



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**MICHELLE KUNTZ DURAND**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES QUILOMBOLAS:  
A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS**

**FLORIANÓPOLIS  
2016**



**MICHELLE KUNTZ DURAND**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES QUILOMBOLAS:  
A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

**FLORIANÓPOLIS  
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Durand, Michelle Kuntz

Promoção da saúde das mulheres Quilombolas : a relação  
com os determinantes sociais / Michelle Kuntz Durand ;  
orientadora, Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss  
Heidemann - Florianópolis, SC, 2016.

198 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Determinantes Sociais  
da Saúde. 4. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.  
5. Mulheres. I. Heidemann, Dra. Ivonete Teresinha Schülter  
Buss . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III.  
Título.

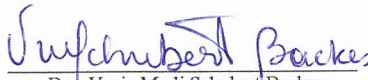
MICHELLE KUNTZ DURAND

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES QUILOMBOLAS:  
A RELAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

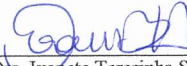
**DOCTOR EM ENFERMAGEM**

E aprovada em 19 de Dezembro de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Vania Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann  
Presidente



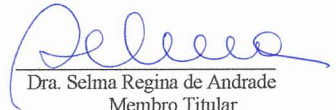
Dra. Astrid Eggert Boehs  
Membro Titular



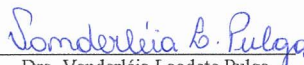
Dra. Maria Inez Machado Verdi  
Membro Titular



Dra. Maria Elisabeth Kleba  
Membro Titular



Dra. Selma Regina de Andrade  
Membro Titular



Dra. Vanderléia B. Pulga  
Membro Titular



Dedico este estudo...

Aos meus pais, Adão e Ivoni,  
que merecem todo o meu amor e o meu  
reconhecimento por hoje eu chegar aqui!

Ao meu amor Jason por ter toda a paciência  
do mundo e seguir ao meu lado,  
acreditando em mim e vibrando comigo!  
Esta conquista também é tua!

As mulheres guerreiras do Morro do Fortunato!  
Por me ensinarem a ser forte e me emocionarem tantas  
e tantas vezes com suas amorosidades e alegrias!





## AGRADECIMENTOS

*E é chegada a hora de fechar este círculo... Coroar este sonho... E principalmente agradecer àqueles que junto comigo participaram desta tão sonhada trajetória.*

*O processo de doutoramento me fez compreender a transcendência do “ser doutor” e ter a certeza de que a tese em si é apenas o materializar deste título. O processo de formação acontece desde os encontros do primeiro ano, onde compartilhamos as incertezas e passamos a construir um projeto de pesquisa. Ser doutor perpassa o processo de se construir e constituir doutor. Neste sentido, muito além do que os resultados alcançados junto a pesquisa, sublinho as vivências que de forma alguma podem ser expressas no papel... Ficam eternizadas no processo dialógico percorrido nos encontros e guardados no diário pessoal de cada abraço que transitou ao meu lado nesses quatro lindos anos.*

*Embora difícil (e igualmente arriscado), tentarei nomear e selecionar alguns destes tantos especiais... Mas desde já expressar minha gratidão a todos que de alguma maneira me impulsionaram a estar aqui!*

*Primeiramente ao Pai, ao **Cara lá de Cima**... Ao meu maior Mestre e sempre companheiro. Ele quem me proporcionou uma segunda chance para poder estar aqui e me fez entender o quanto somos frágeis... O quanto a vida é sopro... Obrigada meu Deus por me permitir seguir. Obrigada pela dádiva de mais uma conquista... Obrigada pelo sonho que hoje se torna real. Obrigada meu Pai do Céu!*

*Também à Ela... **Nossa Senhora Desatadora dos Nós**... A quem muitas vezes ajoelhei e pedi... Ela que sempre me ouviu e/ ou me fez entender que o melhor seria o presente e que todas as bênçãos tem uma força maior operando por trás! Obrigada pela proteção, pela força... Pelos tantos nós que desataste. Obrigada por me permitir chegar aonde hoje chego!*

*Aos meus dois grandes amores... Aos meus mestres na vida... **Mãe e Pai**... Ou **Adão e Ivoni**... Obrigada por fazerem de mim uma pessoa íntegra, uma pessoa boa. Obrigada por acompanharem cada passo da minha trajetória e vibrarem comigo... Sentirem comigo... Torcerem por mim. Essa conquista é nossa! Obrigada ainda por entenderem minhas tantas ausências e se fazerem presença a cada aperto do caminho. Obrigada! Amo vocês incondicionalmente!*

*Ao meu amado namorado **Jason**... Meu porto seguro... Meu companheiro... Meu equilíbrio... Meu amor! A pessoa que apareceu no*

melhor e pior momento. No momento certo! Ao homem que me fez entender que as diferenças nos fazem fortes e melhores. Ao homem que do jeito mais lindo do mundo sempre arranja um jeito de me fazer sorrir... Ao homem que me ensinou a conduzir a vida de uma forma mais leve e a organizar nosso tempo dando tempo pra tudo que temos pra viver... Obrigada ao homem que acredita nos meus sonhos e mais que isso, mergulha comigo neles! Obrigada por ter aguentado meus piores momentos sem sair correndo e ainda assim... Querer sempre ficar! À ti, o meu amor... A minha gratidão... O meu coração!

Aos meus irmãos, **Gabriel** e **Raquel**... Por me completarem naquilo que falta em mim. Pela companhia mesmo que geograficamente longe... Pela parceria... Pelo apoio incondicional que infinitas vezes ratificamos. Vocês são meus grandes exemplos e meus maiores orgulhos! E com eles, meus cunhados/irmãos... Obrigada pelos tantos anos de caminhada e por serem muito mais que cunhados... Serem irmãos de coração! **Alessandro**... Pelos infinitos “helps” nas vezes que o “word” quase me fez enlouquecer... À **Cinara**, pela calma e serenidade que sempre topa minhas maluquices! E em especial, a mais linda de todas as sobrinhas... À nossa “grande pequena” **Helena**... A “Grandona”! Obrigada pela doçura, pela leveza, pela alegria, pelos gritos e gargalhadas. Tudo fica tão gostoso quando você está por perto. À **Nena**, o meu amor e a leveza de ser criança!

Às minhas avós (in memorian) e a nossa amada **Tia Tania** (in memorian)... Por tudo que vivemos e por tudo que sempre recebemos de vocês... **Vó Alcida**, **Vó Angelina** e **TT**! Sei que do Céu vocês estão brindando conosco! Saudades demais...

À minha tia **Olga**.... Minha madrinha deste processo de doutoramento.... Minha companheira de tantas e tantas peleias. Você que esteve comigo no dia em que quase parti e segurou minha mão. Você que permitiu que esse sonho acontecesse e me deu forças para “deixar na gaveta” o que doía e me inspirar a seguir em frente. Obrigada pelas infinitas trocas dialógicas, pelo aprendizado compartilhado, pela companhia nos Círculos de Cultura, pelas gargalhadas na construção desse processo. Tenho certeza que “saio diferente do que entrei”, rsrsrsrs... À você serei eternamente grata!

À grande família! Aos **Kuntz Durand**... Em nome deles, destaco os padrinhos mais sensacionais deste mundo, **dinda Eva** e **dindo Ivo**... Obrigada por sempre acreditarem em mim talvez muito mais do que eu mesma acredite... Obrigada por vibrarem comigo... A todos os tios e primos que me acompanham e torcem por mim! Obrigada em especial a **Raissa**... Pelas diversas vezes no 2013 que choramos e pensamos

*juntas “estratégias para viver melhor”! E tenho absoluta certeza, de tudo certo! À também especial prima e amiga **Nanne** pelo carinho e amorosidade que mesmo longe você sempre me envia! Aos compadres e amigos **Ana Cristina e Ivan**... Por entenderem as tantas vezes que mesmo perto estive longe e mesmo assim, sempre me incluírem... Sempre torcerem e acreditarem em mim! Vocês são demais! E ao “quase Durand”, meu querido **tio Eros**... O grande mentor que em uma “escuta de festa”, teve o maior e mais lindo insight! Por que não trabalhar com mulheres quilombolas? Obrigada pelos poucos, mas ricos momentos dialógicos e pelo aprendizado da “terra”!*

*E falando em “dindos”, agradeço e dedico este trabalho também aos meus afilhados. As crianças mais meigas e adoráveis que a amizade poderia me dar. Aos fofos **Larissa, Manuella e Otávio**. Saliento o quão difícil foi tantas vezes estar ausente, mas ratifico que vocês são grandes presentes que tenho na vida. A dinda ama muito vocês!*

*À melhor de todas! A pessoa com quem aprendi que o diálogo conquista todos os desafios e fortalece todas as fragilidades. A pessoa que com sua incomparável humildade enfrenta leões e se torna maior. À pessoa que sempre me recebeu como um ser humano... que tem sonhos, que tem dores, que tem vontades e que muito maior do que o “querer ser doutora” é o “viver a vida concomitante ao se tornar doutora”! À minha mestra Professora **Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann**. Obrigada pela leveza, pela sutileza e horizontalidade do ensino, pela acolhedora presença e pelos silêncios que algumas vezes precisei. Contigo aprendi que o respeito ao outro é alicerce para se receber respeito. Hoje nos despedimos da orientação, mas tenho para sempre uma verdadeira orientadora. Hoje me despeço da orientadora e tenho para sempre uma amiga e companheira de jornada!*

*Aos amigos de uma vida... Que às vezes distantes sempre estiveram comigo... Obrigada por segurarem minha mão e acalmarem meu medo, pelas tantas vezes que ergueram minha cabeça e encheram meu coração de coragem... Aos amigos que me fortalecem e me engrandecem... Fazem-me ter a certeza do que temos de mais importante nessa passagem pelo mundo. Obrigada às amigas do **Coração do Rio Grande**, as irmãs de uma vida toda... **Ana Beatriz, Daniele Possatti, Fabiane Possatti, Gabi Castro, Giovana Possatti, Greice Cacá, Laura Thais, Laura Pinto, Patricia Roggia, Roberta Almeida, Silvia de Souza, Tia Glê**! Aos amigos que a **Ilha da Magia** me deu de presente... **Ana Rupental, Cláudia Kock, Silvana**! Aos amigos do “**Régis**”, **Celiane, Cris, Dani Espíndola, Leandra, Liliane, Marlete, Sonia, Tete Malvadeza, Zuleide**! Aos amigos que a vida acadêmica me*

presenteou... **Ana Roseti, Cilene Volkmer, Dani Lazari, Kelly Maciel, Margareth Lima, Sabrina Guterres.** Aos amigos “por aqui e lá”... Destes ao meu irmão de alma, meu amigo **Quelisson...** Foi com ele que há exatos doze anos atrás sentamos na praia e disse... Um dia serei doutora! Aos amigos **Cícero Augusto, Cris Gonçalves, Fabrício Filter e Newton Junior!** Obrigada pelas tantas vezes que me ouviram chorar e me impulsionaram a seguir... Por me tornarem forte e me fazerem acreditar em mim! A tod@s vocês a minha gratidão e o meu mais forte afeto!

As amigas “**lindas do Inglês**”! Turminha diariamente conectada pelo whats e sempre disposta a ricos e profícuos debates sociais, políticos, amorosos, engraçados... Obrigada **Ariele, Donesca, Flora e Márcia** por termos ido além do que a conversação em inglês no permitia. Extrapolamos o “Extracurricular” e construímos uma amizade!

As “**tutoletes**” mais parceiras do “Ensino à Distância”. Dos temakes para a vida! Obrigada por tornarem o “trabalho” um prazer, uma alegria! Obrigada **Juliana, Margareth, Francielle, Patricia. Sabrina.** Aproveito e fortaleço meu agradecimento especial a top das supervisoras, **Deise.** Que sempre nos conduziu atentamente, dando suporte e principalmente, valorizando e reconhecendo nosso trabalho e nosso potencial. Obrigada queridas! Vocês são todas muito especiais!

Aos **colegas da turma de Doutorado 2013** pelos momentos de troca e aprendizado, pela convivência e companheirismo e pelas amizades que nasceram. Meu carinho especial aos amigos e parceiros de jornada, **Claudio Claudino, Janaina, Patrícia, Soraia, Veridiana.** Obrigada pelos muitos e muitos momentos em que dividimos medos, dúvidas e principalmente, pela força e alegria compartilhada! Vocês foram fundamentais em meu processo acadêmico!

Aos **colegas e amigos** do grupo de pesquisa **LAPEPS!** Obrigada pelas trocas de conhecimento e saberes, pela alegria dos encontros, pela construção de uma coletividade horizontal e dialógica... Pela verdadeira Promoção da Saúde que vivenciamos no dia-a-dia! Obrigada pelo abraço amigo e pelo crescimento que esta caminhada me proporciona. Obrigada em especial aos querid@s **Camilla, Carol, Cilene, Cláudia, Fabiano, Gisele, Indiará e Pamella.** Agradeço a harmonia e sintonia compartilhada... Agradeço o aprendizado dividido... Agradeço à Promoção da Saúde por nos aproximar e nos fortalecer!

*Aos colegas e amigos que ganhei em minha breve (não tão breve) passagem pelo GESPI. Obrigada por me acolherem na seleção e me tornarem parte deste grupo. Vocês são muito especiais!*

*Aos **membros da banca** de qualificação e defesa de tese, professores Doutores **Alexandre Pareto da Cunha, Antônio de Miranda Wosny, Astrid Eggert Boehs, Flavia Regina Souza Ramos, Maria Elisabeth Kleba, Marta Inez Machado Verdi, Rosane Gonçalves Nitschke, Selma Regina De Andrade, Vanderléia Laodete Pulga**. Obrigada por aceitarem compartilhar comigo seus saberes e me possibilitarem crescer e aprender com cada um de vocês. Que possamos expandir momentos dialógicos como os tantos que vivenciamos por tantos e tantos outros encontros! Meu forte e sincero agradecimento! Agradeço também a professora **Elena Casado** que embora distante e não tendo disponibilidade no dia da defesa, se dispôs a discutir e debater minha temática com muito afeto e conteúdo!*

*Aos **Professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação, PEN/ UFSC**, pela oportunidade de crescimento e enriquecimento profissional. Obrigada pela disponibilidade, competência e oportunidade em aprender e compartilhar saberes! Meu agradecimento e o meu orgulho!*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** agradeço o apoio financeiro por meio de uma Bolsa de Doutorado durante parte do curso.*

*E a elas, o meu mais forte e afetuoso agradecimento... Mulheres de fibra e de luz! Pessoas cheias de vida e de uma alegria sem fim. Aos seres humanos mais acolhedores, guerreiros e amorosos que tive a dádiva de cruzar neste processo de doutoramento. As **mulheres quilombolas do Morro do Fortunato!** Obrigada pelos encontros dialógicos, pela acolhida na comunidade... Obrigada por me receberem de braços abertos e dividirem suas vidas comigo! Vocês terão sempre o meu respeito, o meu afeto e a minha admiração! Minha sempre gratidão!*

*Ufa... Enfim, a **todos** que de alguma forma estiveram presentes e me acompanharam e contribuíram para a concretização desse sonho, o meu mais sincero agradecimento.*

*Com todo meu amor e minha gratidão,*

*Michelle.*



*"Eu sou um intelectual que  
não tem medo de ser amoroso.  
Amo as gentes e amo o mundo.  
E porque amo as pessoas e amo o  
mundo que eu brigo para que a justiça  
social se implante antes da caridade."  
(Paulo Freire)*





DURAND, Michelle Kuntz. **Promoção da Saúde das mulheres quilombolas: a relação com os Determinantes Sociais.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 198p.

Orientadora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann  
Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem

## RESUMO

O objetivo desta tese foi compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba, estado de Santa Catarina. O suporte teórico abarca a Promoção da Saúde articulada aos Determinantes Sociais da Saúde. Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter participativo, desenvolvida por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que consiste de três momentos dialéticos: investigação temática; codificação e descodificação; desvelamento crítico. As etapas foram desenvolvidas no interior de seis Círculos de Cultura, entre os meses de abril a junho de 2016. As participantes foram dez mulheres moradoras de uma comunidade quilombola de Garopaba. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com o CAAE 53143216.6.0000.0121. Durante o levantamento temático foram investigados vinte temas geradores os quais foram codificados e descodificados em oito temas significativos, que foram desvelados no decorrer dos encontros. Os resultados foram descritos em quatro dimensões, buscando compreender em cada uma as temáticas de maior relevância. O primeiro está relacionado a uma revisão integrativa da literatura, junto a estudos nacionais e internacionais que abordam a saúde das mulheres quilombolas dentro de um intervalo temporal de dez anos. O segundo descreve, através das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, a trajetória do estudo desde a primeira aproximação com o campo até o desvelar das temáticas significativas eleitas pelo grupo. Intui apresentar os passos do Itinerário fazendo alusão a pesquisa participativa como ferramenta de superação e enfrentamento das adversidades do cotidiano de populações em vulnerabilidade social, consolidando o empoderamento e a Promoção da Saúde como estratégias de fortalecimento social. O terceiro aprofunda a temática

mulheres quilombolas e a relação com os Determinantes Sociais presentes na realidade das participantes. Esse possibilitou a compreensão da Promoção da Saúde desta população aliada aos Determinantes Sociais, como Saúde, Religiosidade, Questões Raciais e Redes Sociais e Comunitárias, os quais quando presentes promovem um maior empoderamento e fortalecimento comunitário. Por último é discutido a temática do acesso investigado primeiramente na perspectiva de transporte e mobilidade urbana e desvelado em duas outras dimensões: o acesso a informação em saúde e o racismo e a relação com os profissionais e o empoderamento das mulheres quilombolas. Percebe-se a importância do fortalecimento e empoderamento comunitário para o alcance da equidade, acessibilidade e Promoção da Saúde. Conclui-se a forte relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde das mulheres quilombolas revelada por meio da acentuada correlação das questões raciais versus a fragilidade junto à assistência, à educação, a informação em saúde e principalmente, o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance de uma saúde íntegra e equânime. Percebe-se ainda a importância de estudos futuros ancorados em pesquisas participativas e dialógicas propulsoras de momentos de reflexão/discussão. Afirma-se a relevância do alcance da ação-reflexão-ação no transcorrer dos Círculos de Cultura, ratificando a importância eminente da abordagem de questões sociais atreladas a Promoção da Saúde e qualidade de vida de comunidades em vulnerabilidade social.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Mulheres, Enfermagem.

DURAND, Michelle Kuntz. **Health promotion of quilombola women: the relationship with Social Determinants.** 2016. Thesis (Nursing Doctorate) - Postgraduate Program in Nursing - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 198p.

Academic Tutor: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Research Line: Health Promotion in the Process of Human Living and Nursing

### **ABSTRACT**

The thesis purpose was to understand the relationship between Social Determinants and Health Promotion of women living in a quilombola community in Garopaba, Santa Catarina state. The theoretical support includes Health Promotion articulated to Health Social Determinants. Research of qualitative approach and participatory nature developed through Paulo Freire's Research Itinerary that consists of three dialectical moments: thematic research, coding and decoding, and critical unveiling. The stages were developed within six Culture Circles between April and June 2016. The participants were ten women living in a quilombola community, in Garopaba. The Research Ethics Committee with Human Beings of the Federal University of Santa Catarina approved the study, with the CAAE 53143216.6.0000.0121. During the thematic survey, twenty generating themes were investigated, codified and decoded in eight important topics, which were unveiled in the meetings. The results were described in four dimensions, trying to understand the most relevant topics in each one them. The first one relates to an integrative review of literature together with national and international studies addressing the quilombola women health within a ten-year time frame. The second one describes through the stages of Paulo Freire's Research Itinerary the study's trajectory from the first approach to the field until the unveiling of important themes chosen by the group. It was decided to present the Itinerary steps alluding to the participatory research as a tool to overcome and confront daily adversities of populations in social vulnerability and consolidate empowerment and Health Promotion as strategies for social strengthening. The third one deepens on the topic of Quilombola women and the relationship with Social Determinants present in the participants' reality. It enabled to understand the Health Promotion of that population allied to Social Determinants such as Health, Religion, Racial Issues and Social and Community Networks. Thus, they promote

greater empowerment and community strengthening when they are present. Then, it is discussed the access topic investigated primarily from the perspective of transportation and urban mobility, and revealed in two other dimensions: access to health information and racism; relationship with professionals and quilombola women empowerment. It is possible to realize the community empowerment and strengthening importance to achieve equity, accessibility and Health Promotion. The firm relation of Social Determinants in Health Promotion of quilombola women is revealed by the strong correlation of racial issues versus assistance fragility, education, health information and, above all, distancing of vulnerable communities within reach of a whole and equitable health. It is also perceived the importance of future studies anchored in participative and dialogic research that provoke moments of reflection/discussion. It is worth affirming the reach relevance of action-reflection-action in the course of Culture Circles, confirming the immediate importance of approaching social issues linked to Health Promotion and life quality of communities in social vulnerability.

**Keywords:** Health Promotion. Health Social Determinants. African Ancestors' Group. Women. Nursing.

DURAND, Michelle Kuntz. **Promoción de la Salud de las mujeres quilombolas: la relación con los Determinantes Sociales.** 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 198p.

Tutora: Dra. Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Línea de Investigación: Promoción de la Salud en el Proceso del Viver Humano y Enfermería

## RESUMEN

El objetivo de este tesis es comprender la relación entre los Determinantes Sociales y la Promoción de la Salud de mujeres que viven en una comunidad quilombola de Garopaba, provincia de Santa Catarina. El aporte teórico abarca la Promoción d la Salud articulada a los Determinantes Sociales de Salud. Investigación de abordaje cualitativo, de carácter participativo, desarrollada a través del Itinerario de Investigación de Paulo Freire, que consiste de tres momentos dialécticos: investigación temática; codificación y descodificación; develamiento crítico. Las etapas se desarrollaron en seis Círculos de Cultura, entre los meses de abril a junio de 2016. Las participantes son diez mujeres que viven en una comunidad quilombola de Garopaba. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidade Federal de Santa Catarina con el CAAE 53143216.6.0000.0121. Durante el levantamiento temático se ha investigado veinte temas, los cuales fueron codificados y descodificados en ocho temas significativos, que emergieron a lo largo de los encuentros. Los resultados fueron descriptos en cuatro dimensiones, buscando comprender en cada una las temáticas de mayor relevancia. El primero está relacionado a una revisión integrativa de la literatura, integrando estudios nacionales e internacionales que abordan la salud de las mujeres quilombolas dentro de un intervalo temporal de diez años. El segundo describe, a través de las etapas del Itinerario de Investigación de Paulo Freire, la trayectoria del estudio desde la primera aproximación con el campo hacia el levantamiento de las temáticas significativas elegidas por el grupo. Presento los pasos del Itinerario haciendo alusión a la investigación participativa como herramienta de superación y enfrentamiento de las adversidades del cotidiano de poblaciones en vulnerabilidad social, consolidando el empoderamiento y la Promoción de la Salud como estrategias de fortalecimiento social. El tercero profundiza la temática mujeres quilombolas y la relación con los

Determinantes Sociales presentes en la realidad de las participantes. Este ha posibilitado la comprensión de la Promoción de la Salud de esta población aliada a los Determinantes Sociales, como Salud, Religiosidad, Cuestiones Raciales y Redes Sociales y Comunitarias, los cuales cuando presentes promueven un mayor empoderamiento y fortalecimiento comunitario. Por último se discute la temática del acceso investigado primeramente en la perspectiva de transporte y movilidad urbana y desvelado en dos otras dimensiones: el acceso a la información en salud y racismo y la relación con los profesionales y el empoderamiento de las mujeres quilombolas. Se percibe la importancia del fortalecimiento y empoderamiento comunitario para la conquista de la equidad, accesibilidad y Promoción de la Salud. Se concluye la fuerte relación de los Determinantes Sociales en la Promoción de Salud de las mujeres quilombolas revelada por medio de la acentuada correlación de las cuestiones raciales versus la fragilidad junto a la asistencia, a la educación, a la información en salud y principalmente, el distanciamiento de comunidades vulnerables al alcance de una salud íntegra y ecuánime. Se percibe todavía la importancia de estudios futuros ancorados en investigaciones participativas y dialógicas que promuevan momentos de reflexión/discusión. Se afirma la relevancia del alcance de la acción-reflexión-acción en los Círculos de Cultura, ratificando la importancia eminente del abordaje de cuestiones sociales relacionadas a la Promoción de la Salud y calidad de vida de comunidades en vulnerabilidad social.

**Palabras clave:** Promoción de la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Mujeres, Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes Sociais da Saúde.....	59
Figura 2 - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.....	67
Figura 3 - Esquema do Itinerário de Pesquisa representado em Cores .	70
Figura 4 - Bairro do Macacú no mapa de Garopaba .....	72
Figura 5 - Centro Experimental em Sustentabilidade (SES) Garopaba.	72
Figura 6 - Chegada, Saída e Estada no Morro do Fortunato .....	73
Figura 7 - Sede da Associação do Morro do Fortunato.....	79
Figura 8 - Cartaz construído no transcorrer da vivência dos Círculos de Cultura.....	80
Figura 9 - Representação gráfica dos temas geradores levantados, codificados/ decodificados e desvelados no transcorrer dos Círculos de Cultura/ 2016.....	84
Figura 10 - Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): influência em camadas.....	115
Figura 11 - Esquema do Itinerário de Pesquisa representado em Cores	134
Figura 12 - Cartaz construído no transcorrer da vivência dos Círculos de Cultura.....	136
Figura 13 - Representação gráfica dos temas geradores levantados, codificados/ decodificados e desvelados no transcorrer dos Círculos de Cultura/ 2016.....	138





## LISTA DE QUADROS

Quadro I – Mulheres participantes do Círculo de Cultura na Comunidade Quilombola Morro do Fortunato/ 2016.....	76
Quadro II – Temas Geradores traduzidos durante o levantamento temático.....	82
Quadro III – Temas Geradores “reduzidos” durante a codificação e descodificação.....	82
Quadro IV – Temas Geradores distribuídos segundo Níveis de Atenção que interatuam no alcance da equidade e bem-estar (JACKSON, 2013):	115



## LISTA DE ABREVIATURAS

CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CPISP	Comissão Pró-Índio de São Paulo
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
LAPEPS	Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PS	Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	<b>33</b>
1.1 OBJETIVOS .....	41
<b>2. SUPORTE TEÓRICO</b> .....	<b>43</b>
2.1 MARCO CONTEXTUAL .....	43
2.2 MARCO CONCEITUAL.....	47
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>63</b>
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	63
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	64
3.3 CONTEXTO DO ESTUDO: O ESPAÇO DO CÍRCULO DIALÓGICO.....	71
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO: A FORMAÇÃO DO CÍRCULO DIALÓGICO.....	74
3.5 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO .....	77
3.6 INVESTIGANDO OS TEMAS NOS CÍRCULOS DIALÓGICOS	78
3.7 O DESENVOLVER DO ITINERÁRIO FREIREANO .....	80
3.8 REGISTRO DOS TEMAS.....	85
3.9 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA .....	85
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>87</b>
4.1 MANUSCRITO 1 .....	88
4.2 MANUSCRITO 2 .....	107
4.3 MANUSCRITO 3 .....	129
4.4 MANUSCRITO 4 .....	153
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>175</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>181</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>189</b>
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	190
APÊNDICE B: PERFIL SOCIOECONÔMICO .....	192

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CÍRCULOS DE CULTURA .....	193
<b>ANEXOS.....</b>	<b>195</b>
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	196

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo está sendo apresentado no formato de disponibilização de Teses de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011. Traz contribuições para a produção do conhecimento e saberes do Grupo de Pesquisa LAPEPS, sendo vinculado à área de Conhecimento do PEN/UFSC “Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem”.

Deste modo, prosseguindo a esta apresentação, dispõe-se do primeiro capítulo onde lhes será apresentado o tema e o problema de pesquisa, justificativa e objetivos junto a tese que se sustenta. O presente trabalho constitui-se ainda de mais quatro capítulos. O segundo trata sobre o Suporte Teórico representado pelo Marco Contextual e Marco Conceitual, relacionando os Determinantes Sociais com a Promoção da Saúde das mulheres quilombolas. O terceiro momento condiz com a trajetória metodológica e em seguida, traz os resultados apresentados em quatro manuscritos. As Considerações Finais apresentam um fechamento do problema de pesquisa junto a tese defendida neste estudo.





## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese se fortaleceu frente à intencionalidade de se manter o trabalho com mulheres estudado no mestrado no qual se buscou compreender por meio da Consulta de Enfermagem a sua autonomia em diversas perspectivas. Vislumbrar sua individualidade, empoderando-as a alcançar saúde e melhor qualidade de vida. Propõe-se, portanto, uma maior aproximação as questões sociais, buscando compreender a inserção dos Determinantes Sociais em saúde como fio condutor destes sujeitos.

O propósito discutido e amadurecido direcionou a pesquisadora a re-conhecer e ter como objeto de estudo uma população em vulnerabilidade<sup>1</sup> social, com o recorte de gênero<sup>2</sup> e como temática inédita e pouco explorada pela academia. Assim, ao pensar em comunidade vulnerável e em reconhecimento nacional, desvenda-se as comunidades quilombolas remanescentes de quilombos ou ainda, grupos com ancestrais do continente Africano.

Destaca-se a fala de Ciconello (2008) que reflete a estrutura racial no Brasil onde privilégios são mantidos e onde a exclusão e as desigualdades sociais são alimentadas. Não se pode, portanto, falar de superação do racismo e diminuição das desigualdades raciais, sem considerar o protagonismo do movimento negro. A estrutura racial

---

<sup>1</sup> No conceito de vulnerabilidade encontra-se a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento (Bertolozzi et al, 2009). A vulnerabilidade social implica um conjunto de características, de recursos e habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Com isso, essa relação irá definir maior ou menor grau de desgaste da qualidade de vida dos sujeitos (MONTEIRO, 2011).

<sup>2</sup> Gênero determina tudo que é social, cultural e historicamente determinado. Grossi (2010) destaca ainda que nenhum indivíduo, desde seu nascimento, existe sem relações sociais. Com isso, ao nos referirmos ao sexo, já estamos agindo de acordo com o gênero associado ao sexo daquele sujeito com o qual estamos interagindo. Destaca ainda que precisamos modificar cotidianamente aquilo que é esperado dos indivíduos do sexo feminino, pois o gênero (ou seja, aquilo que é associado ao sexo biológico) é algo que está permanentemente em mudança, e todos os nossos atos auxiliam na reconfiguração das representações sociais de feminino e de masculino. Assim, socialmente, o gênero está sendo, todo o tempo, ressignificado pelas interações concretas entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Por isso, diz-se que o gênero é mutável (GROSSI, 2010).

brasileira produz uma sociedade desigual onde negros e brancos são discriminadamente divididos desde oportunidades no mercado de trabalho a possibilidades de acesso ao sistema de saúde. Frente a isso, não se pode mais permitir a omissão do Estado perante ao racismo, ao preconceito e as desigualdades. “O Brasil nunca se constituirá em um Estado verdadeiramente democrático, livre e justo, sem superar o racismo, permitindo que a população negra seja integrada de forma emancipada e digna na sociedade, sem ocupar os tradicionais espaços subordinados a que vem sendo relegada” (CICONELLO, 2008, p. 03).

Frente a esse propósito, traça-se uma breve introdução do tema e seu contexto atual.

As comunidades remanescentes dos quilombos podem ser denominadas núcleos de luta por melhores condições de vida e pela manutenção de costumes, crenças e tradições. Representam um patrimônio cultural inestimável, em grande parte desconhecido pelo próprio Estado, pelas autoridades e pela sociedade. As comunidades quilombolas são apontadas por processos históricos de discriminação e exclusão e vivenciam uma realidade socioeconômica excludente em relação à população brasileira em geral (FERREIRA, 2011).

O quilombo constitui questão relevante desde os primeiros focos de resistência dos africanos ao escravismo colonial, reaparece no Brasil República com a Frente Negra Brasileira (1930/40) e retorna à cena política no final dos anos 70, durante a redemocratização do Brasil. Trata-se de uma questão persistente, tendo na atualidade importante dimensão na luta dos afrodescendentes. Falar dos quilombos e dos quilombolas no cenário político atual é, com isso, falar de uma luta política e, por conseguinte, uma reflexão científica em processo de construção (LEITE, 2000).

Não se referem necessariamente à ocupação realizada em determinado período histórico ou a comprovação biológica da descendência, mas, envolve a participação de grupos étnico-raciais segundo o critério de auto-atribuição, com relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica (BRASIL, 2003; SEPPPIR, 2012).

O Brasil possui a maior população negra fora da África e marcada diversidade socioeconômica e cultural. Além disso, ao contrário dos Estados Unidos, onde a origem e ascendência determina a raça, a classificação racial no Brasil é baseada em características fenotípicas, principalmente a cor da pele. Como resultado, a identificação racial tende a ser mais complexa e fluida no contexto

brasileiro, na utilização de termos distintos para identificar a cor da pele / raça da população (BOCLIN; FAERSTEIN; SZKLO, 2014).

Os descendentes de escravos no Brasil, ao serem libertos, em função de viverem em uma época e local em que imperava o racismo e a exclusão social, procuravam criar incessantemente locais onde pudessem sentir-se acolhidos, respeitados e valorizados (SILVEIRA, 2011).

Em um primeiro momento histórico e social, a constituição dos quilombos pretendia se declarar como uma política de caráter reparador, sem intenção de perenizar-se. No entanto, segundo Varga (2007), o racismo e a discriminação racial consolidaram-se e aprofundaram-se ao longo de séculos, como política de Estado, como ferramenta do capital, como herança cultural, radicando-se nas instituições, na cultura, na linguagem e no próprio subconsciente das pessoas, por meio de dezenas de sucessivas gerações. Sua superação também implica em um esforço de curto, médio e longo prazo, de várias gerações, exigindo, portanto, toda uma estruturação do aparelho de Estado com este objetivo.

Diante a discriminação de raças vivenciada no Brasil, reforça-se ainda que dentro de uma mesma região é possível encontrar diferenças profundas no campo da saúde. Estas estão fortemente relacionadas com os distantes graus de desfavorecimento social, podendo com isso avaliar o grau de desenvolvimento de uma sociedade, a qualidade de vida da população, através da justiça da sua distribuição social e o grau de proteção prestado em situações desvantajosas relacionadas com deficiências de saúde (OMS, 2010).

Corroborando com o parágrafo anterior, Mikkonen e Raphael (2010) afirmam em seu estudo “The Canadian Facts” que a saúde dos canadenses é moldada pela forma como a renda e a riqueza são distribuídas, pelas condições de trabalho e renda, educação, alimentação e habitação, entre outros fatores. Diante disto, percebe-se que é relevante articular as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, visto que são elas que vão determinar como as pessoas vivem na sociedade.

A pesquisa também relata que as condições de vida são fortemente determinadas por decisões que os governos fazem em uma gama de diferentes domínios de política pública (MIKKONEN; RAPHAEL, 2010).

No intuito de fomentar e repensar a igualdade na saúde e consequente promoção de um movimento global para alcançar esse objetivo, em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on

Social). Com isso, passa-se a refletir sobre os Determinantes Sociais e sua correlação com a igualdade na saúde.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), o acesso e usufruto da atenção em saúde são de mister importância para uma saúde equitativa e de qualidade. Define como determinantes, além do sistema de cuidados de saúde, fatores como gênero, educação, profissão, rendimento, origem étnica/racial, local de residência e ainda aspectos culturais, psicológicos e comportamentais (OMS, 2010). Outra definição dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é sugerida pela Comissão homônima da OMS que indica os DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007).

Destaca-se, junto a definição do conceito de DSS, a importante relação entre a maneira como se organiza e se desenvolve determinada sociedade e sua correspondente situação de saúde. Neste contexto, no Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008) é relatado o crescente aumento das disparidades em saúde e com isso, o avanço internacional de estudos voltados às iniquidades em saúde, ou seja, das desigualdades de saúde entre grupos populacionais.

Adjacente a essa temática, o termo “exclusão social” apresenta e conota situações sociais limites, de pobreza ou marginalidade. Com sua origem na França durante as últimas décadas do século XX, a exclusão social abarcava um conjunto de situações que iam além dos problemas verificados no mercado de trabalho (BRASIL, 2007). Descrito como uma construção teórica, antecedeu a formulação do conceito de vulnerabilidade social.

As considerações críticas sobre os limites do conceito de exclusão social foram debatidas a partir de diferentes perspectivas: o termo retrata uma condição ou estado das coisas, em contraposição à idéia de que se trata de um processo, de uma concepção dinâmica e flexível. Nesta perspectiva, a vulnerabilidade identificaria a fragilidade do vínculo social antes de sua ruptura; a inadequação do termo exclusão para o estudo da realidade dos países periféricos do capitalismo, pois trata-se de um conceito eurocêntrico que não teria sentido em sociedades que nunca conheceram a plena integração social (GARCIA, 2006).

A partir disso, passou a se pensar e conceituar sobre o conceito de vulnerabilidade social, especialmente ao se refletir à realidade dos países menos desenvolvidos, associados à idéia de risco frente ao desemprego, à precariedade do trabalho, à pobreza e à falta de proteção social.

Inserida neste contexto de vulnerabilidades sociais, destaca-se a população “remanescente de quilombo” como um forte e, ainda, parcialmente explorado grupo étnico vulnerável.

No texto constitucional, utiliza-se o termo “remanescente de quilombo”, que remete à resíduo, a algo que se foi e do qual sobraram apenas lembranças. Esse termo não corresponde à maneira que os próprios grupos empregavam para se autodenominar nem tampouco ao conceito empregado pela antropologia e pela História (CPISP<sup>3</sup>, 2015).

No intuito de orientar e auxiliar a aplicação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), divulgou, em 1994, um documento elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais em que se define o termo “remanescente de quilombo”.

Segundo a CPISP (2015), este termo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Não se refere ainda a grupos isolados ou a uma população estritamente homogênea. Da mesma forma, nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados, mas, principalmente, constituem-se de grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos em um determinado lugar.

As comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade (CPISP, 2015). No Brasil, existem pelo menos 24 estados com comunidades quilombolas: Amazonas, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins (CPISP, 2015). Um levantamento da Fundação Cultura Palmares (FCP) mapeou 3.524 comunidades quilombolas no Brasil (MDS, 2015), sendo este dado ainda flutuante, sendo que outras fontes estimam cerca de 5 mil comunidades.

Ainda no intuito de conceituar o tema em questão, destaca-se a palavra “quilombo” com maior reconhecimento e notoriedade. O termo “quilombo”, que em sua etimologia bantu significa “acampamento guerreiro na floresta”, foi popularizado no Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo instituídas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão. Essa

---

<sup>3</sup> Comissão Pró-Índio de São Paulo

palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos (LEITE, 2008).

Fruto da mobilização do movimento negro, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 68, inclui e destaca a questão quilombola na agenda das políticas públicas. Fortalece ainda os direitos desta comunidade ao reforçar sua relação com a terra: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988).

Inserido neste contexto, ratifica-se a relevância deste estudo no qual está pautado na investigação com abordagem da Promoção da Saúde relacionada com os Determinantes Sociais diante da condição de desigualdade em que a população negra se encontra. Esse enfoque direciona a construção histórica desigual das relações de gênero e opressão vivenciada pelas mulheres da população negra (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Frente a isso, a Declaração de Adelaide de Promoção da Saúde (1988) afirma que todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural (OPAS, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as mulheres representam a maioria da população brasileira (50,77%) e também as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, porém, sobretudo, acompanhando crianças e demais familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São cuidadoras não só das crianças ou membros da família, mas também de vizinhos, amigos e outras pessoas da comunidade (BRASIL, 2011).

Vislumbrar o papel da mulher no mundo contemporâneo significa dividi-lo em universos de inexorável importância para a atualidade. Destes, destaca-se o papel romântico e frágil dos poetas que a descrevem e também sua posição de evidência no mundo, ocupando espaços na sociedade e participando na construção de políticas igualitárias, buscando um mundo sem discriminações. Uma mulher feminina, mãe e mulher, mas também uma mulher politizada, envolvida, autônoma e participativa.

Com isso, ao reportar-se aos atuais cenários nacionais, torna-se mister destacar a relevante presença da mulher na vanguarda de

comando, da gestão e da articulação institucional no país. Desde a presidenta da República a cargos no senado nacional, expressando o pioneirismo e a relevância da condição feminina ao pódio do poder central, cuja representação maior é o Palácio do Planalto (FIGUEIREDO, 2011). Com toda a representação feminina nos espaços tanto de poder quanto nas representações sociais, civis e políticas torna-se imperativo e importância de estudos e pesquisas voltadas para essas mulheres e suas qualidades de vida.

A situação de saúde envolve inúmeros aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia, renda, cultura. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação vivenciada nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do lar. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina perante certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011).

Diante ao exposto e buscando ampliar temáticas levantadas durante a pesquisa de mestrado em enfermagem<sup>4</sup> trago neste estudo alguns questionamentos frente as mulheres quilombolas contemporâneas<sup>5</sup> e a relação com os Determinantes Sociais da Saúde. Resignificar o olhar referente a mulher na sociedade, suas questões sociais e culturais diante as dificuldades cumulativas vivenciadas em diversos cenários. Percebe-se a real necessidade de espaços dialógicos onde o sujeito precisa se expor e se empoderar em suas rotinas de vida.

Neste contexto, a Política de Promoção da Saúde lançada no Brasil em 2006 propõe espaços de autonomia e empoderamento pessoal<sup>6</sup>. Em 2014, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a portaria de

---

<sup>4</sup> Ver dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada “Promoção da autonomia da mulher na Saúde da Família”. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

<sup>5</sup> Qualidade ou condição de contemporâneo; coexistência no tempo (FERREIRA, 1986). Entende-se por mulher contemporânea a mulher na atualidade, inserida ou não em seus diferentes aspectos, sociais, culturais, históricos e antropológicos (...).

<sup>6</sup> Na perspectiva freireana, o empoderamento é percebido como “a tomada de consciência [que] confere determinado poder às pessoas (e grupos), gerado a partir dos próprios sujeitos-agentes” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010, p. 166).

número 2.446 que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde e refere que a “PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da Promoção da Saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (BRASIL, 2014). Apresenta como valores fundamentais a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às adversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social. Adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Inserida nesta proposta, destaca-se a saúde como um bem prioritário e de direito universal, onde é relevante pensá-la não apenas como ausência de doença, mas como um conjunto de recursos e condições que a fundamentam, como a paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986). Saúde é vista como recursos da vida diária, não objetivos da vida, onde um indivíduo ou grupo seja capaz de realizar aspirações, satisfazer necessidade, mudar e se adaptar ao meio (OMS, 1986). Para se alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos precisam identificar aspirações, atender necessidades e transformar favoravelmente o meio ambiente e seu meio a favor de si e do coletivo a sua volta (OMS, 1986).

Neste contexto, percebe-se a população feminina muitas vezes não incluída em nenhum grupo de atenção especial, vulnerável às políticas de prevenção e Promoção da Saúde, tornando-se fragilizada frente aos Determinantes Sociais.

Estes questionamentos advindos da vivência de meu exercício profissional, juntamente com a busca em levantamento bibliográfico, embora ainda incipiente, trouxeram dados que corroboraram com estas primeiras impressões. Estas constatações me levaram a perceber algumas possibilidades de ação voltadas aos eixos da Promoção da Saúde como a Construção de Políticas públicas saudáveis, Criação de ambientes favoráveis, Reforço da ação comunitária, Desenvolvimento das habilidades pessoais e a Reorientação dos serviços de saúde, mas, no entanto, algumas questões me inquietaram e instigaram a investigar essa realidade. Como promover a saúde das mulheres quilombolas frente aos Determinantes Sociais da Saúde? Como as práticas de Promoção da Saúde fortalecem o papel das mulheres quilombolas na sociedade?



Percebê-las em seus diferentes espaços sociais, procurando compreender seu acesso as estratégias da Promoção da Saúde e consequentemente a relação com os Determinantes Sociais da Saúde.

Esta pesquisa visa contribuir com a reflexão sobre as possíveis mudanças na práxis da saúde coletiva tendo como meta o desdobramento de diferentes perspectivas na determinação social de saúde para a população e concomitante impacto nos indicadores de saúde, proporcionando aos sujeitos uma melhor qualidade de vida e maior acesso a Promoção da Saúde. Outro aspecto é a possibilidade referente a diferentes olhares dos pesquisadores e profissionais da saúde diante das questões teórico-metodológicas da Promoção da Saúde e a implementação prática dessas políticas/ acesso em nível nacional.

Estas argumentações possibilitam a formulação do pressuposto de que as adversidades socioculturais vivenciadas pelas mulheres em vulnerabilidade social interferem no seu empoderamento, na sua saúde e comprometem sua qualidade de vida.

Por considerar que os Determinantes Sociais influenciam na vida e na saúde das mulheres quilombolas os quais podem promover tanto saúde quanto iniquidades sociais paralelas às condições que envolvem estes sujeitos, defendo a Tese: **A Promoção da Saúde, no contexto de mulheres quilombolas em situação de vulnerabilidade social, pode ser uma potência para o enfrentamento das iniquidades em saúde.**

Sob esta perspectiva o presente estudo problematiza e questiona:

**Como se estabelece a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde das mulheres quilombolas?**

## 1.1 OBJETIVOS

Esta inquietação propõe como **Objetivo Geral:**

**Compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Santa Catarina.**



## **2. SUPORTE TEÓRICO**

A possibilidade de trabalhar temáticas de cunho social sempre me motivou e me instigou o saber. Na intenção de aproximar minha prática profissional, em sua maioria voltada a Saúde da Mulher, aliada à investigação vivenciada durante o curso de mestrado, proponho aproximar estas experiências abordando o referencial teórico da Promoção da Saúde (PS) articulado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), somados ao contexto histórico dos remanescentes de quilombos no Brasil.

### **2.1 MARCO CONTEXTUAL**

Ao pensarmos em comunidades vulneráveis, neste capítulo apresentarei a população quilombola, sua história de luta e formação.

#### **População Quilombola**

No contexto da população negra geral, existe um segmento peculiar, constituído de descendentes de negros africanos que, na condição de escravos, fugiam das senzalas onde habitavam e formavam comunidades organizadas para resistir à perseguição imposta pelos fazendeiros e autoridades policiais. Essas comunidades eram chamadas de quilombos. Após a abolição da escravatura no Brasil, muitas dessas comunidades foram conservadas e existem até hoje, sendo denominadas de remanescentes dos quilombos ou comunidades quilombolas (FERREIRA, 2011).

Permeando esta temática, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2001a) definiu o conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados para a melhoria das condições de saúde dessa população. Abarcou ações de cuidado e atenção à saúde, assim como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

As comunidades remanescentes dos quilombos podem ser denominadas núcleos de luta por melhores condições de vida e pela manutenção de costumes, crenças e tradições. Representam um patrimônio cultural inestimável, em grande parte desconhecido pelo próprio Estado, pelas autoridades e pela sociedade. As comunidades quilombolas são apontadas por processos históricos de discriminação e

exclusão e vivenciam uma realidade socioeconômica excludente em relação à população brasileira em geral (FERREIRA, 2011).

O termo comunidade quilombola remete à ideia de grupos negros, isolados no meio das florestas. Porém, além da fuga das fazendas, outras situações como a compra de terras por famílias alforriadas, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados, permanência nas terras depois do abandono pelos proprietários, acordos feitos entre escravos e senhores, entre outros fatos beneficiaram a constituição destes grupos (ALMEIDA, 1998\_apud SANTOS, 2015).

Combatidos até fins do sistema imperial brasileiro, somente a partir do fim oficial do sistema escravista, abolição da Escravatura, os quilombos deixaram de figurar oficialmente como elementos nocivos à sociedade. No entanto, foram anos de exclusão e marginalização dessas comunidades por parte do governo e da sociedade brasileira não permitindo que grande parte destas tivesse acesso a infraestrutura social básica, à educação, aos serviços de saúde, dentre outros, indispensáveis à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que fazem parte dos quilombos (SANTOS, 2015).

Os quilombos, em sua etimologia, não se referem necessariamente à ocupação realizada em determinado período histórico ou a comprovação biológica da descendência, mas, envolve a participação de grupos étnico-raciais segundo o critério de auto atribuição, com relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica (BRASIL, 2003; SEPPPIR, 2012).

Com isso, importante descrever dentro deste capítulo de revisão conceitual, conceitos como raça, etnia e cor. Santos et al (2010), descrevem o termo raça com diversas definições nas quais geralmente são utilizadas na descrição de um grupo de pessoas que compartilham certas características morfológicas. Ainda destacam, embasados em diferentes autores, que a raça é um termo não científico que apenas pode ter significado biológico quando o ser se apresenta homogêneo, estritamente puro; como em algumas espécies de animais domésticos. Condições não encontradas no homem que raças humanas, de acordo com o ponto de vista biológico, não existem. Estes mesmos autores apresentam que a palavra etnia significa “gentio”, proveniente do adjetivo grego “ethnikos”. O adjetivo se deriva do substantivo “ethnos”, que significa gente ou nação estrangeira. Apresentado como um conceito polivalente, o mesmo constrói a identidade de um indivíduo resumida em: parentesco, religião, língua, território compartilhado e nacionalidade, além da aparência física (SANTOS et al, 2010).

Silva (2015) apresenta uma reflexão frente as expressões mais utilizadas na literatura e em impressões governamentais e científicas. Menciona que os termos utilizados são “cor”, “raça” e “étnico-raciais”, onde o termo “etnia” só faz sentido quando associado ao termo “raça”, formando a expressão “étnico-racial”. Outro destaque dado é referente ao termo etnia. Geralmente é mais usado em sentido técnico, pouco sendo usado ou conhecido pela população em geral. O termo “raça”, segundo a autora, é utilizado para fazer referência à coletividade, a um grupo de indivíduos. Enquanto o termo “cor” é usado para fazer referência ao indivíduo, de modo particular. A palavra é usada com base em uma posição social e ideológica com relação a determinado grupo, que em nosso contexto histórico e social é visto como minoria e como inferior. Ainda salienta que o uso de “cor” carrega associações negativas, principalmente se relacionadas à identidade do negro. O termo “raça”, devido ao seu processo de construção histórico-social, também carrega associações negativas relativas à ideia de hierarquia entre as supostas “raças” humanas. O termo etnia, segundo a autora, é mais aceitável por associar aspectos físicos e culturais. Salienta como uma boa possibilidade de conceituação o uso da expressão étnico-racial, que, embora redundante se analisada mais profundamente, evidencia a conjunção de aspectos físicos e culturais. Finaliza apontando que as escolhas são ideológicas e também linguísticas e que os fatores estão imbricados, sendo que a linguagem determina a prática social e é por ela determinada (SILVA, 2015).

Ainda no intuito de se definir e apresentar conceitos, o termo racismo é descrito pelo dicionário Aurélio como “sistema que afirma a superioridade de um grupo racial sobre os outros, preconizando, particularmente, a separação destes dentro de um país (segregação racial) ou mesmo visando o extermínio de uma minoria (racismo antissemita dos nazistas)”. Próximo a este, o termo discriminação (tendo como raiz “discriminar”) refere-se ao ato de “estabelecer diferenças; afastar-se ou colocar-se à parte ou ainda tratar de modo desigual ou injusto, com base em preconceitos de alguma ordem, notadamente sexual, religioso, étnico, etc” (AURÉLIO, 2017).

Nesta mesma temática, sabe-se que as diversidades raciais/étnicas e econômicas influenciam nas diferentes condições de saúde da população. Além disso, é preciso destacar que essas diferentes situações de saúde têm uma dimensão individual, mas também aspectos que apontam para as iniquidades produzidas pelas condições sociais expostas (WILLIAMS; JACKSON, 2005).

Com isso, o conhecimento de diferentes desenhos terapêuticos é importante para a área da saúde, sobretudo para a gestão, pois destaca as especificidades e necessidades dos sujeitos, em meio aos recursos disponíveis e a sua realidade. Assim, possibilita repensar o sistema de saúde e as outras dimensões envolvidas para melhorar as condições de vida da população. Portanto, é importante compreender as condições de saúde e os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos quilombolas, que se configuram como uma população tradicional e que, em sua maioria, está em situação de vulnerabilidade social (SANTOS, 2014).

Frente a isso, destaca-se a relação das condições de vida e sua determinação social de saúde. A falta de recursos financeiros influencia na saúde das populações, pois cerceia o acesso a outras dimensões da vida, além de limitar o consumo, a produção e o cultivo da terra, a qual é uma característica imprescindível aos quilombolas.

O Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD, intitulado “Racismo, pobreza e violência” (Brasil, 2005), analisou as desigualdades raciais em áreas como renda, educação, saúde, emprego, habitação e violência, e concluiu que os negros estavam em situação pior em todos os indicadores. O relatório mostrou que as diferenças entre brancos e negros apontaram, em alguns casos, uma defasagem de mais de uma geração. A porcentagem de homens negros com curso superior completo, em 2000, era menor que a dos homens brancos em 1960. A renda *per capita* dos brancos de 1980 era o dobro da dos negros em 2000. Do mesmo modo, a taxa de analfabetismo dos negros, em 2000, era maior que a dos brancos em 1980. Os negros apresentavam, em 2000, esperança de vida semelhante à dos brancos em 1991. O estudo apontou também que a taxa de homicídio entre os negros é o dobro da dos brancos. Este relatório contribuiu para o debate a respeito do racismo no Brasil, pois revelou indicadores incontestáveis de manifestação desse fenômeno. Racismo, pobreza e violência, afirmou o relatório, são “problemas que se imbricam de tal forma que só podem ser confrontados conjuntamente, combinando tanto ações de cidadania e de participação com políticas públicas, sejam elas de caráter universalista ou focalizada” (BRASIL, 2005, p.12).

É preciso refletir quanto as diferenças étnico-raciais e econômicas ainda como fontes de iniquidades sociais nas populações pesquisadas. A luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e precisa de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade (SANTOS, 2014).

## 2.2 MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo, traçam-se conceitos referentes à Promoção da Saúde, seus eixos e a Política Pública Nacional aliados aos Determinantes Sociais da Saúde assim como ferramentas como equidade, a iniquidade e a vulnerabilidade em saúde.

### **Promoção da Saúde**

Saúde é um conceito complexo que pode ser estudado e definido de diversas e diferentes formas. Desde a Constituição de 1948 da Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta um conceito amplo e já afastado do modelo biomédico concentrado apenas na ausência de doenças. Tráz a saúde como um completo bem-estar físico, mental e também social e não meramente a ausência de enfermidades (ANDERMANN, 2012).

Com isso, a OMS adota um modelo biopsicossocial mais amplo para integrar melhor a importância das dimensões psicológicas e sociais, podendo ainda incluir uma dimensão espiritual da saúde. Desta forma, a saúde é um conceito holístico e multidimensional que deve ser explorado a partir de diferentes ângulos e perspectivas para ser totalmente compreendida (ANDERMANN, 2012).

Em tempo, faz-se necessária a reflexão apresentada por Caponi (2009) ao ratificar que o estado de bem-estar faz menção a uma existência sem angústias, onde desconsidera erros, fracassos e as infidelidades que fazem parte de nossa história e que em muitos momentos podem resultar mais estimulantes do que a absoluta carência de desafios. “A partir do momento que o nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como ausência de erros, mas sim como a capacidade de enfrentá-los” (CAPONI, 2009, p. 71). De acordo com o autor, se visualiza um conceito positivo de saúde a partir da Promoção da Saúde.

Neste sentido, a Promoção da Saúde é o nome dado ao “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p. 01). Tem como objetivo reconhecer as inspirações e necessidades dos indivíduos para que assim seja possível modificar o meio em que transitam e consequentemente atingir um estado pleno de bem-estar físico, mental e social individual e coletivo, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, 1986).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá. Teve suas discussões pautadas nos avanços alcançados na 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1977, onde se lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, assim como com o debate ocorrido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais imperativas para o setor (WHO, 1986).

Ainda no transcorrer da Primeira Conferência de Promoção da Saúde pensou-se em eixos norteadores a esse processo, sendo eles:

- **Construção de Políticas públicas saudáveis:** A Promoção da Saúde vai além dos cuidados de saúde. É uma ação coordenada que assinala para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. “As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis” (WHO, 1986, p.2). Prevalece o objetivo em advertir aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.
- **Criação de ambientes favoráveis:** Importância de a saúde estar diretamente relacionada as metas e objetivos da sociedade, onde a população e o meio ambiente estabelecem uma base socioecológica. Destaca-se ainda que o trabalho e o lazer deveriam ser fontes de saúde para a população e o cuidado com o meio-ambiente e a preservação dos recursos naturais devem estar incluídos em as estratégias de Promoção da Saúde.
- **Reforço da ação comunitária:** Importância da participação comunitária na tomada das decisões. O empoderamento e reflexão de suas necessidades frente a definição de estratégias, escolha de prioridades e implementação de ações em prol da melhoria das condições de saúde. O desenvolvimento e capacitação das comunidades são realizados frente aos recursos humanos e materiais disponíveis para intensificar a autoajuda e o apoio social, e assim ampliar sistemas flexíveis de reforço da participação popular na gerência dos assuntos de saúde.



- **Desenvolvimento das habilidades pessoais:** A Promoção da Saúde sustenta o desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Assim, fortalecem as populações no exercício do controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como optar por situações que conduzam esta melhoria. É de mister importância capacitar as pessoas durante todas as fases da vida, preparando-as para as diversas etapas da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas.
- **Reorientação dos serviços de saúde:** Investimento compartilhado entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais, instituições que prestam serviços e governos na conquista de um elevado nível de saúde, voltado a Promoção da Saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência, respeitando as peculiaridades culturais e apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável. Também precisa de esforços voltados a pesquisa, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da saúde, percebendo as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

Após a primeira conferência ocorrida em Ottawa em 1986, ocorreram mais oito conferências internacionais.

A segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Adelaide, na Austrália, em 1988. Esta reafirmou as cinco estratégias da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, contudo destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis. Ressalta que as iniquidades na saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar essas desigualdades vivenciadas pelas pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que procurem ampliar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis, estabelecendo-se alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis, reconhecendo como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, em especial quanto aos cuidados primários, é um aspecto fundamental da equidade em saúde.

Ainda relacionado as recomendações desta conferência, destaca-se que todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo, portanto, garantida sua identidade cultural (BRASL, 2002).

Em 1991 ocorreu a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, na Suécia. A Conferência de Sundsvall ratifica que todas as políticas que anseiam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas a novas formas de prestação de contas, devendo basear-se em prioridades e compromissos claros para com os mais pobres, grupos minoritários, povos indígenas e pessoas com deficiência física de maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades (BRASL, 2002).

Em 1997 aconteceu em Jacarta, a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Teve como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI. Teve como propósito refletir o que se aprendeu sobre a Promoção da Saúde, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no século XXI. Sendo a primeira a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde, reafirmou a importância da participação popular e do empoderamento das pessoas através do acesso a educação e informação e ainda destaca outros determinantes da saúde, que são os fatores transnacionais; como a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e a tecnologia em comunicação, assim como a degradação ambiental devido ao uso irresponsável dos recursos.

Apresentou ainda recomendações para a ação e eficácia das propostas: “aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde; apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário; mobilização de recursos para a Promoção da Saúde; acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas; facilitação do aprendizado compartilhado; promoção da solidariedade em ação; promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em Promoção da Saúde” (BRASIL, 2002, p. 51).

A quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu no México no ano 2000. Entre outras constatações destaca-se a necessidade imperiosa de abordar os Determinantes Sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo necessário fortalecer os

mecanismos de colaboração para a Promoção da Saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Concluem também que a Promoção da Saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos (BRASL, 2002).

Em 2005, aconteceu em Bangkok a sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde onde as Nações Unidas reconhecem o mais alto nível de saúde como um direito fundamental de qualquer ser humano, sem discriminação de raça, cor, sexo ou condição socioeconômica. Baseando-se neste direito, a Promoção da Saúde oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como um determinante da qualidade de vida, incluindo o bem-estar mental e espiritual.

Este evento enfatiza a globalização e ratifica a mudança radical deste olhar frente a Promoção da Saúde ao compará-la com a Carta de Ottawa. A globalização permite novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e a redução dos riscos de saúde transnacionais.

Destaca-se ainda a abordagem frente aos Determinantes Sociais onde enfatiza que alguns fatores críticos influenciam a saúde da população mundial como o aumento crescente das desigualdades dentro dos países e também entre os países; novos padrões de consumo e comunicação; procedimentos globais de comercialização; Mudanças globais no meio ambiente; processo crescente de urbanização (WHO, 2005).

Neste mesmo propósito, em 2009, aconteceu a 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde em Nairobi, capital queniana. Os diferentes oradores destacaram a importância da Promoção da Saúde em uma altura em que o setor se confronta com numerosos desafios, nomeadamente a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil e as alterações climáticas. A 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde constitui uma oportunidade para a partilha de experiências sobre os cuidados primários de saúde e também um grande marco, sendo a primeira vez que esta conferência ocorre no continente africano.

Na primeira sessão plenária, o Dr Ala Alwan (Diretor-Geral Adjunto da OMS) destacou energicamente os benefícios da Promoção da Saúde quando utilizada corretamente e a sua utilidade como um instrumento de advocacia ao serviço dos gestores políticos. Destaca as 14.000.000 mortes prematuras que podem ser evitadas com ações eficazes de Promoção da Saúde e, em particular, se esta agir sobre os Determinantes Sociais da Saúde. O diretor adjunto da OMS ainda

ressalta os elementos essenciais contidos na Declaração de Alma Ata e salienta que os pobres são afetados pelas doenças não transmissíveis de uma forma bastante desproporcional, sublinhando a importância de se agir junto aos Determinantes Sociais.

Outro destaque deu-se ao Professor Michael Marmot, ex-presidente da Comissão dos Determinantes da Saúde que salientou os aspectos-chaves para um maior sucesso na Promoção da Saúde, como a Justiça Social; maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político; criação de condições que permitam às pessoas um maior controle sobre as suas próprias vidas (OMS, 2009).

No que tange à saúde da mulher é necessário considerar a seriedade que deve ser dada ao polo saúde × violência × racismo visto pelo movimento feminista como eixo fundamental para a implantação, de forma eficaz e eficiente, de políticas públicas que garantam o atendimento e a qualidade dos serviços de saúde para essa população. Essa problemática vem ultimamente servindo de tema de debate nas Conferências de Saúde, principalmente na IV Conferência Mundial ocorrida em 1995, em Beijing, China; e nas duas Conferências da Mulher que resultaram na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2010; RISCADO, 2010).

A Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsínque, na Finlândia de 10 a 14 junho de 2013. O Encontro teve como base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Estes documentos identificaram a ação intersetorial e as políticas públicas saudáveis como subsídios centrais para a Promoção da Saúde e para a efetivação da equidade em saúde.

Além das Conferências Internacionais de Saúde, ocorrem também desde 1951 (em Paris), as Conferências Mundiais em Promoção da Saúde. Promovidas pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), acontecem em diversas regiões do mundo, sendo recebida em 2016 no município de Curitiba, capital do estado do Paraná, região sul do Brasil. Este evento busca resgatar a Promoção da Saúde com olhar nos DSS por meio da equidade em saúde para todas as populações. A Declaração de Curitiba congrega um espírito de comprometimento global junto à democracia, equidade e justiça. Promove os direitos sociais e “saúde para todos” em um mundo inclusivo e sustentável afirmando que os objetivos da Promoção da Saúde só serão plenamente alcançados por meio da incorporação de

quatro princípios fundamentais: equidade, direitos humanos, paz e participação (IUHPE, 2016).

Importante sublinhar o resgate que tem se dado ao papel das mulheres em todas as conferências que sucederam a Carta de Ottawa. Neste sentido, Brasil (2011) apresenta os marcos de referência principais da Promoção da Saúde, entre outros importantes destaques, a ênfase em políticas relativas à saúde da mulher, junto a alimentação e nutrição, ao controle do tabaco e do álcool e à criação de ambientes favoráveis. Com isso, reafirmo a importância de abordar este tema, buscando designar as mulheres como importantes sujeitos de construção da história.

### **Política de Promoção da Saúde**

Desde meados da década de 1980, diversos acontecimentos ocorridos em âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2015).

Com isso, transcorridos 28 anos do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a saúde e os serviços prestados tiveram grandes avanços. Neste interim, destaca-se o processo de descentralização que se aproximou das diferentes realidades sociais, políticas e administrativas do país (BRASIL, 2006).

Entre os avanços e pactos efetivados, o “Pacto pela Vida” salienta-se como o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Destas, cita-se seis das prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006)

O segundo e grande acordo em favor do SUS foi o “Pacto em Defesa do SUS” que promove como ação uma articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a saúde como um direito. Salienta ainda a importância do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do sistema (BRASIL, 2006).

Ainda referente à implementação da Promoção da Saúde como política nacional destaca-se o “Pacto de Gestão” que estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e

Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

Com isso, com a consolidação do Pacto pela Vida, a Promoção da Saúde foi tornando-se uma política de estado, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de ações e atividades saudáveis (BRASIL, 2006).

No Brasil, a Política de Promoção da Saúde foi aprovada em 2006 e teve como objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010).

Inicialmente, percebeu-se uma resistência a adoção da Promoção da Saúde como um paradigma orientador, como uma estratégia de ação, como princípios norteadores de processos de produção social da saúde, conforme definida pela Carta de Ottawa e apresentada no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2015).

Segundo os autores supracitados, há realmente, disseminados na sociedade, várias concepções de Promoção da Saúde, de caráter comportamentalista ou relacionadas ao modelo explicativo da história natural do processo saúde doença. Estas por sua vez não têm conexão com as concepções e princípios discutidos e assumidos por ideologias nacionais ou ainda teorias que perpassam as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e ainda os coerentes com os princípios do SUS.

Em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi redefinida conforme a portaria nº 2.446 e apresenta como valores fundamentais ao processo de efetivação a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito as diversidades, a humanização, a cor responsabilidade, a justiça social e a inclusão social. Adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. Destaca-se ainda, em seu artigo oitavo, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a equidade e o respeito à diversidade, como possibilidade de identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, procurando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares (BRASIL, 2014).

Com isso, destacam-se os Determinantes Sociais da Saúde como um estreito eixo de avaliação e inserção da Promoção da Saúde. Busca-se neste estudo aproximar estas propostas com o cotidiano das mulheres quilombolas, sujeitos do estudo em questão.

## **Determinantes Sociais da Saúde**

Ao longo do tempo, várias teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença foram propostas, tendo em vista a busca por inferências causais para as doenças. Tais teorias encontram alguns contrapontos e expressam diferentes lentes de se vislumbrar o mundo e se pensar saúde. Neste sentido, os conceitos de “Determinação Social da Saúde” e “Determinantes Sociais da Saúde”, apresentam alguns contrapontos que se tornam importantes serem apontados.

O conceito de determinação social da saúde surge a partir da comprovação da lógica capitalista na saúde e vai contra o Estado autoritário e o modelo excludente e discriminatório, levantando a questão da sua responsabilidade social (CYPRIANO, 2016). Sendo essencialmente uma questão social e, por conseguinte, uma questão também política, discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social (ROCHA; DAVID, 2015).

Em contrapartida, os Determinantes Sociais da Saúde estão definidos em três níveis de atenção que interagem no alcance da equidade na saúde e bem-estar: fatores estruturais (trabalho, tributação e proteção social e políticas ambientais; governança; normas sociais e valores); posição social e os determinantes de estratificação (classe social, gênero, raça / etnia, educação, ocupação e renda); e os determinantes intermediários (as circunstâncias, comportamentos e fatores materiais biológicos, fatores psicossociais, sistema de cuidados de saúde). Vinculados a uma maior compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrado no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da saúde pautado no indivíduo (JACKSON et al., 2013).

Com isso, estes dois referenciais teóricos convergem frente à análise da sociedade sendo que o referencial da determinação opera com crítica ao modo de produção vigente, vinculado a concepções contra hegemônicas da determinação social da saúde, as quais procuram se amparar no campo teórico e político marxista (CEBES, 2010). Já os determinantes focam-se no que é produzido pela sociedade, ou seja, a

pobreza, a desigualdade, o desemprego, e demais expressões da questão social (CYPRIANO, 2016).

Neste sentido, ratifica-se que este estudo está ancorado nas bases teóricas dos Determinantes Sociais da Saúde que tem o foco no coletivo de indivíduos e ambiente, compreendendo a conexão entre as questões sociais, políticas, culturais e econômicas na Promoção da Saúde das comunidades.

Segundo Jackson et al (2013), a abordagem da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde, quando integradas, podem melhor contribuir para a compreensão e enfrentamento das desigualdades em saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde são pautados em uma forte justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da Promoção da Saúde que se pauta no indivíduo (JACKSON et al., 2013).

Uma estratégia-chave para aproximar as definições da PS e os DSS é envolver múltiplos setores, avançando dos espaços individuais para espaços coletivos, enfrentando as forças que produzem e reproduzem as desigualdades na saúde e bem-estar da população, visto que ambos abraçam as abordagens de gestão participativa e estão preocupados com a justiça social e equidade (JACKSON, 2013).

A Promoção da Saúde desenvolve fortes políticas relacionadas ao eixo de se viver e trabalhar em ambientes favoráveis, usufruindo do interesse público e social e acionando movimentos da sociedade civil e ações comunitárias. Os Determinantes Sociais da Saúde em contrapartida oferecem uma sólida base epidemiológica para a equidade, dando especial atenção às populações mais vulneráveis, centrando-se no curso da vida e enfatizando a política e mudança social. Com isso, percebe-se que as sinergias entre a PS e os DSS podem ser alcançadas por meio da implantação de abordagens abrangentes em diferentes configurações e setores, trabalhando em diversos níveis de gestão e com a participação democrática das partes interessadas, utilizando vários pontos para abordar a desigualdade (JACKSON, 2013).

Labonté e Schrecker (2007) afirmam que a globalização é um contexto chave para o estudo dos Determinantes Sociais da Saúde. Em termos gerais, SDH são as “condições em que as pessoas vivem e trabalham, e que afetam suas oportunidades de liderar uma vida saudável” (LABONTÉ e SCHRECKER, 2007, p. 1).

Este modelo conceitual em saúde representa um novo olhar frente ao processo saúde-doença. Tem sua origem na Europa, no século XIX,



em um movimento denominado de Medicina Social. Virchow, um dos médicos sociais, garantia que as pessoas adoecem e morrem em função do jeito com que vivem. E esse jeito de viver é determinado social, cultural e economicamente (VERDI et al, 2013).

O Movimento de Medicina Social foi hegemônico na Europa entre 1830 e 1870, quando ascende a teoria pasteuriana unicausal. Com isso há um declínio, só permanecendo residualmente em alguns países, como a Itália, até a Segunda Guerra Mundial. No mundo, as ideias de determinação social foram retomadas por Henry Sigerist (1942) e Georges Canguilhem (1943-1968), mas ficaram restritas à área das ciências sociais, modificando levemente a tendência norte-americana do modelo unicausal (flexneriano). “Em 1942, Sigerist dizia que o médico tem quatro grandes tarefas: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. E que promover saúde era ter condições de vida, trabalho, educação, cultura física, distração e descanso, chamando políticos, sindicatos, indústrias, educadores e médicos para essa proposta” (VERDI et al, 2013, p. 19).

Andermann (2012) afirma que cada vez mais está se reconhecendo que os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre as populações. Certos subgrupos, em particular aqueles de baixo status socioeconômico, foram encontrados com proporções maiores de fatores de risco e, conseqüentemente, sofrem de saúde precária.

Fatores de risco específicos como renda, status social, educação, desenvolvimento infantil e outros que influenciem nessas diferenças. Esses fatores são conhecidos coletivamente como os Determinantes Sociais da Saúde. Seguindo o relatório final da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde, intitulada “encurtando a distância em uma geração”, os Determinantes Sociais são atualmente o foco principal da investigação sobre as causas da saúde precária, desde que as desigualdades na saúde têm crescido ao invés de diminuir (ANDERMANN, 2012).

Mudança que passa da abordagem baseada nos fatores de risco<sup>7</sup> para uma abordagem baseada nos Determinantes Sociais.

---

<sup>7</sup> O estudo de Rose e Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença coronariana em servidores públicos ingleses ilustra esta situação. Classificando como um o risco relativo de morrer por esta doença no grupo ocupacional de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, como atendentes e outros, teriam risco relativo aproximadamente duas, três e quatro vezes maiores, respectivamente. Os autores identificaram que os fatores de risco individuais, como colesterol, hábito de fumar, hipertensão

A visionária Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde ampliou o conceito de campo de saúde criado por Lalonde, identificando muitos outros determinantes de saúde, a maioria encontrados fora do setor de saúde. Esses pré-requisitos para a saúde incluem: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (ANDERMANN, 2012).

Enquanto existem muitas estruturas e modelos para descrever os Determinantes da Saúde, o Modelo Integrado de Hamilton e Bhatti de saúde da população e promoção inclui o que atualmente é considerado entre os principais determinantes (ANDERMANN, 2012).

Hamilton e Bhatti (2001) sugerem a construção de um modelo que possa auxiliar na orientação das ações intuindo a melhoria da saúde. Para isso, apresenta três fundamentais questões: "O QUE devemos agir?" "COMO devemos agir?" e "COM QUEM devemos agir?", onde tais estratégias apontam que ações devem ser tomadas em toda a gama de determinantes da saúde (o quê). A Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde recorre a um conjunto abrangente de estratégias de ação originando a mudança necessária (o como). Ambos os documentos afirmam que, para que a mudança seja realizada, a ação deve ser tomada em vários níveis dentro da sociedade. Com isso, ao refletirmos frente a essas perguntas e as respostas, podemos começar a construir um modelo de ação.

Dentre os determinantes de Lalonde estão a educação e a renda, dois dos principais pré-requisitos para saúde da Carta de Ottawa. Outros determinantes que foram mais recentemente identificados como sendo importantes são apoio social, condições de trabalho e desenvolvimento infantil assim como o gênero e a cultura. Obviamente, o entendimento das complexas e inter-relacionadas causas da saúde precária são apenas o primeiro passo. Ser capaz de agir na melhoria do resultado da saúde da população é um desafio completamente diferente (ANDERMANN, 2012).

Importante ainda relatar que em 2008 uma organização global composta por políticos, pesquisadores e sociedade civil criou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Criado para se repensar ações frente a promoção da equidade em saúde e metas para se alcançá-la, esta comissão é uma combinação única de experiência política,

---

arterial e outros explicavam apenas 35 a 40% da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados aos DSS (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

acadêmica e jurídica. Tem como foco da atenção os países em todos os níveis de renda e desenvolvimento.

A análise desta Comissão leva a três princípios de ação: melhorar as condições de vida diária (ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham); combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos (fatores estruturais das condições de vida diária) a nível global, nacional e local; e medir o problema, avaliar as ações, ampliar a base de conhecimento, desenvolver uma força de trabalho voltado aos Determinantes Sociais da Saúde e elevar publicamente a conscientização sobre esses determinantes (MARMOT et al, 2008, p. 1661).

Figura 1 - Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)

Conforme o modelo apresentado por Dahlgren e Whitehead (Figura 1), a determinação social de saúde está distribuída em diferentes camadas de acordo com seu grau de abrangência. A camada mais próxima representa os determinantes individuais e a camada mais distal refere-se aos macrodeterminantes. Na base do modelo encontram-se os indivíduos, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o seu potencial e suas condições de saúde. Em seguida, em uma camada subjacente, estão o comportamento e os estilos de vida individuais. Na camada subsequente, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho (determinantes intermediários), e a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e

educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Por fim, a última camada representa aqueles que são considerados os macrodeterminantes, que possuem ampla influência sobre as camadas anteriores e estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo ainda determinantes supranacionais, como o modo de produção e consumo de determinado local e o processo de globalização (CNDSS, 2008).

Jackson et al (2013) ainda apresentam a estrutura conceitual para a prática dos Determinantes Sociais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que define três níveis de determinantes que se inter-relacionam e proporcionam a equidade e bem-estar social: fatores estruturais (ou seja, trabalho, governança, macroeconômicas, tributação e proteção social junto a políticas ambientais, normas sociais e valores); posição social e estratificação determinantes (como por exemplo classe social, gênero, raça / etnia, educação, ocupação e renda); e os determinantes intermediários (por exemplo, as circunstâncias, comportamentos e fatores biológicos, fatores psicossociais, sistema de cuidados de saúde).

### **Equidade, Iniquidade e Vulnerabilidade em Saúde**

O termo equidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, é a “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nem nessa lei, nem na 8.142/90, equidade em saúde é referida (ESCOREL, 2009).

Dessa forma, a ideia de equidade foi incorporada e até mesmo substitui o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços.

Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas diferentes, têm necessidades diversas (ESCOREL, 2009).<sup>8</sup>

Neste sentido, em 2010 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) apresenta o conceito de inequidade e de iniquidade.

A Inequidade denota diferenças evitáveis e injustas, expressão de desigualdades políticas desnecessárias em populações humanas. Trata-se de um neologismo, relacionado a inequity e inequidad. “Significa o oposto de equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde” (CEBES, 2010, p. 30).

Quanto a Iniquidade, corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de extrema ausência de equidade, resultante do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas tirânicas, causadores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis (CEBES, 2010).

Somando-se aos conceitos supracitados, Margaret Whitehead (2000), alude que o termo “iniquidade” tem uma dimensão ética e moral. Refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, são também consideradas abusivas e injustas. Assim, de modo a descrever uma determinada situação como desigual, a causa tem de ser analisada e julgada para no contexto do que está acontecendo no restante da sociedade.

Neste contexto, o termo “vulnerabilidade” pode ser entendido como a condição de risco em que uma pessoa se encontra. De acordo com Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade pessoal está relacionada a comportamentos que os indivíduos adotam que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao autocuidado e as condições de saúde. Já o conceito de vulnerabilidade social enfatiza que as representações sociais, os estigmas e as condições sociais podem ser fatores que contribuem para a saúde, valorizando também o acesso aos meios de comunicação junto a disponibilidade de usufruir de recursos favoráveis. Referente a

---

<sup>8</sup> Importante ainda apresentar alguns conceitos que se diferenciam e são passíveis de confusão:

Diversidade: Qualidade de diverso; Variedade (em oposição a identidade); multiplicidade (AURÉLIO, 2017).

Diferença: Falta de semelhança, alteração; Desconformidade; Diversidade; Divergência; Desavença; Inexatidão (AURÉLIO, 2017).

Desigualdade: Falta de igualdade; Diferença; Irregularidade; Inconstância; Variabilidade; Aspreza; Desproporção; Inferioridade (AURÉLIO, 2017).

vulnerabilidade dos serviços, os autores sugerem que o acesso, a qualidade dos programas e a responsabilidade das instituições são determinantes para a distribuição das condições de saúde e bem-estar (AYRES, 2003).

Destaca-se ainda que nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde (NICHIATA, 2008).

Alusivo a temática, importante mencionar a homologação pela então presidenta da república da lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 que, em seu Art. 1º “institui o Estatuto da Igualdade Racial, 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” (BRASIL, 2010, p.01).

### 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

No intuito de alcançar os objetivos e responder a tese levantada neste estudo, optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa prevendo a mesma demandar atitudes fundamentais como a abertura, a flexibilidade, a habilidade de observação e de intercâmbio com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 2010). Aliando-se ao pensamento de Minayo, Polit, Beck e Hungler (2004) reforçam algumas características do delineamento qualitativo, enfatizando características como a flexibilidade e a elasticidade (ajustando-se ao que está sendo pesquisado); a busca pela “compreensão do todo”; o envolvimento intenso do pesquisador no campo de estudo; a “análise contínua dos dados”, a fim de formular estratégias no decorrer da pesquisa. Junto a isso, a proposta metodológica de Paulo Freire permitiu ir além do propósito investigativo, possibilitando uma intervenção e verdadeiras trocas dialógicas.

A inter-relação e constantes reflexões coletivas oportunizadas pelo método, fizeram com que novamente essa “estratégia de coleta de dados” fosse eleita. Durante o mestrado, no transcorrer da pesquisa “Promoção da autonomia da mulher na Saúde da Família”, aproximei-me dos pressupostos freireanos assim como desta metodologia dialógica e interativa, possibilitando no transcorrer do estudo uma nova reflexão tanto da pesquisadora como de todas as participantes imersas naquela proposta. Com isso, ao se perceber a riqueza e validação deste método, optou-se por esta estratégia metodológica. Destaco ainda a possibilidade deste aprendizado não apenas com o olhar de pesquisadora mas como de mediadora e intérprete dos temas emergentes, refletindo junto ao grupo novas perspectivas de promover saúde e relacioná-la aos Determinantes Sociais.

Com isso, justifico minha intencionalidade em aprofundar e desvendar este problema de pesquisa de forma a aproximar-me do campo em estudo.

### 3.2 TIPO DE PESQUISA

#### **Investigação**

Objetivando compreender a proposta metodológica deste estudo, procuro introduzir uma breve apresentação do mentor de tanta amorosidade e aprendizado.

O educador Paulo Reglus Neves Freire, conhecido no Brasil e no exterior apenas como Paulo Freire, nasceu no dia 19 de setembro de 1921, em Recife (PE), em uma casa do “Bairro Casa Amarelo” e faleceu com setenta e cinco anos, no dia 02 de maio de 1997 na cidade de São Paulo (SP). Filho de Joaquim Temístoles Freire, sargento do exército e de Edeltrudes Neves Freire, dona de casa, bordadeira (FREIRE, 2001).

Paulo Freire “começou a leitura da palavra” guiado por sua mãe a sombra de uma mangueira, utilizando gravetos como giz e o chão do quintal onde nasceu como quadro. Escrevia palavras próprias do seu cotidiano e de sua própria infância, as quais o preparavam para o posterior ingresso escolar formal.

Antes de concluir seus estudos universitários, casou-se, em 1944, com a professora primária Elza Maria Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos. Ainda nesse tempo, com o incentivo de Elza, tornou-se professor de língua portuguesa do Colégio Oswaldo Cruz, que o tinha acolhido na adolescência. Quanto ao seu curso universitário, formou-se em direito porém abandonou a advocacia após sua primeira causa e dedicou-se inteiramente as atividades educativas (HEIDEMANN, 2006).

Vivenciou diversas atividades educativas tanto em Pernambuco como na Paraíba, sendo convidado pelo então presidente João Goulart a expandir sua prática educativa por todo o Brasil. Em 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação ao defender a tese “Educação e atualidade brasileira”. Esta titularidade assegurou-lhe a nomeação de professor efetivo de Filosofia e História da Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Recife, tendo tomado posse em 1961 (FREIRE, 2001).

Porém, em 1964 com o golpe militar, foi preso por 75 dias e precisou se exilar, asilando-se primeiramente na Bolívia e posteriormente no Chile permanecendo, de novembro de 1964 até abril de 1969, período em que consolidou seu método de alfabetização (método Paulo Freire) e pensamento político pedagógico, concluindo sua obra mais importante, *Pedagogia do Oprimido*, publicada em 1970,



que teve influência direta nas formulações inglesas de *empowerment* (VASCONCELOS, 2003).

Sua primeira esposa Elza faleceu em outubro de 1986 e após um tempo solitário, casou-se novamente, com Ana Maria, a qual relata em uma biografia do educador, que ambos se conheciam “por quase todas as nossas vidas, desde 1937” (FREIRE, 2001). Depois de terem sido amigos na infância, reencontraram-se no curso de mestrado da Pontifícia Universidade Católica. Ela como aluna-orientanda e ele professor-orientador. Ambos foram muito mais que um casal, foram cúmplices em infinitas utopias e seguiram juntos a busca por melhores condições de vida, menores desigualdades e maiores oportunidades à todos (HEIDEMANN, 2006).

Paulo Freire foi um grande educador e embora com sua maneira única e elogiável de se viver/ pensar, sofreu influência do marxismo, do existencialismo, do personalismo e da fenomenologia (HEIDEMANN, 2006).

A Pedagogia do oprimido, que é sem dúvida sua obra mais importante, foi traduzida e vem sendo publicada em mais de vinte idiomas. Isso reforça a atualidade de seu pensamento, pois o problema da libertação dos oprimidos, continua se apresentando como o maior desafio dos homens que constroem o seu tempo e o seu espaço histórico (FREIRE, 2001).

Assim, Paulo Freire propôs uma educação de adultos que incitasse a colaboração, a decisão, a participação e a responsabilidade social e política. Explicitava o seu respeito ao conhecimento popular, ao senso comum. Falava em educação social, sublinhando a necessidade do aluno em conhecer, além de a si próprio, conhecer também os problemas sociais que o afligiam. Discorria da necessidade de se estimular o povo a participar do seu processo de emersão na vida pública engajando-se no todo social (GADOTTI, 2003). Com isso, “esta natureza política da educação, antes mesmo que sua especificidade pedagógica, técnica e didática, tem sido o cerne da preocupação freireana tanto em suas reflexões teóricas quanto na sua práxis educativa” (FREIRE, 2001, p. 37).

### **O pensamento freireano...**

Como a proposta metodológica deste estudo foi o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, destaco alguns princípios norteadores da trajetória de vida do educador.

Paulo Freire utiliza em suas obras e pensamentos conceitos relacionados ao homem em sociedade, ao diálogo, a cultura, conscientização, ao ser social/ político, a transformação, a práxis, opressor-oprimido, educação bancária/ educação libertadora, emancipação e tem como princípios a amorosidade, a dialogicidade, a escuta atenta, o respeito ao outro, o altruísmo, a construção bilateral do conhecimento, a horizontalidade, a autonomia e consequente empoderamento tanto individual quanto dos coletivos.

O Itinerário de Pesquisa Freireano acontece no transcorrer dos Círculos de Cultura<sup>9</sup>, espaço esse aberto as diferentes trocas e saberes e fortalecido pelo respeito e ética entre os participantes. Mediante o processo de ação–reflexão–ação, todos avançam e se “despedem” diferentes de como ingressam.

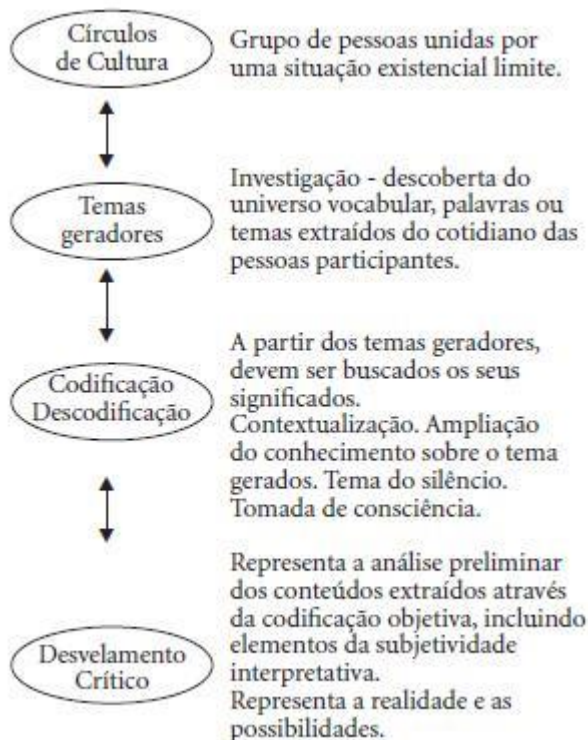
Assim, de maneira esquemática pode-se dizer que o “Método Paulo Freire” consiste de três momentos dialéticos: **investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação (ou descodificação) e problematização ou desvelamento crítico (redução temática)**. Propõe uma sequência de passos, que vão se inter-relacionando, em um movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida nos encontros do Círculo de Cultura (HEIDEMANN, 2006; CUNHA, 2010; FREIRE 2009).

Ainda, para uma melhor visualização da proposta freireana, o Esquema do Itinerário de Pesquisa foi apresentado Heidemann, Wosny e Boehs (2014) em uma adaptação de Saupe (1999), demonstrado conforme Figura 2:

---

<sup>9</sup>O círculo de cultura no método Freireano, revive a vida em profundidade crítica. A consciência emerge dos cotidianos compartilhados, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o e o reinventa. Todos juntos, em círculo, e em colaboração, reelaboram o mundo e, ao reconstruí-lo, apercebem-se de que, embora construído igualmente por eles, esse mundo não os humaniza. As mãos que o fazem, não são a que o dominam. Destinado a libertá-los como sujeito escraviza-os como objetos. Não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciência” (FREIRE, 2009).

Figura 2 - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.



Fonte: adaptado de Saupe por Heidemann, Wosny e Boehs (2014).

No próximo item procurarei descrever estes passos, buscando interligar essa trajetória ao estudo proposto nesta tese.

### **Itinerário de Pesquisa**

Ao me propor compreender como os Determinantes Sociais estão relacionados à Promoção da Saúde das mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba / SC, pensei em tornar essa pesquisa mais dialógica e próxima a proposta de que me disponho neste estudo. Com isso, utilizei a metodologia de Paulo Freire, a qual se fortalece como uma estratégia de educação libertadora e rigorosa.

Ratifico meu pensamento já destacado durante o mestrado da oportunidade instigante de ao trabalhar com o Itinerário de Paulo Freire poder, além da pesquisa, ofertar ao participante a possibilidade de uma

nova reflexão pertinente a suas condições de vida e, ainda, um novo olhar perante as adversidades e obstáculos que a vida propõe, tornando a pesquisa um ato de troca e ensino mútuo (DURAND, 2012).

Para as discussões seguirei os passos, propostos por Freire em seu Itinerário de Pesquisa:

Na **Investigação Temática** acontece, através do diálogo entre os participantes e mediadores da pesquisa, o levantamento dos temas/assuntos que irão nortear a caminhada junto aos participantes. Certamente são questões voltadas a realidade e as necessidades concretas dessa “população” que compõem os temas geradores a serem trabalhados. Heidemann (2006) ainda reforça que a seleção dos temas geradores provoca a problematização que incidirá à ação.

Segundo Freire (2001), a eficácia e validade do “Método” consistem em partir da realidade dos participantes, do que ele já conhece e demonstra interesse em apreender, dos fatos de sua vida cotidiana, de suas condições existenciais, “respeitando o senso comum e dele partindo, Freire propõe a sua superação” (p. 39).

Frente a isso, o primeiro contato com os participantes do estudo exige do pesquisador um desprendimento de seus conceitos e preconceitos sobre os sujeitos. O pesquisador precisa ser acessível ao diálogo (BUSANA, 2014). Os temas geradores caracterizam-se por palavras, frases, expressões, associados ao saber existencial dos participantes. Quando emerge um tema gerador, emerge com ele o pensamento do participante em relação a sua realidade, constituindo um objeto de conhecimento de determinado tempo e espaço da história (FREIRE, 2006; HEIDEMANN, 2006).

O “Método” obedece às normas metodológicas, mas vai além delas, porque desafia os homens que o vivenciam a se apropriarem verdadeiramente de suas experiências e a se politizarem, tendo uma visão de totalidade da vida e do mundo (FREIRE, 2001).

Os “temas geradores” geram discussões, debates devendo ter coerência e significado para o contexto dos participantes. Por meio dos “temas geradores” problematiza-se e analisa-se a realidade social e participativa. As palavras geradoras são extraídas da dinâmica cotidiana das mesmas (BUSANA, 2014).

A Codificação e Descodificação constituem etapas indissociáveis. A **Codificação**, segunda etapa do “Itinerário de Pesquisa”, consiste na codificação dos temas geradores através do diálogo. Os participantes vão substituindo visões mágicas e sonhadoras do dia a dia e criando um olhar crítico e consciente da realidade. Passam, ainda, a refletir sobre as situações nos quais estão imersos e procuram entender uma nova

maneira de se perceber (e vivenciar) a realidade. Expressa imagens das situações existenciais, fundamentais para que o diálogo possa surgir naturalmente de acordo o interesse dos participantes (FREIRE, 2009).

A **Descodificação** é a análise da situação vivida, um momento dialético em que os participantes passam a refletir sobre sua ação, questionar sobre as situações que vivenciaram, mas não admiravam, não tinham percepção da realidade vivida. Para isso, os temas geradores são debatidos e refletidos pela roda, no intuito de se compreender o real (e muitas vezes inconsciente) significado dos mesmos para o grupo. Implica em intensa prática dialógica com profunda investigação da origem das situações existenciais dos participantes. Nesta etapa, refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo (FREIRE, 2009; HEIDEMANN, 2006).

Cabe ressaltar que o Itinerário de pesquisa proposto por Freire, sugere uma teia de passos que não são lineares, mas que vão se inter-relacionando, em constante processo de construção (FREIRE, 2009; HEIDEMANN, 2006, DURAND, 2012).

O **Desvelamento Crítico** também denominado Fase da Problematização ou ainda da Redução Temática é o momento da construção do conhecimento através do revelar de conceitos emergentes do micro para o macro, do individual para o coletivo. A realidade passa a ser compreendida pelos participantes, os quais passam a refletir frente as suas vivências e experiências, percebendo com isso suas potencialidades e seus limites. Representa a tomada de consciência, onde a situação vivenciada e compartilhada na fase da codificação é problematizada e descodificada, sendo vista de um novo olhar. Com isso, o que anteriormente era desconhecido e obscuro passa a ser conhecido, desvelado e analisado criticamente. Nesse momento deflagra-se o processo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2006; HEIDEMANN, 2006; WIGGERS, 2010, DURAND, 2012).

Importante ainda recordar o destaque feito por Silva Filho et al (2016) ao reforçar o papel do mediador em auxiliar os participantes através do diálogo a buscarem caminhos para uma ação construtiva, “desenvolvendo a consciência crítica, incentivando as pessoas a examinarem todas as questões e a tirarem suas próprias conclusões” (p. 149).

Figura 3 - Esquema do Itinerário de Pesquisa representado em Cores



Fonte: a autora (2016).

A figura acima demonstra através de cores a roda em movimento. A simbologia do rosa, representada na Investigação Temática representa a ingenuidade no transcorrer do levantamento dos temas geradores. O lilás da codificação temática, ainda em um momento de magia, passando ao cinza com o exercício da descodificação, onde se deflagra o exercício de um olhar crítico e reflexivo. O verde no Desvelamento Crítico simboliza a liberdade de pensamento proporcionada pelos encontros dialógicos culminando na tomada de consciência, representada pelo amarelo ao remeter a luz e conhecimento. Percebe-se ainda que no interior do círculo (o qual segue em aberto ao proporcionar transição e movimento), transita o vermelho como símbolo de energia, paixão e provocação, representando as constantes problematizações dialógicas proporcionadas pelos encontros e concatenadas no processo contínuo de ação-reflexão-ação.

### 3.3 CONTEXTO DO ESTUDO: O ESPAÇO DO CÍRCULO DIALÓGICO

A pesquisa foi realizada na Comunidade Quilombola denominada Morro do Fortunato, município de Garopaba, estado de Santa Catarina.

Garopaba está localizada no litoral sul do estado de Santa Catarina, há uma distância de 90 km da capital catarinense. Possui uma população estimada de 18.138 habitantes (IBGE, 2010), onde 15,5 % moradores vivem na zona rural e 84,5% na zona urbana.

O primeiro povoado surgiu em 1.666, composto de imigrantes açorianos. Foram os tupi-guaranis os primeiros habitantes de Garopaba que deram o nome à cidade. Este nome vem grafado – garopapaba – na carta Turin em 1523, ou assim: ygá, upaba, guarupeba. Que significa a enseada de barcos, do descanso ou ainda o lugar abençoado (GAROPABA, 2016).

As principais atividades econômicas do município são respectivamente o turismo, a construção civil e a pesca artesanal (principalmente a de tainha e anchova).

O desemprego acentua-se na baixa temporada e nas entressafas da pesca. Segundo o site da prefeitura municipal, somente 23% da população de Garopaba possuem vínculo empregatício, enquanto que 77% exercem sua profissão como autônomo ou está desempregado (GAROPABA, 2016).

No litoral de Santa Catarina, município de Garopaba, existe, há mais de cem anos, uma comunidade remanescente de quilombo denominada ‘Família do Fortunato’, na localidade conhecida como Morro do Fortunato, no bairro de Macacú. Como pode ser percebido na figura 4, o bairro Macacú é composto pela Costa (onde está localizada a Lagoa do Macacú) e o Morro, onde está a comunidade deste estudo.

Figura 4 - Bairro do Macacú no mapa de Garopaba



Fonte: Mapa On line de Garopaba, 2016.

Obs: Números representam as praias distribuídas no litoral do município.

O Morro do Fortunato tem uma dimensão média de 3 hectares de terra, em uma altitude compreendida entre 252 e 430 metros sobre o nível do mar. Localizado há 8 km do centro de Garopaba. É preciso percorrer um trajeto sinuoso e arenoso de estrada de chão, perpassando as dunas e parte da Lagoa do Macacú. O trajeto mais fácil localiza-se na chegada da comunidade, a qual está situada em uma altura mediana do morro e é bastante íngreme e distante, porém, está asfaltada.

Figura 5 - Centro Experimental em Sustentabilidade (SES) Garopaba



Fonte: Centro Experimental em Sustentabilidade de Garopaba, 2016.



Nesta comunidade, vivem cerca de 180 moradores, uma média de 31 famílias segundo a informação verbal de uma moradora, todos descendentes do escravo Fortunato, que foi filho de uma escrava e de um senhor dono de terras na região de Garopaba. Esse senhor reconheceu Fortunato como filho legítimo e de herança deixou-lhes as terras hoje chamadas Morro do Fortunato. Fortunato viveu no local por muitos anos, constituiu família, da qual descendem os moradores que habitam no local. Por se tratar de herança direta, a comunidade quilombola Morro do Fortunato é uma das poucas legalizadas do Brasil (DIÁRIO CATARINENSE, 2016).

Figura 6 - Chegada, Saída e Estada no Morro do Fortunato



Fonte e montagem: da própria autora somado a uma imagem do documentário realizado pelo “Notícia em Foco”.

Atualmente, a economia é baseada na agricultura familiar. No início do povoamento da comunidade, a atividade principal era de produção do café, comercializado pelos remanescentes nas cidades próximas e em Garopaba. Com a diminuição da produção do café, mudou-se para a produção de banana que continua até hoje em menor quantidade (DIÁRIO CATARINENSE, 2016).

Algumas das participantes do estudo têm a sua renda baseada na comercialização de hortaliças plantadas e cultivadas organicamente na horta comunitária. Este local é preservado por duas ou três famílias as quais tiram parte do seu sustento junto a produção destes alimentos.

Outras têm a sua renda baseada na produção e comercialização de geléias e bolachas. Ainda a maioria delas produzem artesanatos como bordados em tecido, cuja matéria prima é subsidiada pela prefeitura e a comercialização é realizada em feiras e eventos regionais.

Referente as instituições públicas localizadas no Morro do Fortunato, existe apenas a Sede da Associação construída com recursos próprios da comunidade. É neste local onde os grupos se encontram, as missas acontecem assim como a comunidade é atendida uma vez por semana pelo médico.

Na Costa (na descida do Morro), localizada também no Bairro do Macacú, está situada a escola e um mini-mercado. A Unidade de Saúde que tem essa população em sua área adstrita, fica mais adiante e, conforme relatos das participantes, tem um restrito contato com a comunidade em estudo.

Equipamentos sociais como praças e/ou outras áreas de lazer existe apenas a Sede da Associação, limitando a participação comunitária à prática de atividades físicas e/ ou lazer comunitário. Embora a comunidade receba a visita e a parceria de algumas instituições não-governamentais (como professor de capoeira para as crianças uma vez por semana).

Referente aos meios de comunicação, grande parte dos domiílios tem televisão, rádio e acesso a internet. O alcance das antenas de telefonia celular é ainda restrito.

O transporte público chega até o local em três diferentes horários (início da manhã, meio-dia e final da tarde), sendo diversas vezes necessário a utilização de transporte particular para o deslocamento ou, deambular cerca de 200 metros até a Costa onde tem um ponto de ônibus mais próximo.

#### 3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO: A FORMAÇÃO DO CÍRCULO DIALÓGICO

Nesta comunidade acontece semanalmente (nas quartas-feiras) o grupo de mulheres com uma média de 12 participantes. Estes encontros oportunizaram a realização dos Círculos de Cultura para o desenvolvimento desta pesquisa bem como agregar aos interesses das participantes. Destaca-se ainda que outras mulheres também moradoras desta comunidade foram convidadas a participarem da pesquisa.

Os encontros nos Círculos de Cultura tiveram a participação de dez mulheres quilombolas com idade entre 24 e 54 anos, moradoras da Comunidade Quilombola Morro do Fortunato que possuíam interesse

em discutir e refletir sobre a relação dos Determinantes Sociais em seus cotidianos e a Promoção da Saúde dos atores envolvidos. Não foram incluídas nesta pesquisa mulheres que residem em outras comunidades quilombolas adjacentes.

Quanto ao estado civil, escolaridade, profissão e tempo de moradia no Morro, no quadro abaixo apresento os dados individualmente. Destaco ainda que para a garantia do anonimato e de acordo com os preceitos éticos da pesquisa trocamos os nomes das participantes, identificando-as com codinomes por elas aleatoriamente eleitos e nos quais serão mantidos durante todos os momentos em que irei mencioná-las.

Quadro I – Mulheres participantes do Círculo de Cultura na Comunidade Quilombola Morro do Fortunato/ 2016.

<b>Mulheres</b>	<b>Idade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Gerações</b>	<b>Tempo de Moradia no Morro</b>
Vermelha	54	Do Lar	Não estudou	Católica	Solteira	Não tem filhos	Toda vida
Flor	40	Serviços Gerais	Ensino Fundamental	Católica	Casada	03 filhos	17 anos
Cheirosa	42	Do lar/ horta	Ensino Fundamental	Evangélica	Casada	02 filhos	25 anos
Violeta	38	Do Lar	Ensino Fundamental	Todo tipo de religião	Casada	02 filhos	Toda vida
Amizade	24	Balconista	Ensino Médio (EJA), finalizando esse ano	Católica	Casada	01 filho	05 anos
Apaixonada	45	Doceira	Ensino Médio	Católica	Solteira	Não tem filhos	Toda vida
Batalhadora	49	Doceira	Ensino Médio	Católica	Divorciada	02 filhos	Toda vida
Morgana	36	Artesã	Ensino Médio	Wiika, Celta	Casada	01 filho	06 meses
Querida	40	Do lar e doceira	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	04 Filhos	Toda vida
Amorosa	27	Do lar	Ensino Fundamental	Católica	Casada	03 Filhos	26 anos

Fonte: Círculos de Cultura realizados na Comunidade Quilombola Morro do Fortunato/ 2016.

