
- 7- Se a resposta acima foi **sim**, em quais tipos de problemas de saúde você usa os tratamentos tradicionais ensinados por sua família?
- 8- Em quais situações você não usa os tratamentos tradicionais ensinados por sua família?
- 9- O que você faz quando não realiza o cuidado ensinado por seus pais em caso de mal estar ou problema de saúde? Como tenta resolver esse problema?
- 10-Você acredita que o conhecimento de cuidado de pessoas doentes em casa está sendo ensinado às novas gerações? (seus filhos, netos, bisnetos..).
- () sim () não
- 11-Por que você acha que isso está acontecendo?
- 12-Se voce fosse fazer uma fotografia de um momento de cuidado quilombola, o que você fotografaria?
- 13-Você possui fotografias que mostrem sua familia ou familiares realizando algum cuidado em saúde em casa ou na comunidade?
- () sim () não

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM, VOZ E SOM

Eu, _____, portador(a) do CPF _____, AUTORIZO a pesquisadora Maria Cristina Reis Souza, sediada em Alameda das Andorinhas, 03 – Casa 24 – Bairro Marina, em Armação dos Búzios - RJ a utilizar a minha imagem, em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e voz, capturados na pesquisa CUIDADOS TRADICIONAIS EM SAÚDE UTILIZADOS POR PESSOAS QUILOMBOLAS: Uma Análise Através de Fotografias e Narrativas, a ser realizada na UBS Olavo da Costa, em Armação dos Búzios – RJ. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: parcial ou totalmente, em apresentação áudio visual, publicações e divulgações, em exposições em festivais com ou sem premiações remuneradas nacionais ou internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na internet e em outras mídias futuras, fazendo-se constar os devidos créditos a (o) fotógrafo(a). Por ser esta a expressão da minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos relacionados à minha imagem e voz ou a imagens e voz produzidas por mim. DECLARO, portanto, que tenho ciência de que este material constituído por imagens e sons pertence exclusivamente a Maria Cristina Reis Souza, que poderá usá-lo a seu exclusivo critério.

Armação dos Búzios, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Cedente – CPF

Endereço:

Telefone: