



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **A percepção do processo saúde-doença-cuidado em Salaminas Putumujú, uma comunidade remanescente de quilombo do Estado da Bahia**

**Núbia Gessiane Marques Silva**

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

( elaborada pela Bibl. SONIA ABREU , UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz:  
Memória da Saúde Brasileira )

Silva, Núbia Gessiane Marques  
S586 A percepção do processo saúde-doença-cuidado em Salaminas Putumaju, uma comunidade remanescente de Quilombo do Estado da Bahia / Núbia Gessiane Marques Silva. Salvador: NGM, Silva, 2014.

VIII; 35 fls. : il.

Professor Orientador: João André Santos de Oliveira.

Anexos.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Condições de trabalho. 2. Determinação de necessidades de cuidados de saúde. 3. Costumes. I. Oliveira, João André Santos de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616-092.11



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **A percepção do processo saúde-doença-cuidado em Salaminas Putumujú, uma comunidade remanescente de quilombo do Estado da Bahia**

**Núbia Gessiane Marques Silva**

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

**Monografia: *A percepção do processo saúde-doença-cuidado em Salaminas Putumujú, uma comunidade remanescente de quilombo do Estado da Bahia*, de Núbia Gessiane Marques Silva.**

Professor orientador: **João André Santos de Oliveira**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **João Oliveira** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Saúde da Família da Unidade de Saúde do Terreiro de Jesus da Universidade Federal da Bahia.
- **Lílian Carvalho**, Professora do Departamento de Saúde da Família da Unidade de Saúde do Terreiro de Jesus da Universidade Federal da Bahia
- **Rafaela Freire**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Supervisora no internato de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Viviane Andrade**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*Mas é preciso ter manha; É preciso ter graça: É preciso ter sonho sempre; Quem traz na pele essa marca, possui a estranha mania, de ter fé na vida...* (extraído do poema “Maria Maria”, de **Milton Nascimento**)

Aos Meus Pais, **Helenice  
Marques e Abílio Silva.**

## **EQUIPE**

- Núbia Gessiane Marques Silva, estudante da graduação de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: n.gessiane14@hotmail.com
- João André Santos de Oliveira, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA; e
- Marina Barbosa, estudante da Graduação de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Recursos próprios do grupo de pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **João Oliveira**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futura médica.
- ◆ À Professora **Maria Caputo**, pelo ensinamentos e oportunidade desse trabalho de pesquisa, me ensinando a ser mais humana com a minha profissão.
- ◆ As Professoras **Lílian Carvalho e Rafaela Freire** membros da Comissão Revisora desta Monografia, e a Doutoranda **Viviane Andrade**. Meus especiais agradecimentos pela constante disponibilidade, colaboração na etapa final e dedicação na correção.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE FIGURA</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
V.1. Arquitetura local	13
V.2. Bens e Serviços	13
V.3. Alimentação	15
V.4. Renda Familiar	15
V.5. Aspectos sociais	16
V.6. Educação	16
V.7. Identidade Quilombola	17
V.8. Lazer	18
V.9. Comorbidades Prevalentes e Acesso a Saúde	18
V.10. Prevenção	20
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>21</b>
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>24</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>25</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>28</b>
•ANEXO I: Roteiro de Entrevista	28
•ANEXO II: Parecer do Comitê de Ética	33

## ÍNDICE DE FIGURA

### FIGURA

FIGURA 1. Mapa da localização do município de Maragojipe	14
--	----

### GRÁFICOS

GRÁFICO 01. Distribuição etária da população de Salamina.	16
GRÁFICO 02. Tipos de construções em Salamina	16
GRÁFICO 03. Destino do lixo produzido em Salaminas	17
GRÁFICO 04. Principais fontes de água para o consumo em Salamina	17
GRÁFICO 05. Principais formas de tratamento da água em Salamina antes do consumo	18
GRÁFICO 06. Esgotamento Sanitário em Salamina	18
GRÁFICO 07. Fonte de renda financeira dos habitantes de Salamina	19
GRÁFICO 08. Nível de escolaridade da população de Salamina	21
GRÁFICO 09. Principais tipos de documentos encontrados na população de Salaminas	21

## I. RESUMO

### **A percepção do processo saúde-doença-cuidado em Salaminas Putumujú, uma comunidade Remanescente de Quilombo do Estado da Bahia. Introdução:**

As comunidades Quilombolas são populações que possuem uma longa história de exclusão social e de desvalorização dos seus direitos como cidadãos, uma cultura peculiar de valores e crenças especiais definidas pelo seu próprio povo. Também uma história de luta pela posse de terra e pelo livre exercício de suas práticas culturais. **Objetivo:** O estudo tem como objetivo compreender o processo saúde-doença-cuidado da comunidade quilombola, relacionando o mesmo com a situação vivenciada pela comunidade, no que diz respeito às ações e acesso em saúde.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo de cunho analítico, utilizando como instrumento e estratégia de coleta de dados, respectivamente, um roteiro de entrevista semi-estruturada e diário de campo. Foi realizada uma análise de conteúdo como técnica de análise dos dados.

**Resultados:** A estrutura local é precária, prevalecendo casas de taipa e sem energia elétrica, possuem uma renda familiar baixa, dependendo do que produzem e de auxílios do governo, além de um trabalho inseguro. As crianças estudam, mas freqüentam pouco a escola. O lixo e resíduos fecais são despejados no solo, desencadeando recontaminações. Os resfriados e dor de barriga são as comorbidades mais freqüentes, sendo o acesso a saúde pública limitado pela falta de atendimento e dificuldade no deslocamento.

Fazem uso das ervas locais para solucionarem essas enfermidades que os atingem, tendo funções diversas. **Discussão:** Os remanescentes de quilombo são populações historicamente excluídos, necessitando de empoderamento através de ações interdisciplinares para promoção da igualdade racial. A comunidade vive com várias restrições e expressão de sofrimento contínuo, resultantes dos freqüentes acometimentos bio-psico-sociais. Os seus costumes e conhecimentos são importantes aliados diante das necessidades.

**Conclusões:** A falta de acesso, atendimento integral a saúde, de conhecimento dos seus direitos é notório nessa população, necessitando de valorização da identidade, saberes locais, de políticas públicas que contribuam para promoção, proteção e manutenção a saúde.

**Palavras-chaves:** 1. Condições de trabalho; 2. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; 3. Costumes

## **II. OBJETIVO**

### **II.1 GERAL**

Compreender o processo saúde-doença-cuidado da comunidade quilombola, relacionando o mesmo com a situação vivenciada pela comunidade, no que diz respeito às ações e acesso em saúde.

### **II.2 Específico**

Levantamento e sistematização dos temas relevantes para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado, obtidos na entrevista e diário de campo.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os conceitos básicos que fundamentam o presente estudo derivam de uma reflexão contemporânea acerca do processo Saúde-doença-cuidado e seus determinantes sociais, e da relação entre a promoção da igualdade racial e a promoção da saúde, com suas estratégias para a melhoria da qualidade de vida, enfatizando a importante ação da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade. A escolha de uma comunidade quilombola a partir de um projeto de extensão para esse estudo vem da idéia da necessidade de uma melhor compreensão de ambientes, estruturas e conceitos de uma população vulnerável e a relação com suas vivências, crenças e cultura.

As comunidades tradicionais chegam a um quarto da população brasileira, sendo dois milhões apenas de populações quilombolas, o que ratifica a heterogeneidade brasileira. Um contingente importante que não pode continuar sendo ignorado e excluído. (CEDEFES, 2008)

O histórico político e social dos remanescentes de quilombo são de freqüentes lutas sociais em busca de seus direitos. Dentro desse processo de construção está envolvida uma persistente luta pelo reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, bem como o livre exercício de suas práticas culturais, crenças e valores considerados em sua especificidade. (LEITE, 2000).

A palavra “Quilombo” ou “Calhambo” é de origem Bantu, povo que se localiza nas regiões sul, sudoeste e sudeste da África, e significa acampamento ou fortaleza. A palavra foi usada pelos portugueses para denominar as povoações construídas por escravos fugidos. O termo também pode ser atribuído à “casa” ou “refúgio” de escravos que se rebelara contra a ordem escravista. Havia diferentes formas de quilombos: desde pequenos grupos itinerantes que viviam de assaltos nas estradas e fazendas até complexas estruturas de vilarejos. O objetivo é que essas formações de quilombos propiciassem barreiras estruturais de defesa, que tanto podiam ser naturais quanto sociais. (CEDEFES, 2008).

A Constituição de 1988 tornou esse tipo de comunidade sujeito de direitos culturais e patrimoniais específicos, garantidos pelo artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais, que estabelece: “aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. A partir de então o conceito de quilombola vem se modificando devido aos interesses políticos. Há quem diga que essas comunidades não ocupa o mesmo local desde 1888 (abolição da escravidão) ou que os descendentes de determinados grupos não tiveram relação direta com a escravidão, mas

essas são questões já superadas pela legislação. Na atualidade o termo quilombola se ampliou e não está preso às origens históricas.

A presença legalmente instituída do Art. 68 levou a Fundação Cultural Palmares, em 1994, a formular um novo conceito para os quilombos, que passaram a ser vistos como: “toda comunidade negra rural que agrupe descendentes de escravos vivendo de uma cultura de subsistência e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado”. Todas as regiões brasileiras apresentam áreas remanescentes de quilombos, estando catalogado, por todo o país, um total de 2790 comunidades, revelando panoramas regionais bem distintos. (SILVA, 2007).

O conceito de quilombola e de território de quilombo utilizado pelo Governo Federal, juntamente com os Ministérios e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária em 2004, instituído pelo Decreto Federal nº 4.887 diz em seu artigo terceiro e quarto: “Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnicorraciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Consideram-se terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos toda a terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural, bem como as áreas detentoras de recursos ambientais necessários à preservação dos seus costumes, tradições, cultura e lazer, englobando os espaços de moradia e, inclusive, os espaços destinados aos cultos religiosos e os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos”. (CAPUTO, 2013).

O contexto político e social dessas populações, com identificação de políticas sociais e de seus direitos, contribuiu para aceitação do conceito de “quilombolas” atribuídos a esses grupos, termo também responsável pela formulação de um novo conceito de identidade para essas populações, gerando um questionamento coletivo e individual de suas origens e sua relação com o reconhecimento político e social. O conceito de identidade quilombola vem sofrendo modificações desde a implantação do Art. 68 da Constituição Federal Brasileira em 1988, e o que se tem verificado é que essa formação do conceito de identidade como “quilombolas” pelos remanescentes tem sido construída pela necessidade de lutar pela terra, de serem reconhecidos, o que se torna uma constante busca pelo direito de serem agentes de sua própria história. (BRASIL, 1988).

Ainda cabe a comunidade de Salaminas-Putumujú o conceito de populações tradicionais trazidos pelo Decreto Federal, apesar de se julgar incompleto: "Povos e

comunidades Tradicionais: conforme estabelece o Decreto Federal nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são os grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Como exemplo, podem ser citados os indígenas, quilombolas, faxinalenses, ribeirinhos, caiçaras, cipozeiros. Tais grupos sociais vivem em estreita interação com o ambiente natural e cultural, reconhecendo-se como pertencentes ao meio (território) e adotando práticas juridicamente consensuadas pelo grupo social.” Esse conceito ampliado permite a garantia de políticas de inclusão social as comunidades que não tenham uma relação histórica com os remanescentes de quilombo, mas que possui uma relação territorial específica para suas reproduções.

Diante da situação de desigualdades e como grupos minoritários, essas comunidades passaram a valorizar positivamente os seus traços culturais e suas relações coletivas como forma de ajustar-se às pressões sofridas. Esse contexto de desigualdade persiste desde o período pós-abolicionista, quando negros foram perseguidos e expulsos dos centros das cidades, o que acarretou num povoamento dos quilombos e, conseqüentemente, na segregação do território nacional. Dessa maneira, os centros das cidades que eram considerados como ambientes “civilizados” ficaram reservados apenas a uma parcela privilegiada da população, enquanto a outra era relegada a locais distantes e com poucos ou quase nenhum recurso, os quilombos, considerados como ambiente “não-civilizado”, sendo necessária a persistente luta pela igualdade dos direitos. Direitos que vão da regularização fundiária das suas terras, até à equidade em relação à saúde pública do país, garantindo, assim, a ampliação da sua cidadania. (FREITAS, 2011).

Comunidades quilombolas estão distribuídas por todo território nacional brasileiro, e muitos deles apresentam um forte vínculo de parentesco. Grande parte dos participantes da comunidade trabalha em atividades rurais, ou culturais de subsistência, porém muitos ainda precisam recorrer a programas do Governo Federal, como o Bolsa Família, para garantir o sustento próprio e da família. As famílias quilombolas retiram seu sustento, principalmente, da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, o que assegura os produtos básicos para o consumo. Neste sentido, desde muito pequenas, as crianças aprendem a lidar com o trabalho nas lavouras, o que faz com que muitas não frequentem a escola. A

infraestrutura disponível nas comunidades de quilombo é bastante precária, as condições sanitárias são insuficientes e em alguns casos não há acesso à água tratada e nem esgoto sanitário. (FREITAS, 2011).

As práticas religiosas e corporais próprias da cultura afrodescendente têm sido aos poucos sendo abandonadas. A dificuldade no acesso e ações em saúde são várias, desde o deslocamento para adquirir esse acesso até a intervenção por profissionais da saúde. A valorização dos conhecimentos prévios de ervas e plantas medicinais, estando também presente a figura do curandeiro, são importantes formas de sobrevivência diante das necessidades, que os fizeram aprender a viver com seus conhecimentos e produções próprias. (FREITAS, 2009).

A Saúde como valor social diz respeito ao entendimento do caráter dinâmico do estado de saúde, algo a ser continuamente promovido, protegido e preservado, diante da multiplicidade de situações de risco a que é submetida continuamente a existência dos seres humanos, sejam estes biológicos, ambientais, sociais, ou mesmo decorrentes da exposição a ações e serviços de saúde que podem contribuir para a geração de agravos e danos. Nessa perspectiva, não pode ser alcançada apenas mediante iniciativas individuais, familiares e de grupos específicos, dizendo respeito a um bem, um valor social que depende da mobilização, organização e defesa de condições e modos de vida “saudáveis”, demandando, portanto, a ação coordenada do Estado e da sociedade como um todo. (BUSS, 2003).

A manutenção da saúde nessas localidades se tornou uma difícil missão, tanto pela dificuldade no acesso, como pela séria carência no planejamento, organização e execução de propostas efetivas para aquelas formas que já existem, se afastando da proposta existente da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, necessária a cidadania. A falta de saneamento básico e precariedade dos processos de obtenção da água, práticas de lazer desprotegidas e o distanciamento das práticas lúdicas tradicionais realizadas nas comunidades acentuam a dificuldade de promoção e manutenção da saúde coletiva (FREITAS, 2009).

A população quilombola se mostra constantemente com vulnerabilidades sociais e individuais, decorrente de políticas de inserção social ainda pouco efetivas e intervenções insuficientes. São comunidades que muitas vezes são reconhecidas como portadoras de uma vivência e saberes diferenciados, que exige políticas sociais específicas, norteadas para o seu contexto social e cultural, dotadas de empoderamento mútuo.

As relações interpessoais entre educandos e educadores nessas comunidades,



com pessoas capacitadas em ação interdisciplinar são importantes para uma produção crítica e reflexiva dos seus direitos como cidadãos, já que essas pessoas podem ser difusores do conhecimento a partir dos problemas oriundos da sociedade, desenvolvidas através da pesquisa-ação. O conhecimento dos direitos tende a eliminar ou a corrigir desigualdades, que nascem das condições de partida, econômicas e sociais. As fragilidades dessas populações exigem intervenções que potencializem as iniciativas por parte da população, em busca de melhorias. (ZOTTIS, et al. 2008).

A elaboração dessa pesquisa se justifica por várias razões, sendo o momento atual oportuno para produção de projetos desta natureza. Estamos vivenciando um momento em que populações vulneráveis, como os remanescentes de Quilombo, estão podendo usufruir de políticas públicas e ações sociais direcionadas a esses grupos. Universidades e Secretarias de Saúde tem mostrado esforços para implementação de Políticas de inclusão (como as cotas para ingresso dos estudantes de vários cursos e a Política Nacional de Saúde Integral da população negra). A participação de estudantes em programas de extensão universitária com esse caráter interinstitucional permite um diálogo interdisciplinar que possibilita a construção de saberes em saúde, além do aprendizado mútuo na experiência entre educadores e educandos. Ações de extensão universitária contribuem com a interação universidade-sociedade, propiciando uma troca de experiências que realimenta a universidade e que estimula seu constante processo de avaliação. A extensão universitária é a atividade acadêmica capaz de imprimir um novo rumo à universidade brasileira e de contribuir significativamente para a mudança da sociedade. (BRASIL, 2007).

As práticas de extensão popular têm se constituído, em nível nacional e marcadamente dentro das Universidades, como possibilidades de se experimentar a relação entre o saber popular e o saber científico com a intencionalidade de superar os problemas sociais e respeitar os diferentes saberes. Também possibilita a formação de profissionais de saúde com postura diferenciada e visão crítica, que vai além da prática biologicista do cuidado.(VASCONCELLOS ET AL, 2008).

#### IV. MÉTODOLOGIA

Estudo Qualitativo de cunho analítico, obtendo como campo de estudo uma comunidade remanescente quilombola, localizada na Cidade de Maragogipe-Bahia, denominada Salaminas Putumujú. Local situado próximo a outras comunidades quilombolas, localizado na baía do jacuípe do recôncavo baiano.

Este trabalho originou-se a partir de um projeto de extensão do Instituto de Humanidades, Artes e Ciência da Universidade Federal da Bahia, que tem como objetivo a produção de saberes na linha da promoção social em saúde, igualdade racial, com enfoque em grupo social vulnerável. No programa em questão a equipe executora do projeto de extensão se compõe de docentes e discentes dos Bacharelados Interdisciplinares; docentes, técnicos e estudantes dos diversos cursos de graduação da Universidade Federal da Bahia, técnicos da DGETS/SESAB e dos moradores da comunidade quilombola escolhido para sediar as atividades de campo do projeto.

Foram entrevistadas 13 famílias da comunidade quilombola de Salaminas Putumujú, essas são as que se encontravam próximo a Casa Grande, onde se iniciou o processo de trabalho escravo e história de submissão do quilombo. As outras localidades se situam mais distantes, mas compartilham da mesma história. E também nesta localidade que o autor teve maior vivência em relação as outras regiões avaliadas.

Os instrumentos da pesquisa foram a entrevista semi-estruturada e Diário de campo. As entrevistas foram realizadas nas casas das famílias, sendo reservada um turno para cada uma delas. Realizadas através de uma conversa/ diálogo de forma descontraída guiado por um roteiro de entrevista semi-estruturado que serve de orientação e guia para andamento da interlocução, com o objetivo de permitir uma flexibilidade nas conversas para observar suas demandas, podendo assim oferecer margem a novas temáticas ainda não abordadas e que são vistas pela comunidade como necessárias. Esse roteiro foi confeccionado por professores e alunos de diferentes áreas de graduação da UFBA, com objetivo de uma produção interdisciplinar. A comunidade foi previamente avisada da presença dos pesquisadores para entrevista, sendo solícitos com o projeto. Vale salientar que os pesquisadores sempre respeitavam a dinâmica da comunidade. No Diário de campo foram registrados percepções relevantes para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado, possibilitando outras reflexões que não abarca nas entrevistas.

O projeto foi realizado ao longo do ano de 2013, sendo dividido em dois momentos: um primeiro contato com a população, em que atuamos como ouvinte dos questionamentos levantados, através das entrevistas; e, num segundo momento, onde

foram realizadas as intervenções interdisciplinares com promoções em saúde.

As entrevistas foram transcritas e, a partir de leitura interessada do material transcrito, respaldada na experiência vivida e registrada em diário de campo, foram levantados temas relevantes, que se destacaram e que foram mais frequentemente relatados pelas famílias, para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e sistematizados posteriormente. E como plano de fundo para levantamento dessas temáticas foi usado o conceito de Saúde pela OMS, que diz ser “completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, o que valoriza os determinantes sociais.



**Figura 1 - Mapa da localização do município de Maragojipe**

Fonte: Brasil (2002); IBGE (2010) (adaptado).

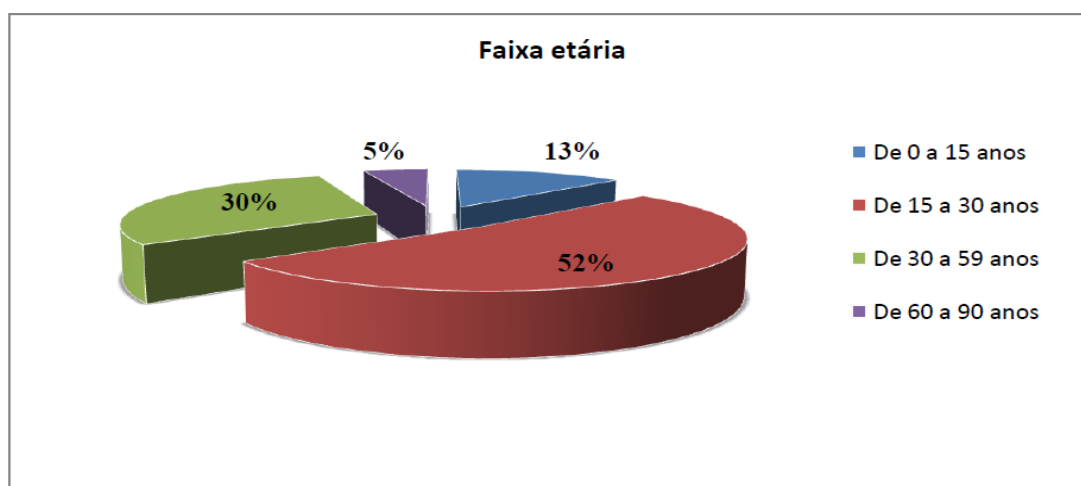
## V- RESULTADOS

A comunidade Quilombola de Salaminas- Putumujú foi por muito tempo submissa ao trabalho escravo, contexto que dificultou o seu desenvolvimento econômico, cultural e religioso, tornando-os presos ao sistema empregado naquele local, que se passava de geração por geração. A comunidade permanecia presa, tendo seus direitos violados e sem poder político e crítico para reverter esse contexto, já que estavam impedidos de ir até a escola, trabalhar para si mesmos ou construir suas próprias casas e seu espaço. Por muito tempo essa comunidade viveu dependente da escravidão para sobrevivência, que se resumia a moradia e condições precárias. Conseguiram sua independência trabalhista e reconhecimento como quilombolas após morte do último herdeiro homem do seu “Senhor de escravo”. O regime de escravidão é assim relatado por um dos entrevistados:

Aqui era um lugar escravizado, tinha os coronel, tinha os escravo e aqui também tem engenho, esses negócio. Tem senzala, tem tudo. O pessoal trabalhava, o dinheiro ele dava em mercadorias de péssima qualidade, diz que era armazenada as mercadorias num galpão que ele tinha. Mas, era disposto a tudo, a bactérias, a ratos, etc. Comidas velhas. Nunca dava o dinheiro, no caso, a mercadoria no valor do trabalho, sempre ele dava pro camarada ficar devendo a ele. Pra nunca deixar de ser escravo, ai o pessoal foram nascendo, se criando, mas um belo dia o pessoal começou acordar pra vida. Tanto que aqui o quilombo é chamado: Quilombo Salamina Putumujú.

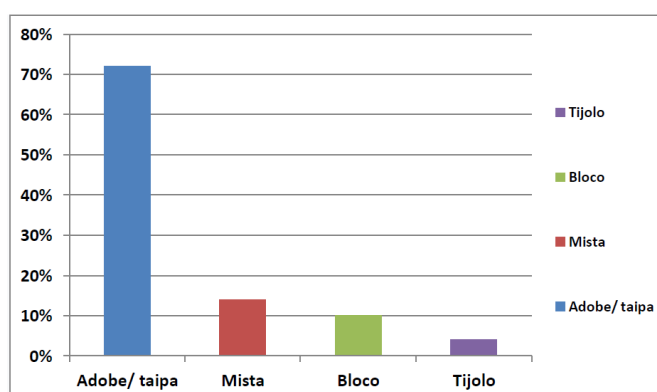
Os quilombolas de Salaminas ainda buscam pela posse das próprias terras, apesar de já serem reconhecidos como uma comunidade Quilombola. Ainda não detém a escritura das mesmas, mas já conseguem viver com suas produções locais, onde todos buscam o bem comum para não se verem mais submissos ao trabalho escravo. O corporativismo pela luta de seus direitos, de melhores condições sociais, culturais e de saúde é algo perceptível, observado através de lideranças estimuladoras dos seus direitos e que se mostram ativos na busca de melhores condições sociais.

De acordo com os dados obtidos, ao longo das entrevistas realizadas, Salamina apresenta-se como uma comunidade quilombola de população jovem/adulta, pois a maioria dos seus habitantes têm em média, idades entre 15 e 30 anos, como pode ser visto no gráfico abaixo (Gráfico 01):

**Gráfico 01 – Distribuição etária da população de Salamina.**

### V.1 Arquitetura Local

As casas “herdadas” dos seus senhores são de adobe e as novas construções locais são produzidas por seus moradores, são de taipa, sendo estas últimas as mais freqüentes. As casas que eram do “Senhor da Casa Grande” possuem energia elétrica, enquanto que as outras ainda não têm. Existe o tempo certo para retirada da madeira para ser usada nas construções de suas casas, segundo relata um dos entrevistados: “A gente tem que levar em consideração a lua, porque se não apodrece rápido”. A taipa é utilizada para o reboco, ao final jogavam um pintura por cima, para obter uma maior durabilidade. A seguir demonstra o gráfico das construções prevalentes (Gráfico 02).

**Gráfico 02 – Tipos de construções em Salamina.**

### V.2. Bens e Serviços

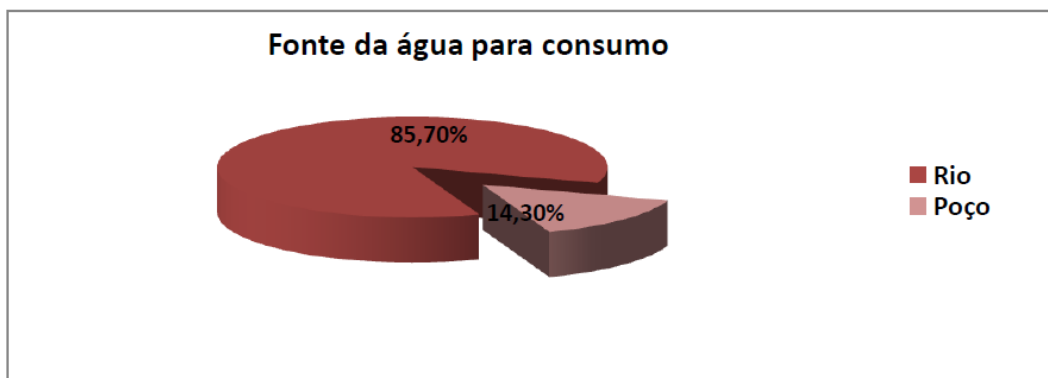
Não existe saneamento básico nessa comunidade, a água utilizada é a do rio, pegada da fonte e sendo apenas coado em panos, sem nenhum tratamento adicional como cloro. As necessidades fisiológicas (urinar e defecar) são realizadas ao ar livre, não existindo

tratamento de esgoto e banheiros. O lixo é jogado ao ar livre, não possui sistema de coleta, sendo queimado na maioria das residências. Refere um entrevistado: “Aqui não tem água não, a gente sai procurando onde tem aguazinha escorrendo pra gente pegar. Vai com a vasilha, traz, coloca no filtro a de beber, a de usar assim pra prato pra cozinhar ficam armazenadas nos baldes, nas vasilhas. Tomamos banho ali no rio mesmo”. Os gráficos a seguir mostram os seguintes resultados encontrados:

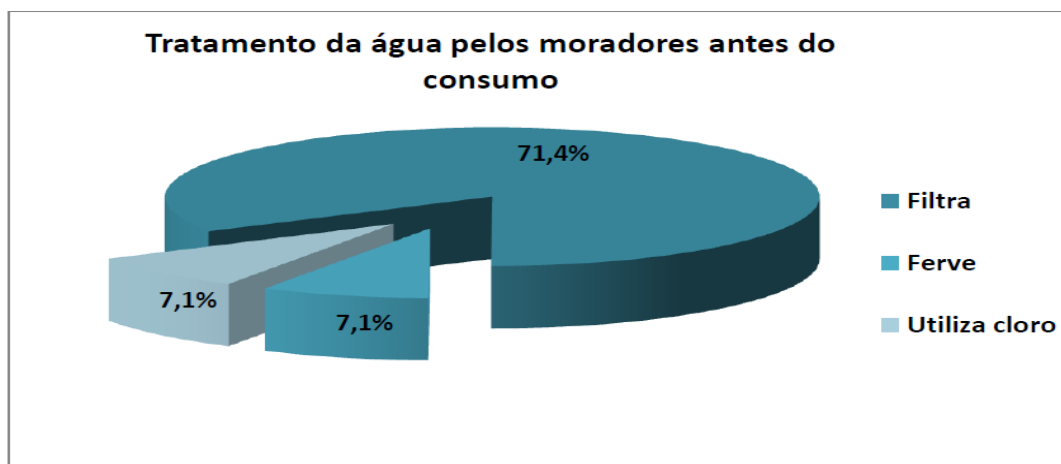
**Gráfico 03 – Destino do lixo produzido em Salaminas.**

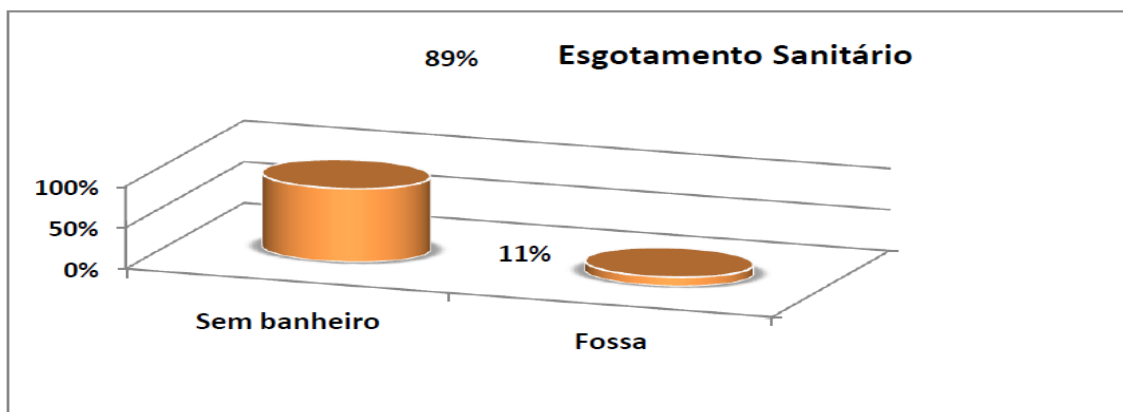


**Gráfico 04 – Principais fontes de água para o consumo em Salamina.**



**Gráfico 05 – Principais formas de tratamento da água em Salamina antes do consumo.**



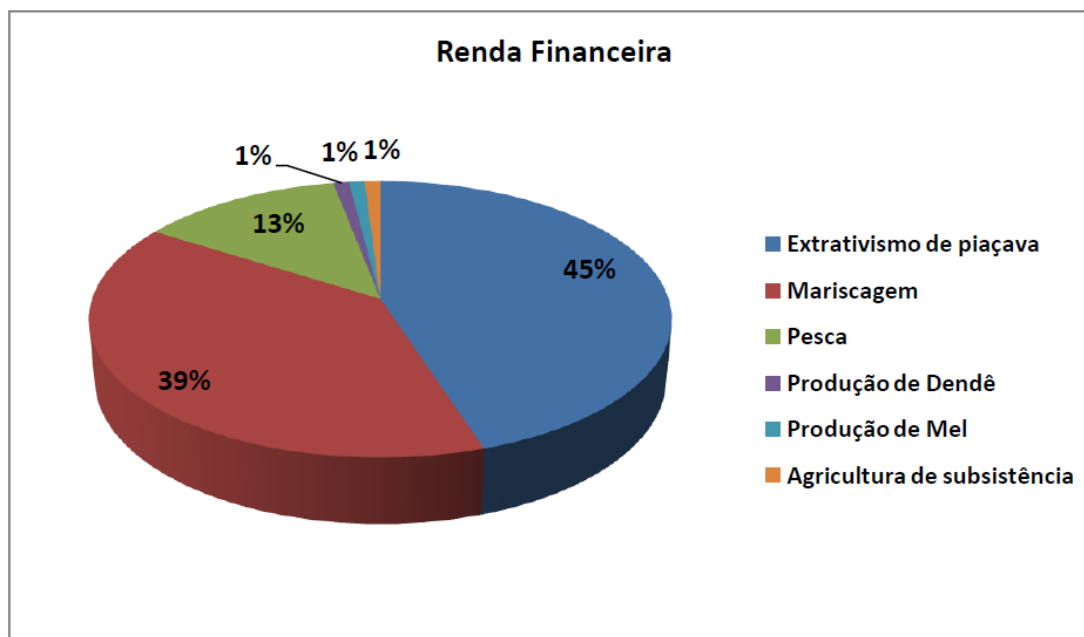
**Gráfico 06 – Esgotamento Sanitário em Salamina.**

### V.3. Alimentação

O cozimento dos alimentos é através do “fogão” a lenha. Em muitas famílias, o homem que trabalha é quem tem privilégio do alimento reforçado na casa, os outros componentes se alimentam quando tem e o que tiver, não existindo horários regulares de café da manhã e de almoço, alimentando-se quando tem fome. Plantam e colhem frutas e algumas verduras que contribuem com suas refeições, além da pesca e mariscagem. Relata um entrevistado: “A gente come o que a gente planta mermo, tem vez a gente planta milho, aipim, colhe o milho bom. Mas compra as coisas na rua também mermo comida de mercado, de feira”.

### V.4. Renda Familiar

A renda da família é feita através da venda da piaçava, mariscagem (trabalho predominante das mulheres) e a pesca (mas que no momento estava comprometida devido a instalação de um estaleiro naval próximo ao quilombo, que estava afetando a pesca dos moradores locais), o que era muito pouco, pois vendem o que produzem de forma barata. Não faziam cooperativas para produções em grande escala, não se organizavam para isso e também não recebiam instruções para tal ação. Complementavam a renda com auxílios que algumas famílias recebiam como a bolsa família, o defeso (benefício recebido em períodos nos quais a pesca é proibida) e aposentadoria em algumas famílias. Como pode ser visualizado no gráfico abaixo (Gráfico 07).

**Gráfico 07 – Fonte de renda financeira dos habitantes de Salamina.**

### V.5. Aspectos sociais

A terra é vista como um bem de todos, que deve ser usada e bem tratada, não podendo ser vendida. Eles têm a posse das terras, mas ainda não conseguiram a escritura, não podendo usufruir da casa do seu antigo senhor e nem vendê-la. Consideram-se uma comunidade muito unida, como uma única família, sendo na verdade todos com algum parentesco entre si. Possuem uma associação com presidente eleito por eles mesmos que cuida dos direitos da comunidade. Mas o estímulo de luta ainda é baixo, tendo pouca adesão por parte da comunidade em geral nas reuniões da associação. Possuem um presidente (“líder”) bem articulado e empoderado, com objetivos de melhorias para toda a comunidade, que luta pela representatividade da comunidade e dos seus direitos. Como refere um entrevistado: “Nós temos uma associação aqui na comunidade, inclusive eu sou tesoureiro da associação, reunimos e quando tem um problema assim, a gente faz uma reunião extraordináriazinha, a gente se reunindo ali no prédio escolar, a gente tenta resolver a questão”.

### V.6. Educação

A população em geral tem baixa escolaridade, onde poucos sabem escrever o seu nome completo, as crianças têm grandes dificuldades em frequentar a escola, tanto pela falta de incentivo, como por falta da merenda escolar e estrutura inapropriada, mas principalmente pela distância no deslocamento que se torna ainda maior em tempos de cheia (inverno). A distância para se deslocarem até a escola se tornou um desestímulo, ficam muito tempo só andando, gerando muito cansaço e fome nesse percurso. O ensino

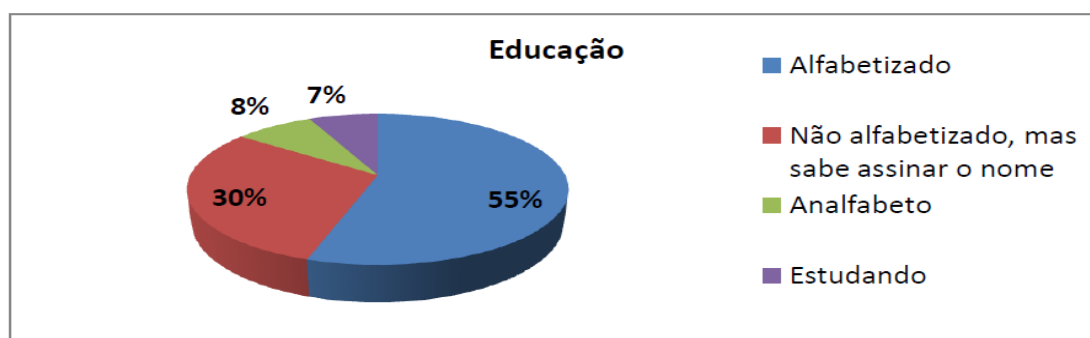


fundamental é feito em Maragojipe (cidade), eles tem que atravessar o rio por cerca de 30 minutos de barco, surgindo mais uma dificuldade que é o transporte escolar, são poucos os fornecidos pela prefeitura e ainda esses poucos quebram frequentemente, ficando essas crianças parados por vários dias sem ir a escola por falta de transporte. Alguns moradores mais velhos que não freqüentaram a escola se mostraram estimulados a estudar, mas relataram a distancia ser seu maior obstáculo. Refere um entrevistado sobre as dificuldades educacionais:

A educação que nós tá tendo muito fraca, eu mermo meu pai me criou burro, descurpe a palavra, entendeu? A mesma coisa que meu pai me criou, eu criei os meu, mas hoje eu to reconhecendo a verdade, né?! Porque hoje eu to trabalhando os neto meu, eu não estudei mas hoje eu queria ver meus neto estudando. Nem um ‘o’ com o copo eu num sei fazer.

A seguir a representação gráfica da escolaridade de Salaminas (Gráfico 08).

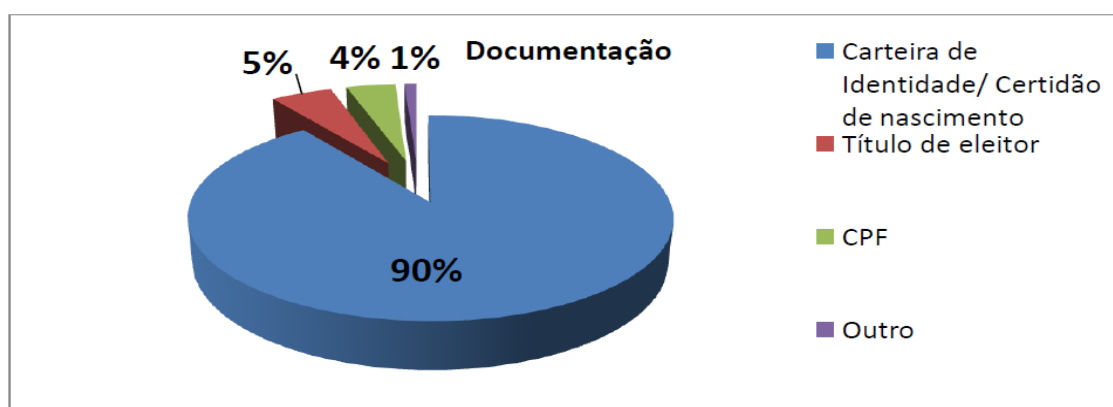
**Gráfico 08 – Nível de escolaridade da população de Salamina**



### V.7. Identidade Quilombola

O Registro Geral (RG) é o principal documento da comunidade e poucos possuem CPF e título do eleitor; a Carteira de Trabalho não foi relatado por nenhum deles, como visualizado no gráfico abaixo (Gráfico 09).

**Gráfico 09 – Principais tipos de documentos encontrados na população de Salaminas.**



Votaram nas últimas eleições, a urna eletrônica não chega até a comunidade, tendo eles que se deslocarem até Maragojipe para votar. A comunidade em geral se reconhece como quilombolas, mas essa identidade é vista como uma alternativa para adquirir seus direitos, sabendo muito pouco da história dos quilombos e sempre referindo o pouco que sabem pelos conhecimentos dos mais velhos que lhes contam.

### **V.8. Lazer**

A Igreja Evangélica e o Bar são suas fontes de lazer, além do banho de rio e o futebol aos finais de semana. As famílias referem que a Igreja deixou a comunidade mais unida e os homens menos violentos, tirando muitos da bebida alcoólica. Relata uma entrevistada: “Dia de domingo ajunta um bocado de gente. E quando tem um casamento da igreja, a igreja não cabe de gente”.

### **V.9. Comorbidades Prevalentes e Acesso a Saúde**

Ao ser perguntado o quanto eles se achavam saudáveis, a maioria dos entrevistados referiam se sentirem bem, mas com frequência estavam com alguma comorbidade e que normalmente não procuravam auxílio ao serviço público, pois este era difícil o acesso. As doenças mais prevalentes na comunidade são:



Ao procurar o posto de saúde ou não estava tendo atendimento ou era muito demorado, não existindo farmácia local. O conhecimento das ervas da região com uma diversidade de funções é a “salvação” nas emergências da comunidade, sendo referidas pelos entrevistados diversas ervas, como as antiinflamatórias, antitérmicas, analgésicas, expectorante, calmantes. O conhecimento dessas ervas e funções foram adquiridas ao longo das gerações, passadas de pais para filhos.

As gestantes fazem o pré-natal na cidade de Maragojipe, mas no decorrer do trabalho de parto poderiam ser transferidas para outro hospital de referência, por falta de maternidade ou centro cirúrgico na cidade de Maragojipe, resolvendo apenas os partos vaginais. Relatavam bastante o descuido e desrespeito para com os pacientes com pouca ou nenhuma humanização por parte dos profissionais de saúde. Os Recém-Nascidos não realizam triagem neonatal completa, alguns faziam apenas o teste do pezinho, sem os

demais exames preconizados pelo Ministério da Saúde, inexistindo praticamente a puericultura. As crianças não são acompanhadas regularmente com profissionais de saúde, o máximo realizado é verificar o peso das crianças e se está apresentando alguma enfermidade, trabalho este que é realizado por agente de saúde, para então depois fazer o pedido para marcação de consulta. Possuem cartão de vacina, mas geralmente se apresentam incompletos, relatam frequentemente falta das vacinas quando as procuram no sistema de saúde. Refere um entrevistado:

Rapaz, a saúde é uma coisa boa, né? Mas precisa botar em prática, porque só falar em saúde não adianta. Temos de se cuidar. É uma coisa que deixa a desejar aqui na nossa área de Maragojipe. É, um tratamento é muito péssimo, hospital deixa a desejar, né, aquela coisa toda que eu lhe falei. Você vai pa um hospital, não tem médico, cê marca um exame pa fazer daqui a um mês, dois mês. Se a pessoa tiver doente, tiver de morrer, morre. Depois que faz aquele exame tem de levar uma série de tempo pa pegar resultado. Aqui é assim! [...] É, tem gente que nem quer ir lá, aí só vai mesmo quando vê que o pobrema é sério.

As crianças apresentam frequentemente resfriados e febres, sendo pouco avaliados nessas situações por um profissional de saúde, normalmente apenas se espera passar o quadro clínico usando os conhecimentos de ervas locais e automedicação. Fazem uso de medicamentos por conta própria, principalmente os remédios de parasitoses, justificando o seu uso pelas queixas freqüentes de dores de barriga. O conhecimento do poder das ervas locais adquiridos de geração em geração promove a comunidade um maior conforto diante da dificuldade no acesso a saúde; assim a procura ao atendimento de saúde ocorre quanto essas ervas não solucionam ou não amenizam essas enfermidades que são mais acometidos.

As comorbidades de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus - DM foram encontradas em alguns moradores mais velhas da comunidade, sendo controladas irregularmente. Relataram o poder de um chá para redução da hiperglicemia, mas pouco conhecem as comordidades que os acometem e suas complicações. Foi encontrado dois casos de Doença de Chagas, mas os moradores relataram nunca ter visto o “barbeiro”. Não foram encontrados casos de esquistossomose, mas referiam a presença freqüente do caramujo, que referiam como “escargôs”. Casos de Depressão ou eventos psicóticos não foram observados na comunidade. Relataram sérias dificuldades com problemas de saúde bucal, não conseguindo atendimento público para sua resolução, necessitando fazer a sua extração na maioria dos casos. O tabagismo e o alcoolismo estavam

presentes em alguns componentes da comunidade, mas a frequência na igreja diminuiu o consumo de álcool na comunidade.

#### **V.10. Prevenção**

Quanto aos exames preventivos para mulher e para o homem também não são realizados como o Ministério da Saúde orienta, devido a baixa assistência a saúde com pouca ou nenhuma orientação. Algumas mulheres já realizaram os exames de rastreio de HPV ( prevenção para Câncer de Colo do Útero) e Câncer de mama em algum momento, mas não tem o costume rotineiro de fazer os exames preventivos. Nenhum dos homens relatou ter feito exame de Próstata ou outros rastreios importantes.

## VI. DISCUSSÃO

A comunidade quilombola de Salaminas-Putumujú representa um cenário de humildade, pobreza, simplicidade e de diversas dificuldades e vulnerabilidades que os impede adquirir uma boa qualidade de vida, habitantes esses que possuem pouco poder político e social. As necessidades dentro da comunidade são várias: desde uma infraestrutura pobre, sem proteção adequada, casas de taipa que os deixa propensos a infecção pelo barbeiro; a falta de um banheiro ou tratamento de esgoto que os torna susceptíveis a várias infecções ; a ausência de energia elétrica que os impede de conservarem seus alimentos e outros que possam ser vendidos; a água não tratada e não encanada também fornece um risco constante de afecções para essa comunidade, bem como os alimentos que são manuseados com essa água; o lixo também que contamina o próprio ambiente de trabalho, seja pela falta de coleta ou pelas queimadas realizadas, acometendo a terra, o rio e toda a comunidade direta ou indiretamente.

Esses serviços são considerados como atividades de caráter fundamental à sobrevivência humana, providos, em sua maioria, pelo Poder Público. Nesse sentido se destaca em especial o saneamento básico, o fornecimento de água e de energia elétrica, pois tais serviços são considerados essenciais, uma vez que permitem ao ser humano ter uma boa qualidade de vida (SILVA, 2007).

A falta de poder político e social para garantia dos seus direitos, bem como de intervenções de produções dos saberes para seu empoderamento, resulta nas condições de privações multifatoriais em que vivem, sem assistência e cuidado a saúde, desencadeando os freqüentes acometimentos bio-psico-sociais que a comunidade vem sofrendo, além da expressão de sofrimento contínuo por uma vivência sem estrutura adequada, sem saneamento básico, sem condições de trabalho seguro, transporte, educação e todos os fatores condicionantes para a saúde de uma população. Apesar dessas vulnerabilidades que estão expostos, a comunidade possui potencialidades que são desenvolvidas diante das diversidades, onde conseguem produções diversas para sua subsistência, além da capacidade de resistência e de se reinventarem diante dessas dificuldades.

A Saúde como valor social diz respeito ao entendimento do caráter dinâmico do estado de saúde, algo a ser continuamente promovido, protegido e preservado, diante da multiplicidade de situações de risco a que é submetida continuamente a existência dos seres humanos, sejam estes biológicos, ambientais, sociais ou mesmo decorrentes da exposição a ações e serviços de saúde que podem contribuir para a geração de agravos e danos. Nessa perspectiva, a organização e defesa de condições e modos de vida

“saudáveis”, depende da ação coordenada do Estado e da sociedade como um todo. (BUSS, 2003).

As dificuldades no acesso a saúde pela comunidade mostra a necessidade de mobilização coletiva para defesa do bem comum. Essas restrições do atendimento em saúde à comunidade levam a mesma buscar alternativas de sustentabilidade. O deslocamento custoso em busca de um atendimento superficial (sem acompanhamento regular e sem envolvimento dos aspectos sociais nessa intervenção) é desvalorizado e desmotivador para a população ir em busca de uma assistência a saúde. As dificuldades encontradas nos transportes, a demora ou a falta do atendimento público de saúde contribui para uma maior resistência da comunidade em se deslocar em busca desse serviço, passando a procurar outros meios para melhorias de suas comorbidades, como seus conhecimentos culturais e de ervas, carregado de várias gerações.

A comunidade de Salaminas-Putumujú possui vivências, costumes e crenças carregadas por várias gerações, que diante da privação do cuidado e assistência a saúde, conseguem resolver, em parte, as suas dificuldades, onde seus saberes se torna o essencial para a sobrevivência.

As crianças deixam de frequentar a escola constantemente, seja por se ocuparem muito cedo com o trabalho junto da família ou pelas dificuldades de infraestrutura oferecida pela escola da comunidade. É importante destacar que segundo Anjos (2006), as dificuldades educacionais nas comunidades quilombolas, de maneira geral, se devem, não somente ao número de escolas e recursos, mas também ao conteúdo que é ministrado, que não considera e (re) conhece as especificidades culturais da população.

O pouco conhecimento das doenças e restrição de informações torna a população mais susceptíveis a elas, já que não tem o entendimento de prevenção das mesmas. As enfermidades que conhecem são aquelas que são mais acometidos, como os resfriados/gripes, dor de barriga, dor de dente e outras infecções. A prevenção não é realizada, e diante da comorbidade o que se consegue é o alívio dos sintomas com seus conhecimentos de ervas locais e costumes, habilidade e saber desenvolvido por seu próprio povo. A deficiência da prevenção e assistência ao cuidado nessa comunidade decorre da ausência de promoção a saúde que envolve um conjunto de ações por múltiplos atores. O cuidado e atenção/assistência da saúde pública é algo que deve ser continuamente promovido, principalmente em grupos sociais vulneráveis como os remanescentes de quilombo.

Dáí a necessidade da garantia das estratégias de saúde nas suas especificidades para comunidades quilombolas, com incentivo financeiro para profissionais da saúde em locais de difícil acesso.

## VII. CONCLUSÕES

1. Importante ressaltar que é notória a falta de acesso a atendimento integral de saúde quando se trata de grupos que historicamente foram perseguidos/excluídos, necessitando de políticas públicas que contribuam para promoção, proteção e manutenção a saúde.
2. Mesmo tendo um registro de remanescente de quilombolas, a comunidade de Salaminas - Putumujú ainda não compreendem os seus direitos, para que possam desenvolver, criar a sua sustentabilidade e reivindicar por seus direitos de cidadãos.
3. Existe uma necessidade de valorização da identidade e dos saberes locais, e dos direitos de cidadania dessa população tradicional, enaltecendo assim a sua história e seu valor social.
4. Para melhoria da qualidade de vida, necessita-se de ações intersetoriais, integrais e interdisciplinares, que sejam capazes de propiciar, de modo mais amplo, a promoção da igualdade racial no campo da saúde.
5. A atuação transdisciplinar na formação acadêmica, através de projetos de extensão promove a formação de profissionais cidadãos com prática mais humanizada, com redução das desigualdades sociais.
6. A comunidade vive numa insegurança alimentar, com infraestrutura insuficiente e direitos necessários para garantir os elementos fundamentais à sobrevivência humana, que estão apenas no papel.



## VIII. SUMMARY

### THE PERCEPTION OF HEALTH-DISEASE-CARE PROCESS IN SALAMINAS PUTUMUJÚ, A REMAINING *QUILOMBO* COMMUNITY IN THE PROVINCE OF BAHIA.

**Background:** The *Quilombo* communities are populations with a long history of social exclusion and devaluation of their rights as citizens. They have a particular culture of values and special beliefs set by its own people. Also a story of struggle for land ownership and the free exercise of their cultural practices. **Objective:** Understanding the health-disease - care process maroon community, linking it with the situation experienced by the community, with respect to the actions and access healthcare. **Material and Methods:** This is a qualitative study of analytical nature, using as instrument and data collection strategy, respectively, a semi-structured interview participant observation. A content analysis was performed as a technique for data analysis. **Results:** The local structure is precarious, prevailing mud houses without electricity; family incomes are low so they depend on government aid, whatever they produce and unsafe jobs. Children go to school but because of difficulty shifting, miss a lot of classes. The garbage and fecal wastes are dumped on the ground, triggering continuous contaminations. Colds and stomach pain are the most frequent comorbidities in the community; approach to public health is limited by the lack of care and difficulty of access. **Discussion:** The remaining people of a *quilombo* are historically excluded and lack critical and reflexive power to fight for their rights, requiring empowerment through interdisciplinary activities for promotion of racial equality. The community has little political and social power, living with various restrictions and continuous expression of suffering, which is a result of frequent bio-psycho-social onsets. Their habits and knowledge are important allies to their needs. **Conclusions:** The lack of access to health care and ignorance of their rights are evident in this population, which requires identity development, local knowledge and public policies that contribute to promote, protect and maintain health.

**KEY WORDS:** 1. Conditions of employment; 2. Health care needs assessment; 3. Cultural behaviour

**IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caminhos do direito à saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
3. BUSS, P M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D. e Freitas, C. M.(orgs) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 15-38, 2003.
4. CAPUTO M.C. Programa Promoção da Saúde em uma área remanescente de Quilombo: produção artística, educação popular e planejamento intersetorial em Saúde em Maragogipe-Bahia-Brasil. UFBA- Universidade Federal da Bahia, PROEXT, 2013.
5. CEDEFES. Comunidades quilombolas de Minas Gerais no século XXI – História e resistência / organizado por Centro de Documentação Elóy Ferreira da Silva. – Belo Horizonte: Autêntica/CEDEFES, 2008.
6. FREITAS DB, Silva JM, Galvão EFC. A relação do lazer com a saúde nas Comunidades Quilombolas de Santarém. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 30, n. 2, p. 89-105, jan. 2009.
7. FREITAS, Daniel Antunes et al . Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 13, n. 5, Oct. 2011 .
8. Leite, I.B. Os Quilombos no Brasil: Questões conceituais Normativas. Etnográfica, Vol. IV (2), 2000, pp. 333-354
9. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais, p. 50-51, 2002 .
10. Schmitt A, Turatti M.C.M, Carvalho M.C.P, A atualização do conceito de quilombo: Identidade e território nas definições teóricas. Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP), São Paulo. Ambiente & Sociedade - Ano V - No 10 - 1o Semestre de 2002.
11. SILVA, JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Universidade Federal de Paraíba (UFPB), João Pessoa. PB, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007.
12. SILVA, G. S. Serviços públicos essenciais e interrupção por inadimplência. Monografia. (Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Direito

Administrativo e Processo Administrativo como requisito parcial para obtenção do título de especialista). Brasília, DF, 2007.

13. VASCONCELOS, A. C. C. P. ; PEREIRA, I. D. F. ; Práticas Educativas em Nutrição na Atenção Básica em Saúde: Reflexões a partir de uma Experiência de Extensão Popular em João Pessoa-Paraíba. Revista de APS, v. 11, p. 334-340, 2008.
14. ZOTTIS, G. A. H. ; CUNHA, L. L. ; KREBS, L. F. ; ALGERI, S. ; FLORES, R. Z. . Violência e Desenvolvimento Sustentável: o papel da universidade. Saúde e Sociedade, v. 17, p. 33-41, 2008.

## X. ANEXOS

### ANEXO I. Roteiro de Entrevista

- Você conhece a história de Salamina?
- Essa comunidade é um quilombo? Por quê?
  - Se não... Você sabe o que é um quilombo?
- Você tem algum costume que seus pais, seus avós tinham? Quais?
- Tem alguma festa aqui?
  - Se sim... Qual é? E quando é?
- Você que é dono desta terra?
  - E isso é importante?
  - E como era sua vida antes de ser dono da terra?
  - Tem alguma diferença?
- E você faz o que com a terra? Planta alguma coisa?
- E essa é sua casa?
- Quem mora aqui? (na casa e na comunidade de salamina)
  - Você conhece todo mundo?
  - São familiares, amigos, conhece todos?
- As pessoas aqui se reúnem em algum momento?
  - Se sim... Pra fazer o que?
  - Onde vocês fazem cada uma dessas atividades?
- Você segue alguma religião? Qual?
- A vida aqui é tranquila? Por quê? Nunca tem problemas? (nessa questão desejamos trazer ao debate a questão da violência, em todas as suas manifestações).
- Existe alguma organização, movimento, associação em Salaminas? Se sim, quais?
- Existe algum representante da comunidade? Tanto os homens, quanto as mulheres podem ser representantes? E os jovens também?
  - Se sim... Como esses representantes são escolhidos?
- O que esses representantes fazem?
  - Se sim...Ele já conseguiu algo pra comunidade? Como?
- Você tem documentos? Quais?
  - A sua família também?

- Caso sim: quais documentos você tem?
- Caso a resposta seja negativa, perguntar: E porque não tem? Gostaria de ter?
- E você votou nas últimas eleições?
- Você utiliza algum programa da prefeitura? Ou recebe algum auxílio? Qual?
  - Como você conseguiu participar desse programa?
- Esse auxílio é importante para você?
- Você sabe ler e escrever?
  - E escrever seu nome, sabe?
  - Gostaria de estudar?
- Todas as crianças desta casa vão à escola?
- Você trabalha?
  - Trabalha onde?
  - Os demais integrantes da família também?
  - E todos trabalham juntos?
- A renda da família vem deste trabalho? E de algo mais?
- Quanto é que você ganha? É um salário mínimo? Mais ou menos?
- Quais alimentos que você e sua família costumam comer no café da manhã, almoço, jantar e merendas?
- A água que vocês bebem vem de onde?).
  - Fazem alguma coisa com ela antes de beber?
- Vocês cuidam dessa mata? Cuidam dessas plantas? Cuidam do redor de sua casa? Como?
- Onde vocês fazem xixi e cocô?
  - Existe tratamento do esgoto? Existe fossa? Qual o destino dos resíduos sólidos (fezes e xixi)? É satisfatório?
  - Sempre foi assim?
- Tem telefone aqui?
- Tem televisão ou rádio?
- Aqui tem luz elétrica?
  - Se a resposta for negativa: A falta de luz atrapalha?
- O que os adolescentes e os adultos fazem no tempo livre?
- E nos finais de semana, você faz o quê?

- Você gostaria de fazer alguma atividade (esportiva ou de lazer) que não faz?
  - Qual? E por que não faz?
- Vocês gostariam de ter outros espaços de lazer na comunidade? Quais?
- O que é saúde para você?
- Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
- Você e a sua família se cuidam de alguma maneira para evitar doenças? Se sim, de que forma?
- Em que situações você se considera doente?
- A quem você recorre primeiro quando adocece?
- Quais são os problemas de saúde mais frequentes que acontecem com você e sua família?
- SE FOR MULHER:
  - Você sabe o que é preventivo?
  - Se sim... Já fez? Quando foi a última vez? (mulheres) Em que serviço de saúde?
  - Você sabe o que é autoexames das mamas?
  - Se sim... Já foi orientada sobre como fazer? Quem a orientou?
  - Você sabe o que é mamografia?
  - Se sim... já fez? Quando foi a última vez?(mulheres) Que profissional de saúde solicitou? Onde foi feito o exame?
- SE FOR HOMEM:
  - Você sabe o que é exame da próstata?
  - Se sim... já fez? Quando foi a última vez? (homens) Que profissional solicitou e onde foi feito o exame?
- Você conhece ou já ouviu falar sobre o barbeiro? Ele tem outro nome que vocês usam?
- Você sabe o que é caramujo? Já viu nos rios daqui?
- Você, ou alguém da sua família, já teve verme?
  - Se sim... Você sabe que tipo de verme foi?
  - O que fizeram para tratar? (em caso do uso de plantas, recorrer à tabela).
- Você sabe o que é Anemia Falciforme? Alguém da sua família teve ou tem?
- Você, ou alguém da sua família, tem pressão alta ou açúcar alto no sangue?
  - Se sim, você se trata em algum lugar? Alguém vem aqui?
- De que as crianças adoecem?

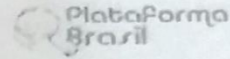
- Você ou alguém da sua família fuma?
  - Se sim... fuma o que?
  - Com que frequência e quantidade?
- O que vocês costumam beber?
  - Se falarem alguma bebida alcoólica... Quantas vezes por semana? Qual bebida? Isso já lhe trouxe algum problema?
- Você, ou alguém da sua família, tem algum problema nos nervos?
- Você conhece alguém aqui na comunidade que vive muito triste?
- Você, ou alguém da sua família, já teve algum problema de saúde por causa do trabalho? Se sim, qual?
- Você tem algum problema na boca? Quais os problemas que mais acontecem em sua boca e na boca de sua família que causam em vocês incomodo, desconforto ou dor?
- O que vocês fazem quando tem problemas nos dentes ou na boca?
- Já foi ao dentista? Se sim, onde?
  - Teve dificuldade de atendimento? Quais?
  - Tem alguém da comunidade que vocês procuram quando tem problemas nos dentes ou na boca? Se sim, quem?
- A gengiva sangra? Quando costuma sangrar? Naturalmente, limpando ou comendo?
- Você perdeu muitos dentes? O que usa para substituir esses dentes?
- Usam remédios comprados na farmácia ou preparados em casa? Quais?
- Vocês limpam os dentes? Se sim, o que vocês usam para limpar? Quantas vezes limpam? (OBS: pedir permissão para ver os recursos que usam para limpeza e solicitar autorização para fotografar, apenas com recursos que pouco comuns, como plantas, troncos...).
- Você e sua família frequentam algum serviço de saúde? Qual?
- Você sabe o que é uma Equipe de Saúde da Família?
  - Se sim... Eles fazem visitas a você? Com que frequência?
  - Se não... alguém vem visitar você para perguntar sobre sua saúde?
- O posto de saúde/hospital é longe? (na intenção de compreender as questões de acesso)
- As gestantes da comunidade vão a algum médico, posto de saúde durante a gravidez? Com que frequência?

- Quando as mulheres daqui do quilombo engravidam, elas recebem alguma coisa do governo?
- Como as crianças nascem?
  - Se os partos costumam ocorrer na própria comunidade, quem os realiza?
  - Se ocorrem em maternidades, qual é a maternidade? Como é o acesso a essa (s) maternidade (s)? Qual o meio de transporte utilizado? É garantido pela prefeitura?
  - Se ocorrem (ou, os que ocorrem) na maternidade, os partos costumam ser normais ou cesarianas?
- A mulher e o bebê têm acesso a um serviço de saúde após o nascimento? Como se dá esse acesso?
- As crianças, principalmente até 2 anos de idade, têm acompanhamento por um serviço de saúde?
- As crianças, adultos e idosos recebem vacinas? De que forma isso ocorre? Tem gente que vem aqui para vacinar?
- Você e as pessoas da sua família faltam tomar alguma vacina?
- Você conhece o teste do pezinho e da orelhinha?
  - As crianças da sua família, ao nascer, fizeram o Teste do Pezinho/Orelhinha? Se sim, onde foi feito?
- Você ou alguém da sua família já teve algum acidente com animal? Já foi picado ou atacado?
- Você usa algum tipo de planta para cuidar da sua saúde?
  - Se sim... como elas são usadas?



**ANEXO II. Parecer do Comitê de Ética**

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA

**PARECER DO COLEGIADO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Promoção da Saúde em uma área remanescente de Quilombo: produção artística, educação popular e planejamento intersectorial em Saúde em Maragogipe-Bahia-Brasil

**Pesquisador:** Maria Constantina Caputo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14695913.2.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 391.716

**Data da Relatoria:** 27/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um Projeto/Programa de Pesquisa-Ação, que articula pesquisa-ensino e extensão no quilombo de Salaminas-Maragogipe. A problemática em questão são as condições de saúde da população do quilombo e sua qualidade de vida, voltando-se para conhecer a realidade e promover um conjunto de atividades capazes de contribuir para uma consciência crítica e criativa, sobre as condições de vida e saúde tendo em conta o direito à saúde e à educação. O propósito é articular produção artística com o planejamento participativo, através dos quais a comunidade quilombola será envolvida para produzir conhecimentos junto com os pesquisadores e a partir daí, agregando-se informações demográficas, epidemiológicas históricas e socioculturais, elaborar um plano de ação para o enfrentamento dos problemas identificados. A pesquisa lançará mão de questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, definindo-se como um estudo quali-quantitativo, com triangulação de dados provenientes de questionário, observação, grupos focais e análise documental (relatórios técnicos e documentos oficiais). Pretende-se aplicar o questionário a 52 famílias e envolver 200 pessoas no processo de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Construir conhecimento acerca da situação de saúde da comunidade, articulando-se a problemática da saúde aos determinantes sociais, resgatando-se informações empíricas oriundas

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

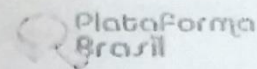
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA**

Continuação do Parecer: 391.716

de experiências significativas dos moradores;

Estimular a organização e mobilização da comunidade (potencial social, político, ético) para a reflexão crítica e o agir politicamente orientado à busca do atendimento às suas necessidades e melhoria das condições de vida.

Refletir sobre a importância da organização e mobilização em torno da busca de resolução dos problemas identificados.

O projeto ainda apresenta um conjunto de objetivos relacionados à participação discente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto não apresenta riscos. Os benefícios referem-se à sua grande relevância social para a área da educação estímulo à participação cidadã.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é de grande relevância social pois se dedica ao resgate a autoestima de uma população quilombola, e envolve a pesquisa, o ensino e a extensão. Opera com múltiplas metodologias de pesquisa e com o planejamento participativo que aponta para a possibilidade de desencadear um processo de crescimento da consciência crítica e da participação social da comunidade.

Como se trata de um projeto de pesquisa ação, os mecanismos de transferência se dão ao longo do desenvolvimento do processo ,através de atividades lúdicas, artísticas, oficinas , entre outros.

O documento apresenta um excesso de referências bibliográficas (124), quando apenas seis são citadas no texto; o instrumento apresentado não possui a forma de um questionário com perguntas abertas e fechadas, mas apenas questões abertas, sugerindo tratar-se de um roteiro de entrevistas. .

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

O protocolo de pesquisa apresenta todos os itens necessários à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa: folha de rosto, descrição da pesquisa, curriculum vitae da pesquisadora e do responsável institucional; definição da área de atuação

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado é escrito em linguagem clara e objetiva, contendo os objetivos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados, de benefícios, risco e caráter voluntário, que assegurem a privacidade dos sujeitos e a liberdade de recusa.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

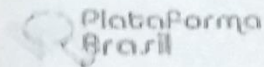
Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 391.716

**Recomendações:**

Não há recomendações a fazer, quanto ao aspecto ético, apenas a correção das referências bibliográficas e do instrumento.

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

Diante do exposto sou favorável, salvo melhor juízo, à aprovação do projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em 27 de agosto de 2013, o Colegiado votou unanimemente pela aprovação do projeto, seguindo o parecer da relatora.

SALVADOR, 11 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Mônica de Oliveira Nunes**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** ceptsc@ufba.br