## **Mulheres em grupo... O grupo de mulheres**

O grupo de mulheres da comunidade quilombola Morro do Fortunato se reúne há 8 anos e tem a participação de 12 mulheres, todas pertencentes à comunidade. Tem como princípio a realização de atividades manuais as quais recebem o auxílio da secretaria de serviço social do município. Nele, todas realizam atividades manuais e trabalham suas habilidades, produzindo desde maravilhosos tapetes e bordados até enxovais de bebê.

Os encontros são mediados por uma coordenadora pertencente a comunidade porém as decisões são realizadas de forma coletiva e com a participação de todas. É um grupo autônomo e alegre. Exercitam entre elas a parceria mútua, a valorização do trabalho coletivo e principalmente a possibilidade do aprendizado e valorização interpessoal, possibilitando a todas exercer suas habilidades e com isso gerar renda.

Encontram-se semanalmente e arrecadam um valor mensal pequeno para que possam utilizar em alguma comemoração e/ou para alguma necessidade.

### **3.5 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO**

Importante relatar as adversidades enfrentadas para se iniciar a pesquisa assim como a forma como tudo se desenrolou.

Inicialmente a intenção e o primeiro contato foi junto a uma comunidade quilombola urbana residente no município de Florianópolis/SC. No início de 2015 realizamos as primeiras aproximações e recebemos o aceite verbal da presidente da associação para que desenvolvêssemos os encontros junto a essa comunidade. No transcorrer do ano mantivemos contato e após a qualificação do projeto de tese buscou-se o termo de aceite para a submissão ao comitê de ética. No entanto, inúmeros obstáculos de ordem burocrática ocorreram junto à essa associação, nos quais culminaram com a necessidade de se buscar uma nova comunidade quilombola para que pudéssemos estabelecer uma aproximação e efetivamente realizar o estudo.

Em dezembro de 2015, após alguns contatos na intenção de encontrar uma nova comunidade para realizar a pesquisa, conhecemos uma professora do município de São José a qual trabalha com as comunidades quilombolas do estado de Santa Catarina. Posterior a apresentação da proposta de pesquisa, essa professora nos indicou a comunidade quilombola de Garopaba a qual, segundo ela, se destaca

como uma população receptiva e que nos forneceria o aceite para a efetivação deste estudo. Assim, no final de janeiro de 2016 realizamos o primeiro contato com a comunidade Morro do Fortunato através de um receptivo diálogo com a presidente da associação, onde apresentamos a proposta a ser estudada e a metodologia na qual pretendíamos trabalhar. Neste momento firmamos a realização do estudo e então encaminhou-se o projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para obtenção do parecer substanciado.

### 3.6 INVESTIGANDO OS TEMAS NOS CÍRCULOS DIALÓGICOS

O processo de investigação e desvelamento dos temas foi baseado no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que prevê o projeto analítico em conjunto com as participantes, subsidiado com o Referencial Teórico da Promoção da Saúde aliado aos Determinantes Sociais da Saúde. Por ser uma pesquisa de cunho participativo, a análise dos temas aconteceu junto ao que foi construído nos Círculos de Cultura.

A investigação dos temas ocorreu no desenrolar de 6 encontros dos Círculos de Cultura no período de abril a junho de 2016. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas da investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico. Os encontros aconteceram junto ao “grupo de mulheres” no qual se reúne há mais ou menos oito anos. Os encontros acontecem na Sede da Associação (Figura 5) e são realizados semanalmente porém por algum motivo inerente ao grupo pode ser reagendado e/ ou cancelado. Pactuamos na roda que os encontros relacionados a pesquisa seriam a partir das 13h30 até às 15h30 para que o restante da tarde ficasse disponível para que as mulheres seguissem seus trabalhos manuais.

No primeiro encontro junto com a auxiliar de pesquisa foram apresentados a proposta e os objetivos da pesquisa. Explanou-se a metodologia de trabalho, os Círculos de Cultura e seus passos de intervenção. Ao trabalhar com o diálogo, pode-se intervir junto a realidade e permite aos participantes ter um retorno e aprendizado no decorrer da pesquisa<sup>10</sup>.

Com isso, foi proposta uma roda de apresentação e salientado a importância de cada uma na construção dessa proposta. No final foi lido

---

<sup>10</sup> Paulo Freire propõe a troca, afirmando que ninguém sabe mais que ninguém. Todos compartilhamos conhecimento... E a proposta é estarmos trocando...

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado e entregue uma cópia para cada uma das participantes.

Todos os encontros ocorreram de maneira harmoniosa e participativa. Em alguns momentos o gravador parecia inibir a espontaneidade das participantes mas logo no imergir das conversas o mesmo ficava esquecido. O ambiente foi disposto em roda e em todos os momentos proposto a participação e inserção de todas, embora sendo necessária a observação além da palavra dita, pois nem todas sentiam-se a todo momento a vontade e encorajadas a falar.

Entre o primeiro e o segundo encontro de Cículos de Cultura teve um intervalo de três semanas devido a necessidade e impossibilidade de alguns membros do grupo em comparecerem. No segundo encontro precisamos repactuar e planejar as datas e horários e assim acordamos duas horas antes dos trabalhos manuais das participantes. Observou-se já neste dia a acolhida do grupo e o interesse no estudo. Neste segundo momento realizamos ainda o preenchimento do formulário socioeconômico individual (APÊNDICE B) com objetivo de reconhecê-las e compreender sua forma de pensar saúde e o viver quilombola (de forma individual), complementando assim a pesquisa.

Figura 7 - Sede da Associação do Morro do Fortunato



Fonte: registro digital da autora (2016)





temático. Foram apresentados na forma de tarjetas as quais foram expostas para o grupo de mulheres e solicitado que cada uma delas elegeisse uma de seu maior interesse (Quadro II).

Quadro II – Temas Geradores traduzidos durante o levantamento temático

ESCRavidãO/ SOFRIMENTO/ DOR	EDUCAÇÃO/ FUTURO	ACESSO/ TRANSPORTE	MULHER QUILOMBOLA	EDUCAÇÃO AMBIENTAL
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	TRABALHO/ EMPREGO/ DESEMPREGO	TRABALHO INFANTIL	REFÚGIO / FUGINDO DA POBREZA	LAZER/ FELICIDADE
VIOLÊNCIA: LUTA TRABALHISTA/ BRIGA/ GUERRA/ VIOLÊNCIA	AMIZADE/ AMIGOS	SISTEMAS DE SAÚDE/ SALVANDO VIDAS	ESPORTES/ MULHERES NO ESPORTE	SANEAMENTO BÁSICO
SER GUERREIRA	RACISMO	AMOR/ FAMÍLIA	PRECONCEITO	SAÚDE

Fonte: a autora

Os vinte primeiros temas levantados foram reduzidos a oito que foram apresentados novamente ao grupo e estão apresentados no quadro abaixo:

Quadro III – Temas Geradores “reduzidos” durante a codificação e descodificação

mulheres quilombolas	lazer/ felicidade	saúde	amor/ familia
dificuldade de acesso/ transporte	educação/ futuro	racismo	ser guerreira

Fonte: a autora

Posterior a seleção das tarjetas de interesse das mulheres, os temas geradores foram reduzidos a oito os quais foram trabalhados em dois diferentes grupos. A proposta foi que cada grupo de participantes mediados pela pesquisadora e/ ou a auxiliar de pesquisa discutissem os temas selecionados por elas para que depois no grande grupo esses fossem descodificados.

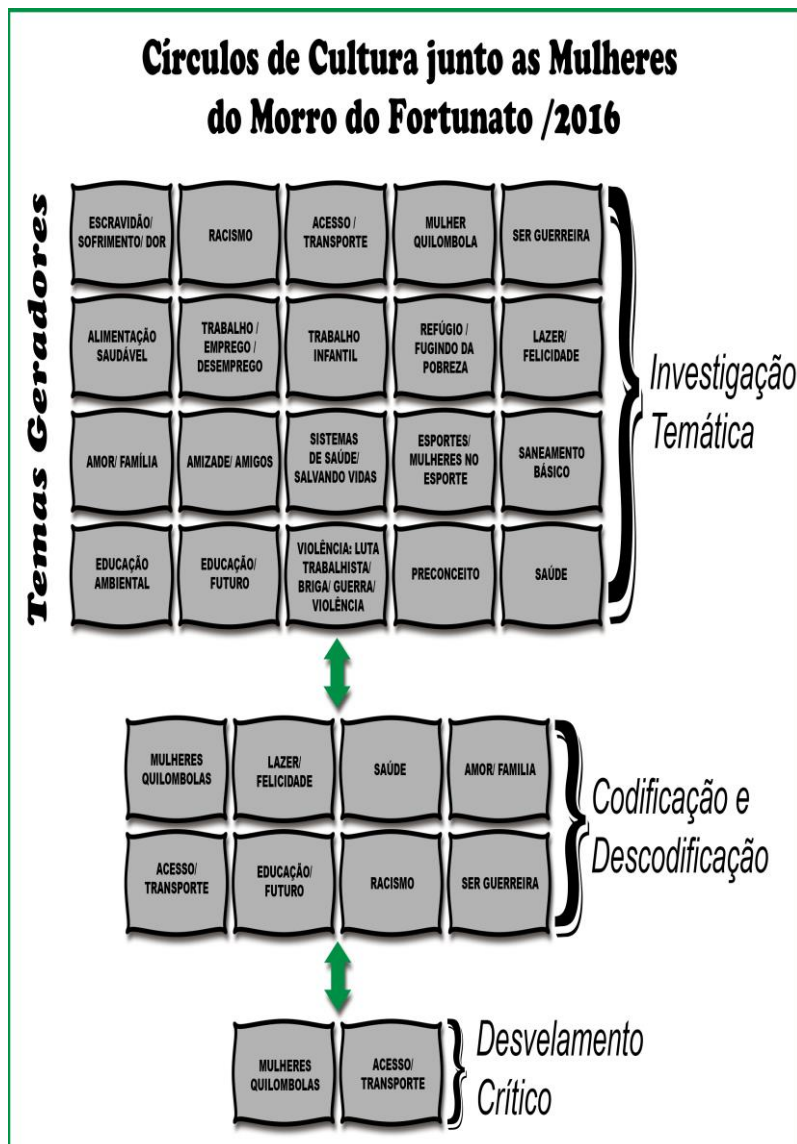
Destaca-se que nessa descodificação fez-se necessário um maior aprofundamento de dois temas geradores que foram descodificados como transversais aos demais: os temas “saúde” e “mulheres quilombolas”.

No quinto encontro seguimos os passos do Itinerário Freireano e descodificamos ainda alguns temas que careciam de uma maior reflexão e discussão, para que alcançássemos um efetivo desvelamento. Para o aprofundamento dos temas geradores “saúde” e “mulheres quilombolas” foi trabalhada a dissertação “Nascidos na fortuna – O grupo do Fortunato – Identidades e relações interétnicas entre descendentes de africanos e europeus no litoral catarinense”, elaborada em 1994 pela então mestrandia Miriam Furtado Hartung concatenada ao “ser quilombola no Morro do Fortunato”. A partir desse trabalho foram discutidas suas origens, história e cultura, fazendo relação entre os moradores do morro e os moradores do vale, permeando a questão da negritude e a intervenção da religião no cotidiano das mulheres quilombolas.

### **Desvelamento Crítico**

No sexto encontro ocorreu o Desvelamento Crítico, onde buscou-se um olhar crítico referente a saúde (de forma ampliada/ DSS) das mulheres quilombolas. Destaca-se que o tema mais emergente e assim, necessariamente, mais profundamente explorado foram as temáticas relacionadas ao “ser mulher quilombola” e suas interlocuções, com destaque ao restrito acesso a saúde e suas relações (ou não) com os DSS.

Figura 9 - Representação gráfica dos temas geradores levantados, codificados/ decodificados e desvelados no transcorrer dos Círculos de Cultura/ 2016



Fonte: Círculos de Cultura junto as Mulheres Quilombolas do Morro do Fortunato/ 2016.

Importante ainda ressaltar que essa pesquisa foi conduzida de forma linear e participativa. Buscou-se explorar de forma expressiva as diferentes participações de cada membro e valorizar a riqueza in loco, o cuidado mútuo e as diversas formas de aprender e apreender. Ratifica-se a importância do estar aberto ao novo e as diversas formas de se pensar e se construir saúde.

### 3.8 REGISTRO DOS TEMAS

Os temas foram registrados através de caderno de campo onde foram inseridas as observações e informações apreendidas no transcorrer da vivência junto às participantes assim como o uso de gravadores de áudio utilizados após o consentimento das mesmas. Os dados coletados foram gravados e transcritos pela pesquisadora que utilizou uma transcrição direcionada<sup>11</sup>. Ressalva-se ainda o apoio de duas auxiliares de pesquisa que auxiliaram durante todo o processo junto aos registros, aplicação do instrumento sociodemográfico assim como na mediação dos Círculos Dialógicos.

### 3.9 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA

Ao elaborar este tópico, algumas indagações permitiram refletir sobre a ética na pesquisa com seres humanos. Perguntei-me em silêncio das verdadeiras necessidades das pesquisas que muitas vezes realizamos sem conhecimento in loco ou ainda mergulhados em necessidades acadêmicas e/ou pessoais. Corroborando com o pensamento de Padilha et al. (2005), ao afirmarem que o tema da ética em pesquisa precisa ser objeto de permanente reflexão e crítica, questionando condutas do pesquisador frente aos sujeitos assim como o respeito em manter a resposta dos clientes sem alterá-las e ainda, a certeza de que houve compreensão por parte do sujeito frente ao significado do termo de consentimento assinado. “Se todo cuidado é necessário para evitar problemas que tiram o mérito científico de um trabalho, também o é pelo caráter coletivo, cooperativo e solidário da ciência e de seu compromisso social” (PADILHA et al, 2005, p. 104).

---

<sup>11</sup> Transcrição embasada na pergunta de pesquisa assim como nos objetivos do estudo. Exige do pesquisador uma escuta atenta e direcionada, possibilitando com isso eliminar dados não necessários nem relacionados à pesquisa em andamento.

Com isso, penso ser importante ratificar que o conteúdo desta pesquisa tem o compromisso pela ética e respeito pelos seres humanos envolvidos, baseando-se na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Este estudo, após aprovado pela banca de qualificação, foi submetido à apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, por meio da Plataforma Brasil e aprovado pelo CEPSH/UFSC com o CAAE 53143216.6.0000.0121 em 28/03/2016 (ANEXO A). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente lido, esclarecido e assinado pelas participantes e somado ao comportamento ético intrínseco em minhas ações, deu-se início ao trabalho de campo (APÊNDICE A).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de quatro manuscritos no intuito de atender a exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O primeiro manuscrito, intitulado “Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura” consiste em uma revisão integrativa da literatura junto a estudos nacionais e internacionais que abordam a saúde das mulheres quilombolas dentro de um intervalo temporal de dez anos.

A trajetória do estudo desde a primeira aproximação com o campo até o desvelar das temáticas significativas eleitas pelo grupo é contado por meio do Itinerário de Pesquisa no segundo manuscrito intitulado “Mulheres quilombolas e o Método Paulo Freire”.

O terceiro manuscrito denominado “Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola: desvelando a Promoção da Saúde” aborda a temática mulheres quilombolas e a relação com os Determinantes Sociais presentes na realidade das participantes.

Por fim, o quarto manuscrito, “O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em Saúde”, discute a temática do acesso investigado primeiramente na perspectiva de transporte/mobilidade urbana e desvelado em duas outras dimensões: o acesso a informação em saúde e o racismo e a relação com os profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas.

A conexão entre os quatro manuscritos possibilitou compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde das mulheres quilombolas da comunidade Morro do Fortunato, Garopaba/SC.

O material produzido como resultado desta tese, após apreciação pela banca examinadora, será submetido para avaliação a fim de publicação em periódicos científicos da área da saúde.

## 4.1 MANUSCRITO 1

### **Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura<sup>1</sup>**

#### **Resumo**

**Objetivo:** realizar um mapeamento na literatura sobre os estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas. **Método:** revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa, realizada em três bases de dados, com a utilização da combinação dos descritores: Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Mulheres, Saúde, num intervalo temporal de 10 anos. A análise dos dados seguiu a modalidade de análise temática. **Resultados:** emergiram 66 artigos, sendo incluídos 58 para análise e discussão. A partir disto, formou-se eixos temáticos, sendo que destes 25 estavam relacionadas as doenças das mulheres quilombolas e com limitada discussão da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais. Os outros 33 artigos relacionavam-se a contextualização histórica e social dos quilombos, Atenção Primária à Saúde, iniquidade social e violência, racismo e discriminação e acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde. **Conclusões:** Identificou-se limitações frente a determinação social com foco em pesquisas de cunho biológico e com ênfase na doença, destacando a necessidade imperiosa de estudos voltados a Promoção da Saúde desta população.

**Palavras-chave:** Comunidades, Determinantes Sociais da Saúde, Mulheres.

### **Health of quilombolas women: dialog with the literature**

#### **Abstract**

**Objective:** To carry out a mapping in the literature on studies addressing the health of quilombolas women. **Method:** integrative review of literature of qualitative approach, held in three databases, using the combination of the descriptors: african continental ancestry group, women, health, in a time interval of 10 years. Data analysis followed the modality of thematic analysis. **Results:** 66 articles

---

<sup>1</sup> Parte integrante da tese – “Promoção da Saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais”, apresentada ao PEN/UFSC, 2016.



emerged, being included 58 for analysis and discussion. From this, it formed themes, and from these 25 were related diseases of the quilombo women and limited discussion of health promotion and social determinants. The other 33 articles were related to the historical and social context of the quilombos, Primary Health Care, social inequity and violence, racism and discrimination and access of quilombos women to health services. **Conclusions:** We identified limitations front the social determination with focus on research of biological nature and an emphasis on disease, highlighting the necessity of studies regarding at promoting the health of this population.

**Key words:** community, social determinants of health, woman

### **Salud de las mujeres quilombolas: diálogo con la literatura**

#### **Resumen**

**Objetivo:** realizar un levantamiento en la literatura sobre los estudios que abordan la salud de las mujeres quilombolas. **Método:** revisión integrativa de literatura de abordaje cualitativo, realizada en tres bases de datos, con la utilización de combinación de las siguientes palabras clave: Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Mujeres, Salud, en un intervalo temporal de 10 años. El análisis de los datos ha seguido la modalidad de análisis temático. **Resultados:** han surgido 66 artículos, de los cuales 58 se ha analizado y discutido. A partir de esto, se ha formado ejes temáticos, de los cuales 25 artículos presentan relación con enfermedades de las mujeres quilombolas y con limitada discusión de la Promoción de la Salud y de los Determinantes Sociales. Los otros 33 artículos presentan relación con la contextualización histórica y social de los quilombos, Atención Primaria a la Salud, iniquidad social y violencia, racismo y discriminación y acceso de las mujeres quilombolas a los servicios de salud. **Conclusiones:** Se identificó limitaciones frente a la determinación social con foco en investigaciones de carácter biológico y con énfasis en la enfermedad, destacando la necesidad imperiosa de estudios volcados a la Promoción de la Salud de esta población.

**Palabras clave:** Comunidades, Determinantes Sociales de la Salud, Mujeres.

## **Introdução**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra definiu o conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados para a melhoria das condições de saúde dessa população. Abarcou ações de cuidado e atenção à saúde, assim como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013).

No conjunto da população negra brasileira, é possível identificar que o grupo das comunidades quilombolas parece ainda mais negligenciado. Quase sempre localizadas em áreas rurais, essas comunidades, originalmente constituídas por descendentes de escravos, sobreviveram à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural (OLIVEIRA, 2014; SEPPPIR, 2014).

A escassa literatura na área da saúde sobre as comunidades quilombolas destaca também a invisibilidade dessas comunidades aos olhos da academia. Existem poucos estudos que abordam a questão da saúde das comunidades negras ou, mais especificamente, as quilombolas. Alguns estudos limitam-se a comunidades isoladas e não permitem a generalização de dados. Destaca-se ainda que esse grupo segue marcado por processos de discriminação e exclusão, e que muitos dos indicadores de saúde ainda estão distantes dos valores eticamente aceitáveis (OLIVEIRA et al, 2014).

As comunidades quilombolas se caracterizam por particularidades étnicas que as diferenciam do restante da sociedade. Historicamente, esse grupo esteve à margem dos benefícios sociais governamentais por diversos anos. Seu reconhecimento oficial, com a outorga de direitos plenos de cidadania somente ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988, e políticas especiais de assistência social e saúde para esse grupo só foram implantadas mais tardiamente (BRASIL, 2010).

Em síntese, observa-se ainda um conjunto de carências e fragilidades que apontam para um histórico de abandono das comunidades quilombolas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010), que propõe ações transversais, no Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir a efetivação do direito à saúde da população negra em relação à promoção, à prevenção e ao tratamento dos agravos de saúde, parece ainda não ter se materializado.

Com isso, se perpetuam os entraves de acesso, a ausência de vínculos e responsabilização por parte dos profissionais de saúde. As questões apontadas são graves e ensejam a inserção de aspectos éticos na discussão das políticas específicas às comunidades quilombolas, buscando-se, inclusive, dar voz aos sujeitos envolvidos (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Parece necessário, portanto, repensar a atenção à saúde para as comunidades quilombolas, considerando as suas particularidades, o contexto de localização predominantemente rural, as peculiaridades culturais, de acesso aos bens de consumo duráveis e serviços públicos, de oportunidades sociais, além das características epidemiológicas. Processos inclusivos e estratégias mais efetivas de promoção da equidade são imperativos para reduzir os danos recorrentes que o racismo institucional tem lançado às comunidades quilombolas (OLIVEIRA et al, 2014).

O papel da posição socioeconômica nestes desigualdades raciais também tem recebido pouca atenção. Dado que as mulheres negras em muitos países encontram-se desproporcionalmente em desvantagem na hierarquia social, é plausível atribuir essas disparidades, pelo menos em parte, as desigualdades socioeconômicas ao longo da vida <sup>6</sup>.

Assim, ao refletirmos sobre os aspectos citados e pensarmos sobre a relevância desta temática, temos a seguinte **questão norteadora**:

Qual a produção do conhecimento nas bases de dados frente a saúde das mulheres quilombolas no período de 2006 à 2015?

Para responder a questão norteadora, propõe-se como objetivo geral:

Realizar um mapeamento junto a literatura, dos estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas.

## **Metodologia**

A estratégia metodológica adotada para o alcance do objetivo deste estudo foi a revisão integrativa da literatura, que tem o propósito de reunir e resumir resultados de estudos acerca de uma questão ou tema específico, de forma sistemática e ordenada, com vistas a contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A análise dos trabalhos seguiu as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem

extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; interpretação e discussão dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo sobre a saúde das mulheres quilombolas, foram realizadas buscas de literatura científica nas seguintes bases de dados on-line/portais de pesquisa: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Os descritores e expressões utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: \*"Grupo com Ancestrais do Continente Africano" OR "Grupo com Ancestrais Africanos" OR "Grupo de Ascendência Africana" OR "Grupo de Ascendência Continental Africana" OR quilombola\*\* Mulheres OR mulher OR feminin\* \* Saúde

Foram pesquisados os artigos publicados nos últimos 10 anos, os quais correspondem aos anos de 2006 a 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que apresentassem relevância relativa ao tema pesquisado. Também foram incluídos documentos e publicações governamentais, importantes para definições e conceitos.

Foram encontrados 66 artigos, tendo sido excluídos os artigos publicados antes do ano 2006, que não contemplassem o objetivo deste estudo e/ou cujo texto completo não estivesse disponível, resultando 58 artigos para análise.

Os artigos foram estudados em sua plenitude e compilados a partir do eixo central da pesquisa, sendo agrupados a partir da Análise Temática de Minayo (2010). Esta é a forma que melhor atende a investigação qualitativa do material, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação relacionada a determinado assunto. Permite inúmeras relações e pode ser apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo, no qual a presença ou frequência representam algum sentido para o objeto em análise. A análise divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

As palavras-chaves dos artigos encontrados levaram a construção de cinco eixos temáticos de análise: Contextualização histórica e social dos quilombos e quilombolas; Atenção Primária à Saúde; Doenças correlacionadas com os quilombos/ mulheres; Iniquidade social/ Violência, Racismo e Discriminação; Acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde.

## Resultados e Discussão

Dentre os periódicos que mais publicaram artigos referentes a saúde das mulheres quilombolas, têm-se destaque o “Caderno de saúde pública” com nove publicações. Outro periódico com um número bastante significativo foi “Ciência e saúde coletiva” com seis publicações relacionadas a temática. Saúde e Sociedade em terceiro lugar com cinco publicações. “Revista de Saúde Pública” e “Revista Brasileira de Epidemiologia” ambas com três publicações. Teve também duas publicações em periódicos internacionais (ambas no “West Indian Medical Journal”). As demais foram em periódicos de nutrição, medicina, psicologia, enfermagem, odontologia e saúde pública, dando ênfase ao olhar multidisciplinar dado ao tema.

Quanto ao ano de publicação, os artigos foram publicados no período de 2006 a 2015. Destes, três no ano de 2006, seis no ano de 2007, quatro no ano de 2008. Os anos 2009, 2011 e 2013 foram os anos com maior número de publicações referentes ao tema, no total de vinte e quatro (oito em cada ano). Nos anos de 2010 e 2014 ocorreram o total de doze publicações (seis em cada ano), em 2012 quatro e apenas uma no ano de 2015.

Referente aos estados com maior publicação, a Bahia teve 17 publicações durante esse intervalo de tempo, ratificando a informação do CPIISP que informa que a Bahia junto ao estado de Minas Gerais, são os estados brasileiros com maior número de quilombos. Os demais estados com publicações foram: Rio de Janeiro (três), São Paulo (três), Mato Grosso do Sul (quatro), Goiás (duas), Rio Grande do Sul (uma), Paraná (duas), Alagoas (três), Espírito Santo (duas), Minas Gerais (quatro), Maranhão (duas), Pernambuco (duas). Entre os artigos selecionados na segunda etapa também teve um englobando onze estados brasileiros e outro realizado através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Referente ao tipo de pesquisa, 87 % são pesquisas originais. As demais tratam-se de pesquisa documental, artigo de revisão, artigo de reflexão e relato de experiência.

Quanto ao “paradigma metodológico do estudo”, 74% trata-se de pesquisas quantitativas; 22% pesquisas de natureza quali-quantitativa e apenas 4% são pesquisas qualitativas.

Referente a temática, os estudos relacionados a saúde das mulheres quilombolas apresenta um olhar direcionado as doenças prevalentes. Dos 58 artigos resultantes, formaram-se cinco eixos temáticos, sendo que destes 24 representam as “doenças correlacionadas

as mulheres quilombolas”. Percebe-se uma discussão limitada frente a Promoção da Saúde, voltada ao modelo biomédico e distante dos Determinantes Sociais. Os demais discorrem sobre: “contextualização histórica e social dos quilombos” (11 artigos), “Atenção Primária à Saúde” (04 artigos), “Iniquidade social/ Violência, Racismo e Discriminação” (17 artigos) e “Acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde” (02 artigos).

### **Contextualização histórica e social**

No contexto da população negra geral, existe um segmento peculiar, constituído de descendentes de negros africanos que, na condição de escravos, fugiam das senzalas onde habitavam e formavam comunidades organizadas para resistir à perseguição imposta pelos fazendeiros e autoridades policiais. Essas comunidades eram chamadas de quilombos. Após a abolição da escravatura no Brasil, muitas dessas comunidades foram conservadas e existem até hoje, sendo denominadas de remanescentes dos quilombos ou comunidades quilombolas (FERREIRA, 2011).

Descrevem-se essas comunidades como um grupo vulnerável e marginalizado socialmente. Frente a isso, destaca-se a relação das condições de vida e sua determinação social na saúde dos sujeitos. É preciso refletir quanto às diferenças étnico-raciais e econômicas ainda como fontes de iniquidades sociais nas populações pesquisadas. A luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e precisa de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade (SANTOS, 2014).

Sublinha-se um aspecto por muitos anos negligenciado pela literatura nacional em relação às iniquidades da atenção à saúde da mulher e da criança que é a influência da cor da pele. Durante muito tempo, acreditava-se que os estudos focados nos determinantes socioeconômicos poderiam destacar a influência do racismo sobre os indicadores de saúde, fato que não mais é aceitável (BAIRROS et al, 2011).

### **Atenção Primária à Saúde**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2009 (1) no Brasil estimou a população brasileira em 189.953 milhões de habitantes, sendo 96 milhões de pessoas de cor preta

ou parda (IBGE) sendo que 50,7% da população é composta por pessoas negras, autodeclaradas como pretas ou pardas (IBGE, 2010). Apesar de numerosa, a população negra brasileira encontra-se ainda hoje nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde (BRASIL, 2010).

Estudos avaliativos que busquem conferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto aos grupos vulneráveis, incluindo-se aí as comunidades negras e quilombolas, representam um compromisso social e um apoio na construção da equidade (MARQUES, 2014).

Neste sentido, ao se avaliar os serviços de saúde destinados à população quilombola é revelado que quase todos os atributos da atenção primária não estão adequadamente presentes no processo assistencial. Relata não existir adesão dos serviços ao novo modelo assistencial e perpetua-se a proposta de assistência biomédica e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, desvelando uma situação de não conformidade à proposta de reformulação do modelo assistencial e retratando, em maior dimensão, a perversa iniquidade a que estão submetidos os quilombolas da comunidade avaliada (MARQUES, 2014).

De fato, o SUS tem avançado no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, mas ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, principalmente, quando as análises são estratificadas segundo a raça/cor e etnia (GOMES et al, 2013). Pessoas que identificam sua cor da pele como parda, preta ou indígena na maioria das vezes pertencem a grupos de renda mais baixa e com menor escolaridade, e tendem a enfrentar maiores desigualdades nas condições de saúde. Estudos confirmam que pretos, pardos e indígenas apresentam os piores indicadores de mortalidade, menor esperança de vida ao nascer e acesso desigual aos serviços de saúde (GOMES et al, 2013).

A experiência dos quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, mas também pela luta silenciosa pela equidade das condições de saúde.

Neste sentido, Gomes et al (2013), destacam a subutilização e aludem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola. Uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas por essa população vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressa, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas somadas a localização desprivilegiada onde em sua grande maioria o acesso tanto

aos serviços, meios de comunicação assim como de deslocamento são remotos e reduzidos.

As crescentes iniquidades raciais em saúde expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, gerados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. As diferenças são consideradas iníquas se derivam do fato das pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais (SOUZA, 2012).

As desigualdades nos indicadores de saúde entre a raça, remetendo aos Determinantes Sociais como único fator influente na pior condição de saúde para negros comparados aos brancos. Os resultados apontam a influência dos Determinantes Sociais como parte da explicação pelo pior acesso aos serviços de saúde, porém os mesmos não conseguem explicar toda a diferença que podem ser atribuídas aos efeitos da discriminação (SOUZA, 2012).

### **Doenças correlacionadas**

As comunidades quilombolas, reconhecidas apenas recentemente pela Constituição Brasileira, são autodefinidas a partir das relações com a terra, parentesco, práticas culturais e presunção de ancestralidade negra. Elas representam o resgate de uma dívida histórica com a população afro-descendente, a qual constituiu os Quilombos em sua luta contra a opressão sofrida e em prol da liberdade do regime escravocrata que viveu no país no período colonial (SOARES; BARRETO, 2015).

Esta situação pode expressar a longitudinalidade da atenção primária, que tem relevância por permitir o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional e por estar fortemente relacionada à boa comunicação entre os envolvidos, o que tende a favorecer o acompanhamento da pessoa, permitindo a continuidade e a efetividade de tratamentos e contribuindo também para a implementação de ações de promoção e prevenção para agravos de alta prevalência (OLIVEIRA et al, 2014).

Destaca-se a dificuldade de acesso das mulheres quilombolas aos exames preventivos vinculados ao programa de atenção à mulher. Com isso, aponta-se uma significativa associação entre a não realização do exame preventivo para câncer de colo uterino e não realização do exame clínico das mamas em três ou mais anos ou nunca tê-lo feito. Também é significativa a associação entre não consultar médico nos últimos doze meses, nunca ter feito glicemia ou tê-la realizado há dois ou mais anos com a realização do Papanicolau em três anos ou mais. Também se



ênfatiza a ligação entre o baixo nível de escolaridade das mulheres quilombolas como um importante fator de vulnerabilidade (OLIVEIRA; GUIMARAES; FRANCA, 2014).

Revela-se, ainda que as mulheres quilombolas utilizam os serviços públicos mais do que os homens e são mais testadas para HIV nesses serviços. Essa diferença pode decorrer da oferta do teste na rotina do pré-natal. A maior frequência de relato de sinais e sintomas que poderiam corresponder a DST entre as mulheres pode ser por causa da maior captação pelo serviço (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Há uma elevada prevalência de risco nutricional para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial entre as mulheres residentes nas comunidades quilombolas. Ao considerar a precariedade de condições de vida e saúde que caracterizam essas comunidades, recomenda-se que ações intersetoriais sejam traçadas e implementadas com vistas a promover estilos de vida saudáveis que cooperem para a redução do peso corporal e melhoria nutricional nas comunidades quilombolas, reduzindo consequentemente as desigualdades sociais e de saúde no país (SOARES; BARRETO, 2015).

O sobrepeso e a obesidade abdominal constituem significativos problemas de saúde nas comunidades quilombolas e, mais especificamente, entre as mulheres. Estão em consonância com o crescimento da obesidade corporal e central em áreas mais pobres do Brasil, especialmente entre determinados grupos vulneráveis (SOARES; BARRETO, 2015).

Ao refletirmos frente a saúde feminina, estudos realizados nos Estados Unidos relatam que o leiomioma uterino ocorre 2-9 vezes mais em negros do que em mulheres brancas de todas as idades e estão associados com sintomas mais graves em negros, que são diagnosticados em idades mais jovens e têm taxas mais elevadas do que os brancos de histerectomia (BOCLIN; FAERSTEIN; SZKLO, 2014).

Referente as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo e, no Brasil, por ser mais frequente em populações afrodescendentes, destaca-se no contexto das doenças mais importantes por razões étnicas (BEZERRA, 2013).

O Brasil é a segunda maior nação negra do mundo, atrás somente da Nigéria. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população de pretos e pardos no Brasil corresponde a 50,7% dos habitantes. Dada a constância de disparidades raciais, evidências indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as idades. Dentre as

doenças que acometem essa população, a hipertensão arterial aparece em destaque, sendo cerca de duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca e fortemente associada a estratos sociais mais baixos (BEZERRA, 2013).

As mulheres de ascendência Africana são mais suscetíveis a obesidade central, uma condição que está fortemente associada a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão (FERREIRA, 2013). Essas características os classificam como um grupo particularmente vulnerável à morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, o que justifica a implementação de medidas preventivas específicas e políticas afirmativas que garantam os direitos e qualidade de vida dessa população (FERREIRA, 2013).

Destaca-se, ainda o diabetes como um grave problema de saúde pública e um dos importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. Apresenta um aumento da sua ocorrência em várias regiões do mundo, especificamente em populações de etnia negra, o que recentes estudos demonstram que as prevalências do diabetes são mais elevadas do que em outros grupos populacionais (PITANGA, 2010).

Dentre as doenças correlacionadas com esta população, destaca-se também uma elevada prevalência de marcadores de infecção pelo HBV em algumas comunidades de quilombos no Brasil Central (atingindo 42,4% e 7,4% para o anti-HBc e HBsAg, respectivamente, na comunidade Furnas dos Dionísio) e uma baixa taxa de vacinação contra hepatite B (9,1%). Além disso, a história familiar de hepatite e atividade sexual além de aumento da idade foram estatisticamente associada à infecção por HBV nesta população (MOTTA-CASTRO, 2009).

No Brasil, apesar das reclamações e queixas por parte de organizações do movimento negro, a discussão sobre diferenças raciais na saúde ainda é incipiente. Através da categoria "raça", expressa por meio da variável "raça / cor", é possível identificar, pelo menos, parte da desigualdade e injustiça social causada pelo racismo (BAIROS, 2011).

### **Iniquidade social/ Violência, Racismo e Discriminação**

Percebe-se a importância de abordagens mais profundas frente a violência contra a mulher e, principalmente, negra, considerando que a desigualdade entre homens e mulheres se constitui em fator de grande vulnerabilidade para este grupo. Este cenário de desigualdade, onde a violência é exercida, favorece o surgimento de inúmeras enfermidades como as DST/aids, doenças psicológicas, agravamento de outras situações patogênicas além de contribuir para altas taxas de mortalidade

(RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010). Historicamente a mulher negra ocupa na sociedade brasileira a última posição social, pois tem o componente da cor que a torna ainda mais discriminada. Somando ao fato de ser mulher, negra e ainda, por sua classe social historicamente ocupada a torna triplamente discriminada e em grande vulnerabilidade social (OLIVEIRA, 2006 apud RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

A violência é percebida como forma cruel e perversa que contribui para o descrédito da dignidade do ser mulher, coisificando-a. Nessa vivência de violência presente no cotidiano da mulher, ela é humilhada, maltratada, desqualificada, desautorizada (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Salienta-se ainda a luta histórica do movimento negro perante o resgate da cidadania. As organizações das mulheres negras dialogam com o movimento feminista e com os gestores públicos e privados, objetivando que todos os atores sociais possam ressignificar seus olhares e perceber as atitudes racistas impostas a partir de uma práxis discriminatória, que a sociedade brasileira produz e reproduz na realidade cotidiana (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010). -A luta das mulheres negras tem se dado no sentido de denunciar as formas de racismo, da exclusão social, do mito da democracia racial, da situação de miséria, extrema pobreza, analfabetismo e precariedade de atendimento nos serviços assistenciais, educacionais e de saúde, tratando de uma maioria sem acesso aos bens e serviços existentes em nossa sociedade e ainda, muitas vezes exposta à violência de gênero e racial (BRASIL, 2005).

Referente a vitimização por homicídios no Brasil, um dos estudos revela que a população negra sofre mais e ainda afirma que o risco relativo de homicídios cresce nesta população, sugerindo o aumento das desigualdades, destacando que o fator raça/cor pode prever a ocorrência de homicídio (SOARES FILHO, 2011).

Os negros com maior risco de serem vítimas de violência são homens, jovens, solteiros, de famílias com menor renda e moradores de áreas urbanas; a expectativa de vida é menor entre homens e mulheres negros e estes são em grande maioria os mais pobres, estão nas posições mais precárias do mercado de trabalho e possuem os menores índices de educação formal. Mas nem todas as desigualdades observadas são fruto de processos discriminatórios (SOARES FILHO, 2011).

Com isso, a raça adquire valor punitivo na caracterização das vítimas de homicídios, e o aumento dessas desigualdades aponta a eficiência parcial das políticas públicas brasileiras de controle da

violência quando não adequam políticas universais às especificidades que caracterizam a diversidade populacional (SOARES FILHO, 2011).

Frente a isso, a etnia é citada como um importante marcador de desigualdade social. Em comparação com as pessoas brancas, a população negra era quase quatro vezes mais propensa a morrer. Relata que os jovens não-brancos são os mais vulneráveis à violência, refletindo o estado de desigualdade social das pessoas que vivem em áreas com baixa qualidade de vida urbana e violência enfrentando em sua vida diária (BASTOS, 2009).

Neste interim, importante salientar que grande parte das pesquisas na área da saúde privilegiam análises socioeconômicas em detrimento das questões raciais. Enfatiza a importância da inclusão da análise racial principalmente em estudos que avaliam o processo saúde-doença. Raça, processo saúde-doença, nível socioeconômico e educação, são temas profundamente imbricados (COSTA, 2009).

O autor também ratifica que a violência que atinge os adolescentes não é indiscriminada. Trata-se, ao contrário, de uma violência seletiva que acomete adolescentes pretos que residem nos estratos de intermediária e pior condição de vida (COSTA, 2009).

Segundo Cordeiro e Ferreira (2009), o Ministério da Saúde reconhece a existência de um potencial patogênico decorrente das discriminações. No caso das mulheres negras submetidas à discriminação racial, de gênero e de classe social, é maior o risco de comprometimento de sua identidade, da imagem corporal, de seu autoconceito e autoestima.

Com isso, percebe-se a presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resultando na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras (CORDEIRO; FERREIRA, 2009). A discriminação assume diversas formas, podendo ser claramente expressa ao estabelecer distinções e preferências que propiciam a exclusão explícita de indivíduos dos segmentos sociais.

Lopes (2005) relata ainda a indiscutível discrepância das desigualdades sócio raciais no Brasil e conseqüentemente revela a influência dos determinantes socioeconômicos e político-culturais, e o não-reconhecimento da singularidade racial excludente e vulnerável de grande parte da população. Alguns autores preferem o conceito "etnia", o termo "raça" tem sido adotado pelo Movimento Social Negro no Brasil. A categoria "negro" inclui "pretos" e "pardos" por se perceber que, historicamente, os indivíduos que se autodeclararam pretos e pardos são aqueles que têm sido tratados discriminadamente, encontrando-se, em

largas proporções, à margem do processo político-decisório (SANTOS; COELHO; ARAÚJO, 2013).

A inter-relação entre raça, violência e espaço faz parte de um longo processo de desigualdade. Portanto, o seu entendimento requer a junção de esforços interdisciplinares que contribuam para ampliar o conhecimento sobre o tema e consequentemente orientar intervenções de Saúde Pública mais específicas (ARAÚJO, 2010).

Por fim, os discursos revelam iniquidades na atenção à saúde das mulheres negras, herdeiras das desigualdades resultantes das relações sociais e políticas pautadas por discriminações de natureza sexista e racial, com violação de direitos que dificultam o acesso à ascensão social e a condições dignas de saúde (CORDEIRO, FERREIRA, 2009).

### **Acesso aos serviços de Saúde**

Os estudos reafirmam a situação de vulnerabilidade da população negra na questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde. O estudo reafirma a necessidade de políticas públicas específicas voltadas aos segmentos mais vulneráveis, levando-se em conta a tendência da epidemia. É importante ressaltar a necessidade de capacitação e incentivo às equipes de Saúde da Família, haja vista sua relevância na assistência dessas comunidades (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

As mulheres atribuem o desencadeamento de atitudes discriminatórias tanto pela condição social quanto pela cor, mas também pelo fato de serem mulheres, terem anemia falciforme e chegarem ao serviço de saúde geralmente sozinhas. A discriminação racial experimentada pode ter grande impacto sobre suas vidas, gerando situações de estresse e enfermidades. Vivenciar situações de discriminação pode ser por si só, um elemento desencadeador de problemas de saúde, principalmente quando se passa no contexto de um serviço de saúde (CORDEIRO; FERREIRA, 2009).

A discriminação varia com recorte de gênero e fornece pistas sobre as diferentes experiências que cada mulher passa ao se defrontar com serviços e profissionais despreparados para promoção da igualdade. A discriminação racial está frequentemente associada à discriminação de gênero: as mulheres negras têm menos acesso à educação e são inseridas nas posições menos qualificadas do mercado de trabalho (CORDEIRO, FERREIRA, 2009).

Com isso, ao avaliarem as categorias gênero, classe e raça, os autores compreenderam melhor como as práticas de discriminação se consubstanciam em dificuldades de acesso aos serviços de saúde das

mulheres negras. Neste mesmo estudo, a discriminação racial foi definida como tratamento diferenciado em função da raça, que coloca em desvantagem grupos raciais específicos (CORDEIRO, FERREIRA, 2009).

A presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras (CORDEIRO, FERREIRA, 2009).

### Considerações Finais

Ao mapearmos a literatura identificou-se temáticas voltadas as iniquidades sociais/ violência, racismo e discriminação assim como o acesso desta comunidade vulnerável aos serviços de saúde como expressivas ferramentas de reflexão política e filosófica, apontando a importância eminente da efetivação de políticas públicas pertinentes.

Sublinha-se ainda a limitação frente a determinação social com foco em pesquisas de cunho biológico, com ênfase na doença e voltada ao modelo biomédico, distante dos contextos sócio-políticos. Outra limitação observada foi o número restrito de publicações relacionado a essa população em periódicos da área da saúde dentro do período estudado. Destaca-se, com isso, a necessidade imperiosa de estudos voltados a Promoção da Saúde desta população.

### Referências

ARAÚJO, E. M. et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo , v. 13, n. 4, p. 549-560, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abril 2015.

BAIROS, F. S. et al . Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, Dec. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001200008&script=sci_arttext) Acesso em: 21 setembro 2015.

BASTOS, M. J. R. P. et al . Ecological analysis of accidents and lethal violence in Vitória, Southeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, Feb. 2009 . Disponível

em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

BEZERRA, V. M. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Sept. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2013001300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001300027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma Política do SUS. **Brasília Ministério da Saúde**; 2010. 56 p.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. **Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.36. 2013.

BRASIL. **Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD**. 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>>. Acesso em: 22 agosto 2015.

CASTRO, A. R. M et al. Compliance with and response to hepatitis B vaccination in remaining quilombo communities in Central Brazil. **Cad. Saúde Pública**. [Internet] 2009; 25(4). Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 20 abril 2016.

CORDEIRO, R.C., FERREIRA, S.L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 13(2): 352-358, jun. 2009.

COSTA, I. E. R; LUDERMIR, A. B.; SILVA, I. A. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

FERREIRA, H. da S. et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 26, n. 5, p. 539-549, Oct. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732013000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732013000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

FERREIRA, H. da S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, July 2011. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892011000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892011000700008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

GOMES, K. de O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001300022](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300022)>\_Acesso em: 27 setembro 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 19 abril 2015.

LOPES, F. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde**. Cad. Saúde Pública, v.21, n.5, p.1595-601, 2005.

MARQUES, A. S. et al. **Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Feb. 2014. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000200365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200365&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & Contexto Enfermagem, 17(4), 758-764, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MOTTA-CASTRO, A. R. C. et al. Compliance with and response to hepatitis B vaccination in remaining quilombo communities in Central Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

OLIVEIRA, M V.; GUIMARAES, M. D.C.; FRANCA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres



quilombolas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4535-4544, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014001104535&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014001104535&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 307-313, Sept. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci_arttext)>\_Acesso em: 21 setembro 2015.

PITANGA, F. J. G. et al. **Atividade física na prevenção de diabetes em etnia negra:** quanto é necessário? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 56, n. 6, p. 697-704, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000600021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902010000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

SANTOS, A. B. S; COELHO, T. C.B; ARAUJO, E. M. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 341-356, June 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde soc., São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, Sept. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902014000301049&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000301049&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abril 2015.

SEPPPIR - Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. **Programa Brasil Quilombola:** diagnóstico das ações realizadas. [Internet] 2012. Brasília, DF. Disponível: <<http://www.sepppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 06 agosto 2015.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 109-120, Dec. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041290201000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290201000600011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Mar. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015000300821&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300821&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 745-755, Aug. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

SOUZA, E. H. A. et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012000800017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000800017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. **Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, Dec. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400008)> Acesso em: 21 setembro 2015.

## 4.2 MANUSCRITO 2

### **Mulheres quilombolas e o Método Paulo Freire<sup>12</sup>**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres moradoras de uma comunidade quilombola, por meio do método Paulo Freire. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, com caráter participativo, desenvolvido através do Método Paulo Freire. Participaram do estudo dez mulheres quilombolas com idade entre 24 e 54 anos, moradoras da Comunidade Morro do Fortunato, Garopaba, Santa Catarina entre os meses de abril a junho de 2016. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas da investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico. **Resultados:** Inicialmente foram investigados vinte temas geradores os quais foram codificados e descodificados em oito os quais foram desvelados em duas temáticas significativas, mulheres quilombolas e o acesso, os quais ao serem desvelados aprofundou-se o empoderamento e a relação com a Promoção da Saúde dessa comunidade. **Considerações Finais:** Este estudo possibilitou o despertar das mulheres perante suas realidades e consequente empoderamento. Além de frutíferas reflexões as quais proporcionam a elevação da autoestima, da valorização e cuidado de si assim como a percepção de suas potencialidades e fortalezas muitas vezes abafadas pelas adversidades do dia a dia.

**Descritores:** Promoção da Saúde, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Mulheres, Empoderamento, Pesquisa.

#### **Quilombola Women and Paulo Freire's Method**

#### **Abstract**

**Objective:** Understanding the relationship between Social Determinants and Health Promotion of women living in a quilombola community by

---

<sup>12</sup> Este artigo se refere ao estudo de doutoramento (2016) realizado na comunidade quilombola Morro do Fortunato - Santa Catarina. Descreve, através dos passos do Itinerário de Pesquisa, a relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde de mulheres moradoras de uma comunidade quilombola.

using Paulo Freire's method. **Method:** Qualitative and participatory study developed through Paulo Freire's Method. The study was attended by ten quilombola women aged between 24 and 54 years, living in the Community of Morro do Fortunato, Garopaba - Santa Catarina, between April and June 2016. During three months, it was possible to develop the stages of thematic research, codification and decoding, and critical unveiling. **Results:** Initially, twenty generator themes were investigated, coded and decoded in eight topics. They were unveiled in two important themes: quilombola women and access. When they were unveiled, the empowerment and relationship with the community Health Promotion deepened. **Final Considerations:** The research enabled women's awaken to their realities and consequent empowerment. Such reflections provided self-esteem elevation, self-care appreciation, as well as the perception of potentialities and strengths often drowned out by everyday life adversities.

**Keywords:** Health Promotion. African Ancestors' Group. Women. Empowerment. Research.

## Mujeres quilombolas y el Método Paulo Freire

### Resumen

**Objetivo:** Comprender la relación entre los Determinantes Sociales y la Promoción de la Salud de mujeres de una comunidad quilombola, a través del método Paulo Freire. **Método:** Estudio de abordaje cualitativo, con carácter participativo, desarrollado a través del Método Paulo Freire. Participaron del estudio diez mujeres quilombolas con edad entre 24 y 54 años que viven en la Comunidad Morro do Fortunato, Garopaba, Santa Catarina, entre los meses de abril a junio de 2016. A lo largo de estos tres meses se realizaron las etapas de la investigación temática, la codificación y descodificación y el develamiento crítico. **Resultados:** Inicialmente fueron investigados veinte temas generadores, los cuales fueron codificados y descodificados en ocho, surgiendo dos temáticas significativas: mujeres quilombolas y el acceso, los cuales al ser desvelados se profundizó el empoderamiento y la relación con la Promoción de la Salud de esta comunidad. **Consideraciones Finales:** Este estudio posibilitó el despertar de las mujeres frente a sus realidades y consecuente empoderamiento. Además de las fructíferas reflexiones que proporcionaron la elevación de la autoestima, de la valoración y el autocuidado, ha posibilitado también la percepción de sus

potencialidades y fortalezas muchas veces ocultas por las adversidades del cotidiano.

**Palabras clave:** Promoción de la Salud, Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Mujeres, Empoderamiento, Investigación.

### **Considerações Iniciais**

Pensar na Promoção da Saúde de comunidades em vulnerabilidade é um processo complexo no qual implica a relação com os Determinantes Sociais junto ao processo de saúde e doença dessas populações.

Multifacetada em seus diversos campos e conceitos, a Promoção da Saúde tem como ideário norteador a definição expressa na Carta de Ottawa a qual a considera como o processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para aumentar o controle sobre os Determinantes Sociais e com isso atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde dos mesmos (WHO, 1986).

Com isso, sublinha-se a estreita relação entre a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais os quais estão distribuídos em três níveis de atenção que interatuam no alcance da equidade e bem-estar: fatores estruturais (trabalho, tributação e proteção social e políticas ambientais; governança; normas sociais e valores); posição social e os determinantes de estratificação (classe social, gênero, raça / etnia, educação, ocupação e renda); e os determinantes intermediários (as circunstâncias, comportamentos e fatores materiais biológicos, fatores psicossociais, sistema de cuidados de saúde) (JACKSON et al., 2013).

Neste contexto, ao cogitarmos a ausência ou fragilidade de algum destes determinantes em prol da saúde de determinada comunidade, grupo ou indivíduo, vincula-se a vulnerabilidade como um pré-requisito ao ser saudável.

O termo vulnerabilidade pode ser compreendido como a condição de risco em que uma pessoa se encontra. De acordo com Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade pessoal está relacionada a comportamentos que os indivíduos absorvem que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao autocuidado e as condições de saúde. O conceito de vulnerabilidade social ressalta que as representações sociais, os estigmas e as condições sociais podem ser fatores que cooperam para a saúde, valorizando ainda o acesso aos meios de comunicação junto a disponibilidade de usufruir de recursos favoráveis. Referente a vulnerabilidade dos serviços, os autores sugerem que o acesso, a qualidade dos programas e a

responsabilidade das instituições são determinantes para a distribuição das condições de saúde e bem-estar (AYRES, 2003).

Inserida neste contexto, destaca-se a população “remanescente de quilombo” como um forte e ainda, parcialmente, explorado grupo étnico vulnerável. O termo “quilombo”, que em sua etimologia bantu significa “acampamento guerreiro na floresta”, foi popularizado no Brasil para se acenar às unidades de apoio mútuo instituídas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando extensas dimensões e conteúdos (LEITE, 2008).

Com isso, ressaltam-se as comunidades quilombolas como importantes populações em vulnerabilidade social e decorrente disso, com eminente necessidade de ser olhada e refletida. Assim, este estudo tem como premissa a intencionalidade de, através de um estudo participativo, compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres de uma comunidade quilombola do litoral catarinense.

A violência, o racismo e suas implicações para a saúde da mulher ratificam a abrangência de estudos sobre as vulnerabilidades da população negra. As dificuldades que essas populações têm para o acesso aos serviços de saúde assim como a falta de práticas preventivas justificam a necessidade de intervenções na área da saúde na medida em que se constata que a desigualdade de gênero e o racismo apresentam-se como fatores de vulnerabilidade para as mulheres, e com maior risco de aparecimento de agravos à saúde da mulher negra. Neste sentido, a busca de alternativas para o enfrentamento dessas questões é dever ético de todos os envolvidos em saúde, buscando contribuir para a ampliação de ações de promoção da igualdade de gênero, de melhores condições sociais e a plena saúde das mulheres negras (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Salienta-se a riqueza e relevância de se trabalhar com propostas participativas em estudos e pesquisas com comunidades onde tanto o pesquisador como os participantes aprendem no transcorrer dos encontros em rodas, todos compartilham conhecimentos e se ratifica o pensamento do educador Paulo Freire onde “ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo. Por isso aprendemos sempre” (FREIRE, 2005).

As etapas do Itinerário Freireano propiciam o surgimento de novas percepções e o desenvolvimento de diferentes conhecimentos. O processo dialógico promove a superação das “situações-limite” no

pensamento e ações, colaborando na prática educacional humanista, emancipatória e libertadora (COSTA, 2013).

Reforçam-se os conceitos de Freire que levam a emancipação e autonomia dos sujeitos. O educador conceitua o diálogo como uma afirmação e valorização do respeito e das ideias do outro, produzindo e reforçando sua autonomia e autoria frente a sua realidade. Destaca ainda a relação direta da dialogicidade com a fé, com a esperança, com a humildade, com a confiança e, impreterivelmente, com o amor e a união entre os pares (FREIRE, 2005; DURAND, 2012).

Imersos neste contexto, este estudo se propõe a compreender, através do Método Paulo Freire, a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres moradoras de uma comunidade quilombola.

### **Trajetória Metodológica**

Estudo de abordagem qualitativa, com caráter participativo, desenvolvido através do Método Paulo Freire.

O Itinerário de Pesquisa Freireano acontece no transcorrer dos Círculos de Cultura, onde a consciência emerge dos cotidianos compartilhados, objetiva-o, problematiza-o, compreende-o e o reinventa. Neste espaço transitam diferentes e positivas trocas e saberes onde, mediante ao processo de ação-reflexão-ação, todos avançam e se “despedem” diferentes de como ingressam. Destinado a libertá-los como sujeito escraviza-os como objetos. Não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciência” (FREIRE, 2009).

Assim, de maneira esquemática, o “Método Paulo Freire” consiste de três momentos dialéticos entrelaçados e dispostos no transcorrer do Círculo de Cultura: investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação (ou descodificação) e problematização ou desvelamento crítico (redução temática). Propõe uma sequência de passos, que vão se inter-relacionando, em um movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida nos encontros do Círculo de Cultura (HEIDEMANN, 2006; CUNHA, 2010; FREIRE 2009).

Neste artigo propõe-se relatá-los integralmente nos resultados onde, junto aos conceitos e dialogando com autores experts nesta temática, pretende-se apresentar e discorrer sobre este processo.

A pesquisa foi realizada na comunidade Morro do Fortunato, bairro do Macacú, município de Garopaba, estado de Santa Catarina. Localizado há 8 km do centro da cidade, é preciso percorrer estradas de

chão, perpassando as dunas e parte da Lagoa do Macacú. Nesta comunidade, vivem cerca de 180 moradores, uma média de trinta e uma famílias segundo a informação verbal de uma moradora, todos descendentes do escravo Fortunato, que foi filho de uma escrava e de um senhor dono de terras na região de Garopaba.

Os Círculos de Cultura aconteceram junto ao “grupo de mulheres” que se reúne semanalmente. Teve a participação de dez mulheres quilombolas com idade entre 24 e 54 anos, moradoras da Comunidade e que possuíam interesse em discutir e refletir sobre a relação dos Determinantes Sociais em seus cotidianos e na Promoção da Saúde dos atores envolvidos. Não foram incluídas nesta pesquisa mulheres que residem em outras comunidades quilombolas adjacentes.

Os passos do Itinerário ocorreram no desenrolar de seis Círculos de Cultura no período de abril a junho de 2016. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas da investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico.

Os temas geradores foram codificados e descodificados no transcorrer dos encontros dialógicos. Inicialmente foram levantados vinte temas geradores os quais, junto ao grupo, foram reduzidos a oito temáticas as quais foram dialogadas, codificadas e descodificadas para que, no quinto encontro, duas fossem desveladas. O processo dialógico permitiu uma nova percepção voltada à realidade das participantes e com isso o empoderamento feminino fortalecido pelo destaque as potencialidades do viver em comunidade.

Para o registro dos temas foi utilizado um caderno de campo e um gravador de áudio, previamente autorizado pelas participantes, visando registrar os encontros na sua íntegra. Contamos também com a colaboração de duas auxiliares de pesquisa as quais tiveram presentes no desenrolar dos encontros.

Foi submetido à apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, por meio da Plataforma Brasil e aprovado pelo CEPSH/UFSC com o CAAE 53143216.6.0000.0121 em 28/03/2016.

Destaca-se ainda que em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Ratifica-se ainda o compromisso pela ética e respeito pelos seres humanos envolvidos. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e explicado a todas e assinado conforme aceite das mesmas.



## **Resultados**

### **Apresentando os Círculos de Cultura**

Para que os encontros acontecessem foi inicialmente realizada uma visita a coordenadora da Associação Quilombola Morro do Fortunato apresentando a proposta de estudo e os objetivos da pesquisa. A partir deste primeiro contato foi deflagrada a amorosidade e acolhida desta representante, as quais fortaleceram a intencionalidade em se trabalhar com essa população e intensificou a certeza de ter como princípios norteadores deste processo o referencial teórico metodológico do educador Paulo Freire.

Com isso, propõem-se encontros imersos no desvelar do homem em sociedade. Busca-se dar ênfase ao diálogo, a escuta atenta, ao respeito ao outro, a construção bilateral do conhecimento, a horizontalidade e a autonomia e tendo como suporte e eixo condutor a cultura, conscientização, o ser social/ político, a transformação e assim, conseqüentemente, alcançar o empoderamento tanto individual quanto coletivo dos envolvidos.

Dessa forma, o Itinerário de Pesquisa acontece.

### **Pactuando os Círculos de Cultura**

No primeiro encontro foi apresentada a proposta de pesquisa, pactuado a realização dos Círculos de Cultura junto ao “grupo de mulheres” e ainda realizada uma dinâmica de apresentação onde cada participante falou de si e expressou do seu jeito, suas necessidades e adversidades.

No segundo encontro pactuamos as datas e os horários para a pesquisa; indagou-se sobre suas percepções frente a proposta de intervenção em roda onde o diálogo, no Círculo de Cultura, é propulsor do estreitamento das relações que acontecem de uma forma horizontal e reflexiva entre todas as participantes.

A partir desta inquietude, algumas opiniões divergiram, porém o consenso foi alcançado com a fala de Cheirosa:

*A roda é bem mais rica... Cada conversa a gente vai escutando e a gente vai analisando... vai mudando o pensamento da pessoa... Em roda é bem melhor do que falar individual... e não vai nem responder o que tu quer... Em círculo assim*

*cada conversa vai entrando e vai abrindo a mente.... a gente vai se falando... (Cheirosa).*

*Sim... e logo a vergonha vai perdendo e a gente vai falando... (Vermelha).*

A partir destes depoimentos se fortalece a intencionalidade desta prática e se pactua o retorno ao grupo. O desencadear dos Círculos de Cultura, espaço coletivo e dialógico onde desenvolve o Itinerário de Pesquisa Freireano, possibilita o movimento de ação-reflexão-ação. Dialoga com as temáticas de interesse do grupo e estimula a construção do pensamento inicialmente ingênuo para um caminho de tomada de consciência. Permite ainda o desvelar de um pensamento crítico e reflexivo frente ao conhecimento precedente e do cotidiano do grupo.

### **Investigando os Temas junto aos Círculos de Cultura**

A etapa da Investigação Temática onde emergiram os Temas Geradores ocorreu no terceiro círculo dialógico. Neste dia, com a participação de nove mulheres, por meio de uma atividade de recorte e colagem de revistas baseado no Modelo de Dahlgren e Whitehead foi possível visualizar as relações hierárquicas entre os diversos Determinantes da Saúde (FIGURA 13). Mediante esta figura, explanou-se brevemente sobre os Determinantes Sociais da saúde e sua correlação com o viver quilombola, discutindo-se posteriormente em pequenos Círculos.

As participantes debateram sobre os determinantes de forma alegre, descontraída e reflexiva. Além de participarem da dinâmica proposta com seleção das figuras, interagiam entre si e compartilharam as imagens encontradas e dialogaram sobre a temática elencada para o debate.

Concomitante a esta dinâmica, algumas inquietações emergiram, provocando uma maior interação e imersão das partícipes nos Círculos de Cultura. Questionou-se o significado de saúde e doença, os fatores que envolvem o ser saudável, como é morar no Morro, o ser quilombola, (...), correlacionando com as figuras que estavam sendo inseridas na construção do painel, tendo como pano de fundo o Modelo de Dahlgren e Whitehead.

A partir disto, foram construídos dois painéis sendo nomeados pelas participantes o significado de cada figura encontrada e sua relação com os Determinantes Sociais.

Figura 10 - Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): influência em camadas



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

Com a elaboração dos painéis que foram discutidos e refletidos, levantaram-se vinte temas geradores relacionados às realidades das mulheres e vinculados à relação da saúde e seus determinantes.

Para a apresentação neste estudo, as temáticas levantadas durante a Investigação Temática foram agrupadas conforme os níveis de atenção que interagem em prol do alcance da equidade em saúde e bem-estar proposto por Jackson (2013) e estão representados no quadro abaixo:

Quadro IV – Temas Geradores distribuídos segundo Níveis de Atenção que interatuam no alcance da equidade e bem-estar (JACKSON, 2013):

<b>Fatores Estruturais</b>	Acesso/ Transporte; Alimentação Saudável; Saneamento Básico; Educação Ambiental; Saúde.
<b>Posição Social e os Determinantes de Estratificação</b>	Mulher Quilombola; Trabalho/ Emprego/ Desemprego; Trabalho Infantil; Educação/ Futuro; Saúde.
<b>Determinantes Intermediários</b>	Escravidão/ Sofrimento/ Dor; Racismo; Ser Guerreira; Refúgio/ Fugindo da Pobreza; Lazer/ Felicidade; Amor/ Família; Amizade/ Amigos; Sistemas de Saúde/ Salvando Vidas; Esporte/ Mulheres no Esporte; Violência: Luta Trabalhista/ Briga/ Guerra; Preconceito; Saúde.

Fonte: a autora

Desta forma, os temas dispostos no eixo dos Fatores Estruturais representam as questões macroeconômicas vinculadas ao trabalho, tributações, proteção social, governança, normas e políticas sociais e ambientais as quais estamos imersos em um contexto macro.

No grupo, os temas agrupados nesse eixo fazem menção a ferramentas que são limitadas ao gerenciamento individual e comunitário. Embora tenham um movimento em direção ao poder público para questões como o acesso e o transporte ainda percebem uma limitação na concretização destes serviços; sabem, através dos meios de comunicação e também por meio dos cursos ofertados pela gestão pública, que é fundamental uma alimentação saudável, uma educação ambiental e um saneamento básico apropriado para a comunidade, mas no entanto é frágil e reconhecem que é insipiente a infraestrutura recebida.

No que tange ao eixo Posição Social e os Determinantes de Estratificação referem-se às temáticas ligadas a características socioeconômicas como classe social, gênero, raça/ etnia, educação, ocupação e renda.

Para as mulheres quilombolas, as ferramentas vinculadas a esse eixo são consequência dos Fatores Estruturais que influenciam diretamente nas questões socioeconômicas traduzidas pelo trabalho, emprego e desemprego e educação e/ou defasagem na escolarização, limitando-as as perspectivas de futuro com premissas de inclusão e participação social.

Referente ao eixo Determinantes Intermediários estão dispostas as temáticas atreladas as circunstâncias, comportamentos e fatores psicossociais assim como aos sistemas de saúde. Tem ligação às questões psicológicas e microdeterminantes. Nas temáticas dispostas nesse eixo, percebe-se a direta interferência tanto dos Fatores Estruturais como dos Determinantes de Estratificação. Transita na discussão o resgate da história da condição quilombola no que se refere à escravidão, racismo, sofrimento, dor e preconceito. No entanto, essas mesmas mulheres se reafirmam e se fortalecem quando se trata dos elementos que sugerem amizade, amor, família. Elementos esses que as tornam guerreiras e mais resistentes a violência e as lutas diárias. Forças essas que as permitem vivenciar o lazer e a felicidade. No que se refere a temática saúde, essa transita pelos três eixos acima citados por ser considerada transversal na conquista da equidade, bem-estar e qualidade de vida das participantes.

## Codificando e Descodificando os Temas junto aos Círculos de Cultura

No quarto Círculo de Cultura deu-se o processo de codificação e decodificação. Os vinte temas geradores levantados durante a investigação temática foram apresentados em forma de tarjetas para a visualização coletiva do grupo e posterior codificação. Solicitou-se que cada participante elegeisse um tema de seu maior interesse e no qual gostaria primeiramente de ser debatido nos Círculos de Cultura. A partir disto foram codificados e decodificados em oito temas significativos: mulheres quilombolas; lazer/felicidade; saúde; amor/ família; acesso/ transporte; educação/ futuro; racismo; ser guerreira. Estes temas codificados pelas participantes foram trabalhados em diferentes Círculos. Cada grupo mediado pela pesquisadora e/ ou a auxiliar de pesquisa discutissem os temas selecionados para que depois no grande grupo esses fossem decodificados.

Com isso, algumas temáticas foram tendo maior relevância no decorrer das discussões e concomitante muitos temas foram sendo decodificados. Junto a isso, a curiosidade frente ao Método e o empoderamento versus busca por seus direitos e inquietações emerge, como destacado na fala a seguir:

*Então vem a minha pergunta... Isso que estamos discutindo... Negócio de saúde, educação... Isso tudo aqui no morro... Você está levando lá para o teu curso... Por exemplo, está levando o que a gente precisa de saúde aqui na comunidade... Nós vamos ter algum recurso... Algum incentivo? Vai chegar aqui um dia com tua professora... (Flor).*

Apoiado nesta fala percebe-se a relevância do diálogo produzido no interior dos Círculos de Cultura e a responsabilidade coletiva que o mesmo oportuniza. As inquietações relacionadas ao viver quilombola assim como o ser mulher/ ser quilombola na contemporaneidade são questões emergentes que carecem de uma reflexão. Em contraposição a estrutura metodológica do Itinerário Freireano possibilitam estas discussões. São levantados alguns exemplos dos temas que estavam sendo trabalhados e com isso amadurecidos, discutidos e reinventados.

Assim, ao reler as tarjetas propostas inicialmente, Flor expressa sua nova e breve interpretação frente ao processo Freireano:

*Tudo que tem aqui tem a ver conosco... Tudo focado na nossa comunidade! Estou mesmo vendo*

*que vamos conseguir falar e discutir sobre nós*  
(Flor).

Doravante a eminente necessidade do grupo, se propõe aprofundar a temática “empoderamento versus busca por seus direitos/inquietações” no qual segue em descodificação junto aos temas de maior destaque “mulher quilombola” e “acesso/transporte”, que, após serem descodificados são desvelados no grande grupo. Salienta-se ainda que os temas em evidência são temáticas transversais as quais perpassam as demais discussões e permitem ao grupo abranger e compreender a estreita relação dos Determinantes Sociais e o viver quilombola.

Desta forma, ao serem questionadas sobre suas identificações como “ser mulher quilombola” e o que sentem com isso, prontamente respondem:

*Ahhh, nossa estória vem dos antepassados... Agora não somos mais tão recriminadas... Mas tem lugares que a gente vai assim e nos olham meio estranho... Como se a gente fosse diferente dos outros mas não somos né?* (Amorosa).

Em relação a essa temática buscou-se refletir com as participantes sobre suas aflições e conflitos, buscando relacionar ao processo histórico as fortalezas alcançadas nesta construção de luta e busca por valorização social, política, de terra e principalmente, de cidadania e respeito. Salienta-se a importância da mulher e as instiga a apreenderem seus papéis diante da sociedade e principalmente, junto à comunidade em que estão inseridas.

Ao codificarmos e descodificarmos a temática do “acesso/transporte” representada inicialmente como uma dificuldade de acesso voltado apenas ao transporte e deslocamento urbano, as participantes relatam e levantam inquietações:

*O acesso aqui é muito mais complicado... Os horários então, são poucas opções e tudo é longe para ir andando. Quando chove então... Temos que carregar os estudantes pra baixo e pra cima*  
(Flor).

*Não tem farmácia aqui... Tudo lá embaixo.. Quando não tem ônibus temos que subir com várias sacolas...* (Querida).

Nestas falas são claramente expressas a dificuldade de acesso devido a distância e localização da comunidade sobreposta pelo descaso

e descomprometimento político e social referente a novas opções de comércio e principalmente de transporte urbano que atenda e se aproxime das necessidades desta comunidade. Reforçam o envolvimento do grupo e, ao refletirem frente as adversidades, passam a perceber a transcendência desta questão:

*O que nós mais falamos referente ao acesso foi do transporte, que é algo bem precário aqui pra gente. Mas se formos pensar em tudo temos dificuldade de acesso... Até para conseguir informação (Batalhadora).*

Com isso, as participantes inferem uma nova percepção e compreendem a importância de se fortalecerem enquanto comunidade e com isso, enfrentarem e buscarem alternativas para suas demandas e adversidades, percebendo, ainda, suas fortalezas e potenciais:

*A dificuldade de acesso e o racismo mostram o quanto nós somos guerreiras... Vamos driblando as dificuldades e com bom humor tocando a vida né... (Flor).*

Até essa etapa do Itinerário Freireano, as participantes do processo dialógico evidenciaram os temas do “acesso” e o “ser mulher quilombola” como prioridades nas discussões. O “empoderamento versus busca por seus direitos/ inquietações” ainda não foi identificado como ferramenta capaz de possibilitar a superação de suas dificuldades e até então não visto como estratégia de enfrentamento. Porém, no avançar do debate, já são vislumbradas reflexões preliminares as quais são discorridas e desveladas a seguir.

### **Desvelando os Temas junto aos Círculos de Cultura**

O Desvelamento Crítico aconteceu no quinto e no sexto Círculo de Cultura. As participantes imersas e envolvidas no processo de ação-reflexão-ação permitiu aprofundar o diálogo dos temas que vinham sendo discutidos, especialmente da temática do empoderamento e do ser mulher quilombola. Destarte, para alcançar o Desvelamento que confluía com a solicitação do grupo em aprofundar o tema gerador da mulher quilombola, realizou-se dinâmica por meio de um estudo sobre esta temática. Com isso, buscou-se aproximar as experiências da pesquisadora com as curiosidades históricas e culturais e necessidades em saúde desta população.

Desta forma, para enriquecer a reflexão, no quinto Círculo de Cultura foi trabalhado uma dissertação de mestrado (1994) intitulada “Nascidos na fortuna – O grupo do Fortunato – Identidades e relações interétnicas entre descendentes de africanos e europeus no litoral catarinense”, da antropóloga Miriam Furtado Hartung, disponibilizada a versão impressa pelo grupo. Trata-se de uma pesquisa etnográfica que retrata questões históricas, culturais e vinculadas a terra, oportunizando um comparativo com o denominado “Morro” e o “Vale”. A dissertação, identificada como “livro” pelo grupo foi debatida durante o Círculo de Cultura, sendo dividida em dezoito tópicos relacionados ao ser mulher quilombola.

As falas a seguir expressam a valorização e percepção da visibilidade desta comunidade quilombola e o desvelar de proficuas reflexões:

*Eu me considero mulher quilombola e tenho muito orgulho da nossa estória. Vendo você contar tudo isso aí desse livro vejo quanta coisa a gente tem que conhecer e dar mais valor pra gente (Amorosa).*

Ao questioná-las frente ao porquê de elegerem essa temática para aprofundamento no grupo, Batalhadora, de forma empoderada, responde:

*Eu acho que escolhemos por causa da nossa raça.... Para falar sobre nós.... Porque nós somos muito importantes.... Tem muita gente que vem aqui em cima e quer saber da nossa estória (Batalhadora).*

A temática da “mulher quilombola” foi sendo desvelada e concomitante buscou-se reforçar suas potencialidades, aproximando-as e valorizando o viver em comunidade, a união e proximidade do grupo. Propõe-se, com isso, alavancar ferramentas capazes de desvendar suas fragilidades e concomitante fortalecer e impulsionar estratégias de luta a favor de seus direitos e necessidades. Isso se desvela através da seguinte fala:

*A gente não se sente assim... Se vocês valorizam a gente fica bem feliz! Por para nós é normal as coisas que a gente faz... O dia a dia da gente.... Para nós é normal... Mulher trabalhadeira.... Para mim eu acho que é mais mulher*



*trabalhadeira que os homens... As mulheres aqui são muito guerreiras.... Muito guerreiras! (Ana).*

E, logo mais, ao repensar as discussões propostas pelo Círculo, passa a perceber a força da mulher e o representativo papel feminino:

*Minha mãe também passou tanta coisa sozinha... firme! Por isso que eu vejo nós mulheres umas guerreiras... Na hora que vamos cair a gente da uma sacudida e levanta de novo! As mulheres são muito fortes! A mãe dela subia o morro, carregava pesos de lenha, carregava ração, capinava, plantava... A mãe dela é uma guerreira... Ia para o morro sozinha! Trabalhava na roça, dava ração para o gado! Nós nos espelhamos nela! (Cheirosa).*

Nesse momento de retrospectiva e reflexão frente ao papel e valorização da mulher, alguns temas anteriores como a saúde, o racismo e ser guerreira foram devolvidos ao Círculo para debate, buscando novas reflexões e possíveis problematizações para a tomada de consciência crítica e descoberta das situações limite.

No sexto encontro do Círculo de Cultura foi promovida uma roda de saberes onde se falou em saúde e doença, promovendo a curiosidade e a troca de conhecimento entre as participantes. Como uma possibilidade de troca e fortalecimento do grupo, debatemos questões polêmicas como a saúde da mulher referente ao cuidar de si, doenças eminentes da população de raça negra, hábitos saudáveis, exames de rotina entre outros. A proposta oportuniza a transição do senso comum para um olhar crítico referente a saúde, desvelada de forma ampliada e alicerçada aos Determinantes Sociais. Deu-se destaque ao cuidado, ao respeito com o outro assim como uma ressignificação do acesso, voltado a informação e Promoção da Saúde.

*Tudo o que falaram caiu em mim... Adorei e me fez pensar mais na minha saúde. Vejo quanta coisa que temos que cuidar e a gente nem sabe que é importante (Flor).*

Para finalizar, as participantes salientaram a gratificação e o aprendizado em participarem dos Círculos Dialógicos. Destacam que no início tiveram algum receio o qual foi se transformando em uma oportunidade de aprendizado, de amizade e descontração, o que é relatado nas falas abaixo:

*No começo eu achei “que coisa chata” mas fui adorando... Ficava doida de feliz quando chegava o dia e voltava para casa contando tudo o que aprendemos e debatemos aqui” (Violeta).*

*É um ganho para todos! (Violeta).*

*Por que querendo ou não a gente aprende né... Era para ser aqui conosco tua pesquisa... Por que seria bom para nós!!! (Flor).*

Reforça-se ainda o método como uma forma de aprendizado e troca de conhecimento, inclusive recebendo algumas vezes pelo grupo a denominação de curso ou palestra, o que é descrito a seguir:

*Valeu! Realmente gostamos muito e sempre ficava feliz quando era dia do teu curso (Vermelha).*

*A gente comentou entre nós que quer fazer no ano que vem uma palestra com vocês de final de semana para unir mais a comunidade... (Flor).*

E, como fala significativa e importante avaliação do método adotado, Flor finaliza com a seguinte interjeição:

*Lembra que no começo eu fiquei de pé atrás? Comentei ainda com você, para que seria essa entrevista... se você iria trazer um recurso para nós... se nós teríamos retorno... Eu acho que eu nem devia falar aquilo lá no começo (...) Nós aprendemos muito e que isso fique eternamente e para sempre! Que pena que acabou! (Flor).*

No sexto e último Círculo de Cultura foi acordado o encontro de encerramento festivo onde se pactuou um amigo secreto, respectivas atribuições, data e local. Para o encerramento, todas foram convidadas para em um abraço coletivo escutando a música “Te Desejo Vida”, composta por Flávia Wenceslau, favorecendo o desvelar da amorosidade, da união e potencialidade do grupo. Valores praticados por elas, contudo muitas vezes emaranhados e não perceptíveis.

## **Discussão**

Ao estudar e aprofundar questões relacionadas a comunidades vulneráveis percebe-se a importante necessidade de se debruçar em pesquisas participativas, onde a imersão e relação horizontal impreterivelmente precisam estar presentes.

Com isso, percebe-se que no decorrer dos encontros nos Círculos de Cultura a aproximação e cumplicidade entre as participantes foram se fortalecendo, permitindo o desvelar das temáticas e concomitantes reflexões a respeito de suas estórias e condições de vida e saúde.

O advento da Promoção da Saúde sugere um novo paradigma que tem como objetivo o rompimento do conceito fatalista da doença, baseando-se em ideários coletivos e embasados na autonomia e corresponsabilização dos sujeitos (DE FREITAS et al, 2009).

Neste sentido, Badziak e Moura (2010) reforçam a complexidade não apenas de se conceituar saúde ou o direito que a ela se remete, mas ainda elencar os elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada ou não.

Tais elementos, mencionados neste estudo como Determinantes Sociais da Saúde, estão diretamente relacionados a Promoção da Saúde dos sujeitos e são claramente declarados no decorrer dos encontros.

Neste contexto, Riscado, Oliveira e Brito (2010) reforçam a mister importância de intervenções na área da saúde e da educação que enfoquem as adversidades vivenciadas pela mulher e, em especial, a mulher negra, considerando que a desigualdade entre homens e mulheres se constitui em fator de grande vulnerabilidade para as mulheres.

Os autores acima ainda ratificam as fragilidades explicitadas no “ser mulher quilombola”, pois remete a uma posição historicamente desprivilegiada ao ser mulher, negra e sua classe social majoritariamente inferior. Revelam os sentimentos muitas vezes de infelicidade diante da situação de opressão a que essas estão submetidas e evidenciam as diferenças estabelecidas entre os sexos legitimadas socialmente. As mulheres são educadas para o cuidado da casa, da família e para um excelente desempenho da maternidade, o que reforça sua renúncia, conformismo, para esquecer-se de si e só cuidar do outro (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Na atualidade, ampliou-se o conceito de saúde da mulher, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção. Concomitante ao advento da Promoção da Saúde, o cenário mundial vem dando ênfase a visão integral dos indivíduos e com isso, a mulher passa a ser percebida em todos os aspectos e não apenas o reprodutivo (DE FREITAS et al, 2009).

Diante disso, percebe-se a importância de se aliar estratégias de Promoção da Saúde no fortalecimento e empoderamento feminino. Reforçam-se neste estudo as potencialidades em se trabalhar com Círculos de Cultura, correlacionando a Promoção da Saúde aos

Determinantes Sociais. A pesquisa participativa oportuniza uma maior clareza as participantes e a possibilidade de se vislumbrar a Promoção da Saúde à ferramentas de qualidade de vida e assim, vincular à princípios como a convivibilidade, o comprometimento, a colaboração, a corresponsabilidade e solidariedade (DURAND; HEIDEMANN, 2013).

Outro resultado emerso dos encontros foi referente ao acesso e suas amplas dimensões. Ao ser considerado um importante meio de garantir o processo de cuidado em saúde, as condições de acesso e acessibilidade (MACHADO et al, 2016) são consideradas frágeis e carentes de atenção.

Isto é claramente reforçado ao percebermos a vulnerabilidade enfrentada pela população negra brasileira tanto epidemiologicamente quanto socialmente, resultando em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, informação e Promoção da Saúde (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARAES, 2012).

Salienta-se que no desencadear do Itinerário de Pesquisa a temática acesso inicialmente relacionada a dificuldade de transporte e deslocamento urbano foi-se desvelando e as participantes passaram a ter uma nova percepção perante as adversidades e passam a compreender o acesso como barreiras que transcendem a questão geográfica.

Frente a isso, obstáculos econômicos e étnico-raciais se sobressaem entre os elementos que sugerem a produção de iniquidades e cooperam para a vulnerabilização de diferentes grupos sociais (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARAES, 2012).

Dessa forma, o desvelamento temático revela a ingenuidade a qual muitas vezes perpassa o cotidiano destas mulheres nas quais passam a perceber seus direitos e potencialidades de um novo ângulo. No transcorrer da pesquisa ocorreu uma real superação das situações limite como o acesso exclusivamente alusivo a dificuldade de transporte. Passa-se a uma coletiva tomada de consciência da realidade para enfrentamento das adversidades que transitam no dia-a-dia das participantes e com isso reforça-se a importância do conhecimento frente as suas carências e seus direitos como cidadãs.

Muitos estudos relatam como recorrente a temática da invisibilidade do trabalho da mulher e conseqüente desqualificação do trabalho feminino (MELO; CONSIDERA; DI SABBATO , 2007).

Neste sentido, o empoderamento feminino versus a busca por seus direitos/ inquietações aparece neste estudo como um revelar a suas fragilidades. Com a possibilidade de interação entre as participantes do Círculo de Cultura, a pesquisa participante permite além da realização e

coleta dos dados, um aprofundamento das temáticas que surgem no decorrer dos passos do Itinerário.

Ampliou-se o desvelamento da temática mulher quilombola e buscou-se valorizar a independência das participantes desta comunidade assim como suas fortalezas perante suas adversidades, onde as próprias citam seus importantes papéis dentro de seus lares e a complementação da renda familiar. Percebe-se que ao receberem uma renda própria e não dependerem financeiramente dos homens há um visível aumento das responsabilidades da mulher na família e conseqüentemente, na comunidade. Com isso, as mulheres se sentiram valorizadas na sociedade e passam a ter uma nova percepção como cidadãs (MOREIRA et al, 2010).

O empoderamento é visto como um processo que possibilita tomada de decisões e conseqüentemente a ampliação da capacidade crítico-reflexiva das mulheres para olhar a realidade onde vivem, trabalham e se relacionam. “Essa postura que pode movê-las em busca daquilo que desejam, como donas de sua vida, na medida em que consigam entender e fazer diante de uma cultura cuja estrutura ainda as submete a posições de subalternidade” (LANDERDAHL et al, 2013, p. 309).

Compreende-se que o empoderamento das mulheres é uma ferramenta da Promoção da Saúde que deve ser explorada por toda a sociedade, buscando alicerçar estratégias de fortalecimento de populações vulneráveis e conseqüente melhoria da qualidade de vida, cidadania e redução das iniquidades em saúde.

### **Considerações Finais**

Com base nos encontros dialógicos, intrincados com a intencionalidade de se compreender, através do Método Paulo Freire, a relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde de mulheres moradoras de uma comunidade quilombola, alguns apontamentos podem ser sublinhados. Primeiramente percebemos que a Promoção da Saúde está diretamente ligada aos diferentes Determinantes Sociais os quais interferem no processo de saúde e doença destas comunidades.

Os Determinantes Sociais da Saúde são identificados como ferramentas não apenas para explicar as iniquidades, mas também contribuem como alavanca que possibilitam compreender as desigualdades sociais e as diferentes dimensões do acesso.

Este estudo, ao relatar a vivência das participantes nos Círculos de Cultura, traz como destaque o empoderamento das mulheres como

ferramenta de luta e cuidado de si. Permite um verdadeiro encontro entre as participantes e oportuniza verdadeiras trocas dialógicas.

Neste sentido, o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire permite constantes oportunidades de reflexão e reais estratégias de ação perante as suas realidades.

Como possibilidades e limites, este estudo permite o aprendizado coletivo e supera as questões de pesquisa as quais ficam imersas as necessidades das participantes. Permite trocas dialógicas e o desvelar de suas realidades. Porém, por se tratar de uma pesquisa exige um tempo limitado, impossibilitando, em alguns momentos, uma maior flexibilidade entre os encontros.

Destarte, o estudo possibilitou o despertar das mulheres frente as suas realidades e conseqüente empoderamento e frutíferas reflexões as quais podem proporcionar a elevação da autoestima, da valorização e cuidado de si assim como a percepção de suas potencialidades e fortalezas muitas vezes abafadas pelas adversidades do dia a dia.

## Referências

AYRES, J.R.C.M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde:** novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-40.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. **Determinantes sociais da saúde:** um conceito para efetivação do direito à saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.

COSTA, J. C. V. V. da. Palavras para ler, entender e sentir Paulo Freire. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 29, n. 2, p. 279-285, June 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-46982013000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982013000200012) Acesso em: 24 novembro 2016.

CUNHA, R. R. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas:** desafio ao cuidado de Enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DE FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da Promoção da Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em

<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> Acesso em: 14 novembro 2016.

DURAND, M. K. **Promoção da autonomia da mulher na Saúde da Família**. 2012. 83 p. Dissertação de (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 288-295, Apr. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200003) Acesso em: 16 novembro 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

JACKSON, S.F. et al. **Synergy for health equity**: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Rev Panam Salud Publica** 34(6), 2013.

LANDERDAHL, M. C. et al . Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 306-312, June 2013 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200015) Acesso em: 16 novembro 2016.

LEITE, I. B. **O projeto político quilombola**: desafios, conquistas e impasses atuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015) Acesso em: 14 outubro 2016.

MACHADO, M. R. Z. et al. **O Acesso e a Acessibilidade das Mulheres Negras na Atenção Básica:** reflexões acerca da equidade na atenção à saúde das gestantes com sífilis. 2016.

MELO, H. P. de; CONSIDERA, C. M.; DI SABBATO, A. Os afazeres domésticos contam. **Econ. soc.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 435-454, Dec. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010406182007000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010406182007000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 16 novembro 2016.

MOREIRA, N. C. et al. Programa de transferência de renda mínima e atividade complementar de renda: uma análise sobre o empoderamento das mulheres. **Revista de Ciências Humanas (Viçosa)**, v. 10, p. 198-210, 2010.

RISCADO, J. L. de S.; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, A. M. B. B. de. **Vivenciando o racismo e a violência:** um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde soc.*, São Paulo , v. 19, supl. 2, p. 96-108, Dec. 2010 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010) Acesso em: 16 novembro 2016.

TRAD, L.A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARAES, M. C. da S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canada, November, 1986.



### 4.3 MANUSCRITO 3

#### **Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola: desvelando a Promoção da Saúde<sup>13</sup>**

##### **Resumo**

**Objetivo:** Compreender a relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade em vulnerabilidade social. **Método:** Trata-se de uma Pesquisa Participativa, desenvolvida por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que compreende três etapas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Essas etapas foram desenvolvidas no interior de seis Círculos de Cultura, entre os meses de abril a junho de 2016. As participantes foram dez mulheres moradoras de uma comunidade quilombola do litoral Catarinense. Durante o levantamento temático foram investigados vinte temas geradores os quais foram codificados e descodificados em oito sendo que neste estudo aprofundou-se a temática mulher e a relação com os Determinantes Sociais presentes na realidade das participantes. **Resultados:** Permitiram uma compreensão da Promoção da Saúde desta população aliada aos Determinantes Sociais, como Saúde, Religiosidade, Questões Raciais e Redes Sociais e Comunitárias, os quais quando presentes promovem um maior empoderamento e fortalecimento comunitário. **Considerações Finais:** Percebe-se a acentuada correlação das questões raciais versus a fragilidade junto à assistência, à educação, a informação em saúde e principalmente, o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance de uma saúde íntegra e equânime, destacando com isso a necessidade eminente de se fortalecer estratégias práticas de Promoção da Saúde.

**Descritores:** Determinantes Sociais da Saúde, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Promoção da Saúde, Mulheres, Empoderamento.

---

<sup>13</sup> Este artigo se refere ao estudo de doutoramento (2016) realizado na comunidade quilombola Morro do Fortunato - Santa Catarina, como um resultado da investigação temática no que se refere aos Determinantes Sociais na relação com a Promoção da Saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

## **Social Determinants of a Quilombola Community: Unveiling Health Promotion**

### **Abstract**

**Objective:** Understanding the relation of Social Determinants in the Health Promotion of women living in a socially vulnerable community. **Method:** It is a Participatory Research developed through Paulo Freire's Research Itinerary that comprises three stages: thematic investigation, codification and decoding, and critical unveiling. Such stages were developed within six Culture Circles between April and June 2016. The participants were ten women living in a Quilombola community, on the Catarinense coast. During the thematic survey, twenty generative themes were investigated, codified and decoded in eight topics. In this study, the woman's issue and relationship with Social Determinants present in the participants' reality were deepened. **Results:** They allowed a Health Promotion understanding of that population allied to Social Determinants such as Health, Religiosity, Racial Issues, Social Networks and Community. Thus, they promote greater community strengthening and empowerment when they are present. **Final Considerations:** There is a strong correlation between racial issues and fragility with assistance, education, health information, and above all, the distancing of vulnerable communities to the achievement of an integral and equitable health. Therefore, there is an immediate need to strengthen practical strategies for Health Promotion.

**Keywords:** Social Determinants of Health. African Continent Ancestry Group. Health Promotion. Women. Empowerment.

### **Determinantes Sociales de una comunidad quilombola: desvelando la Promoción de la Salud**

### **Resumen**

**Objetivo:** Comprender la relación de los Determinantes Sociales en la Promoción de la Salud de mujeres que viven en una comunidad en vulnerabilidad social. **Método:** Se trata de una Investigación Participativa, desarrollada a través del Itinerario de Investigación de Paulo Freire que abarca tres etapas: investigación temática, codificación y descodificación y develamiento crítico. Estas etapas se desarrollaron en seis Círculos de Cultura, entre los meses de abril a junio de 2016. Las participantes son diez mujeres de una comunidad quilombola de la costa

Catarinense. Durante el levantamiento temático fueron investigados veinte temas generadores los cuales fueron codificados y descodificados en ocho. En este estudio se profundizó la temática mujer y la relación con los Determinantes Sociales presentes en la realidad de las participantes. **Resultados:** Permitieron una comprensión de la Promoción de la Salud de esta población relacionada a los Determinantes Sociales, como Salud, Religiosidad, Cuestiones Raciales y Redes Sociales y Comunitarias, los cuales cuando están presentes promueven un mayor empoderamiento y fortalecimiento comunitario. **Consideraciones Finales:** Se percibe la acentuada correlación de las cuestiones raciales versus la fragilidad junto a la asistencia, a la educación, a la información en salud y principalmente, el distanciamiento de comunidades vulnerables al alcance de una salud íntegra y equánime, destacando con eso la necesidad eminente de fortalecer estrategias prácticas de Promoción de la Salud.

**Palabras clave:** Determinantes Sociales de la Salud, Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Promoción de la Salud, Mujeres, Empoderamiento.

### **Considerações Iniciais**

A Promoção da Saúde é o nome dado ao “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p. 01). Tem como escopo reconhecer as inspirações e necessidades dos indivíduos para que assim seja possível modificar o meio em que transitam e conseqüentemente atingir um estado pleno de bem-estar físico, mental e social individual e coletivo, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (WHO, 1986; TEIXEIRA et al, 2014).

Imerso neste contexto, desde meados da década de 1980, diversos acontecimentos ocorridos em âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde (CARVALHO, 2008).

No Brasil, a Política de Promoção da Saúde foi promulgada em 2006 e redefinida em 2014, trazendo como valores fundamentais a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social. Adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a

sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. Destaca-se ainda, em seu artigo oitavo, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a equidade e o respeito à diversidade, como possibilidade de identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, procurando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares (BRASIL, 2014).

Sob essa ótica torna-se fundamental o olhar para as questões das mulheres, em especial mulheres de comunidades quilombolas as quais se encontram em vulnerabilidade social.

Neste sentido, Jackson et al (2013), afirmam que a abordagem da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde, quando integrados, podem contribuir para a compreensão e enfrentamento das disparidades em saúde e bem-estar social. Centrado no papel da política de redução da desigualdade, se distancia do discurso tradicional da saúde pautado no indivíduo.

Andermann (2012) acentua que cada vez mais está se reconhecendo que os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre as populações. Certos subgrupos, em particular aqueles de baixo status socioeconômico, foram encontrados com proporções maiores de fatores de risco e, conseqüentemente, sofrem de saúde precária.

Neste contexto, inserem-se as comunidades em situação de vulnerabilidade social na qual trazem em seu conceito a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento (BERTOLOZZI et al, 2009). A vulnerabilidade social implica em características, recursos e habilidades inerentes a sujeitos ou grupos, que podem ser escassos ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Com isso, essa relação irá determinar o grau de desgaste da qualidade de vida dos indivíduos (MONTEIRO, 2011). Desta forma, destaca-se a população “remanescente de quilombo” como um forte e ainda, parcialmente, explorado grupo étnico vulnerável.

Segundo a Comissão Pró-Índio de São Paulo - CPISP (2015), as comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade.

No intuito de conceituar o tema em questão, destaca-se a palavra “quilombo” com maior reconhecimento e notoriedade. O termo "quilombo", que em sua etimologia Bantu significa “acampamento guerreiro na floresta”. Popularizado no Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo instituídas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão. Essa palavra teve

ainda um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos (LEITE, 2008).

As comunidades quilombolas são marcadas por processos históricos de discriminação e exclusão e vivenciam uma realidade socioeconômica excludente em relação à população brasileira em geral (FERREIRA, 2011).

Aproximações da área da saúde, em especial a enfermagem nos propósitos os quais está fundamentada, tem como alicerce neste estudo a relação dos Determinantes Sociais com a Promoção da Saúde de populações em vulnerabilidade social.

Ao se discutir e refletir os Determinantes Sociais em seus cotidianos e a Promoção da Saúde dos autores envolvidos, este estudo tem como objetivo compreender a relação entre os DSS e a Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade em vulnerabilidade social.

### **Trajatória Metodológica**

Estudo de abordagem qualitativa, com caráter participativo e dialógico, desenvolvido junto ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

O Itinerário de Pesquisa Freireano acontece no transcorrer dos Círculos de Cultura, espaço esse aberto as diferentes trocas, respeito mútuo e construção de distintos saberes. Mediante o processo de ação–reflexão–ação, todos avançam e se “despedem” diferentes de como ingressam (DURAND, 2012).

O Itinerário de Pesquisa consiste de três momentos dialéticos e interdisciplinarmente entrelaçados: investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação (ou descodificação) e problematização ou desvelamento crítico (HEIDEMANN; ALMEIDA, 2011; CUNHA, 2010; FREIRE 2009).

Ainda, para uma melhor visualização da proposta Freireana, o Itinerário de Pesquisa está representado na figura abaixo:

Figura 11 - Esquema do Itinerário de Pesquisa representado em Cores



Fonte: a autora (2016).

A figura acima demonstra através de cores a roda em movimento. A simbologia do rosa, representada na Investigação Temática representa a ingenuidade no transcorrer do levantamento dos temas geradores. O lilás da codificação temática, ainda em um momento de magia, passando ao cinza com o exercício da descodificação, onde se deflagra o exercício de um olhar crítico e reflexivo. O verde no Desvelamento Crítico simboliza a liberdade de pensamento proporcionada pelos encontros dialógicos culminando na tomada de consciência, representada pelo amarelo ao remeter a luz e conhecimento. Percebe-se ainda que no interior do círculo (o qual segue em aberto ao proporcionar transição e movimento), transita o vermelho como símbolo de energia, paixão e provocação, representando as constantes problematizações dialógicas proporcionadas pelos encontros e concatenadas no processo contínuo de ação-reflexão-ação.

Referente ao contexto do estudo, os Círculos de Cultura aconteceram na Comunidade Quilombola denominada Morro do Fortunato, município de Garopaba, estado de Santa Catarina.

A comunidade remanescente de quilombo denominada ‘Família do Fortunato’ existe há mais de cem anos e está localizada no bairro do Macacu, cerca de 8 km do centro de Garopaba.

Nesta comunidade, vivem em média 180 moradores, divididos em trinta e uma famílias segundo a informação verbal de uma moradora, todos descendentes do escravo Fortunato, que foi filho de uma escrava e de um senhor dono de terras na região de Garopaba (DIÁRIO CATARINENSE, 2016).

Os encontros nos Círculos de Cultura tiveram a participação de dez mulheres quilombolas com idade entre 24 e 54 anos, moradoras da Comunidade Quilombola Morro do Fortunato. Não foram incluídas nesta pesquisa mulheres que residem em outras comunidades quilombolas adjacentes.

A investigação dos temas ocorreu no desenrolar de seis encontros dos Círculos de Cultura no período de abril a junho de 2016. No transcorrer desses três meses foram realizadas as etapas do Itinerário de Pesquisa. Os encontros aconteceram junto ao “grupo de mulheres” no qual se reúne há oito anos na comunidade. Acontecem na Sede da Associação e são realizados semanalmente. Pactuamos na roda que os encontros relacionados à pesquisa seriam nos dias de encontro do grupo de mulheres.

No primeiro encontro, junto com a auxiliar de pesquisa, foram apresentados a proposta e os objetivos do estudo, bem como se procedeu a apresentação das participantes. Explanou-se a metodologia de trabalho que seria desenvolvido em Círculos de Cultura mediante o diálogo entre todos.

No segundo encontro precisamos repactuar e planejar as datas e horários, onde acordamos duas horas antes dos trabalhos manuais das participantes. Observou-se já neste dia a acolhida do grupo e o interesse no estudo. Nesta fase inicial, realizamos ainda o preenchimento do formulário socioeconômico individual com objetivo de reconhecê-las e compreender sua forma de pensar saúde e o viver quilombola.

O terceiro encontro foi o momento onde iniciamos o levantamento dos temas geradores. Foi proposta uma atividade de recorte e colagem de revistas baseado na figura dos Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), relacionados ao viver quilombola. Como resultado, as mulheres elaboraram dois cartazes que expressavam a compreensão sobre os Determinantes Sociais (Figura 11).

Figura 12 - Cartaz construído no transcorrer da vivência dos Círculos de Cultura



Fonte: registro digital da autora (2016)

No quarto encontro vivenciamos a segunda fase do Círculo de cultura (codificação e descodificação). Neste, foram selecionados os 20 temas geradores levantados pelas mulheres na Investigação Temática, sendo apresentados em tarjetas. Estes foram discutidos com o grupo e solicitado que cada uma elesse um de seu maior interesse.

Posterior a seleção das tarjetas de interesse das mulheres, os temas geradores foram reduzidos a oito os quais foram trabalhados em dois diferentes grupos. A proposta foi que cada grupo de participantes mediados pela pesquisadora e/ ou a auxiliar de pesquisa discutissem os temas selecionados por elas para que depois no grande grupo esses fossem descodificados.

Destaca-se que nessa descodificação fez-se necessário um maior aprofundamento de dois temas geradores que foram descodificados como transversais aos demais: os temas saúde e mulheres quilombolas. No quinto encontro foram descodificados ainda temas que careciam de uma maior reflexão e discussão, para que ocorresse o desvelamento.

No sexto encontro aconteceu o Desvelamento Crítico, onde se desvelou duas temáticas significativas relacionadas aos Determinantes Sociais das mulheres quilombolas e o acesso sendo que neste estudo foi trabalhado o ser mulher quilombola e a relação com os Determinantes Sociais.

Vale a pena ressaltar que após a realização dos Círculos de Cultura com as mulheres quilombolas eram realizados encontros complementares com a orientadora do estudo para reflexão dos temas emergidos e encaminhamento para o próximo Círculo. Possibilitava-se



visualizar os temas investigados e planejar os próximos encontros de Círculo de Cultura.

Essa pesquisa foi conduzida de forma linear e participativa, sendo possível explorar as diferentes participações de cada membro e valorizar a riqueza in loco, o cuidado mútuo e as diversas formas de aprender e apreender. Ratifica-se a importância do estar aberto ao novo e as diversas formas de se pensar e se construir saúde.

Os temas foram registrados através de caderno de campo onde foram inseridas as observações e informações apreendidas no transcorrer da vivência junto às participantes assim como o uso de gravadores de áudio utilizados após o consentimento das mesmas. As temáticas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora que utilizou uma transcrição direcionada. Ressalva-se ainda o apoio de duas auxiliares de pesquisa que apoiaram durante todo o processo junto aos registros, aplicação do instrumento sócio demográfico e na mediação dos Círculos Dialógicos.

Este estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil e aprovado pelo aprovado pelo CEPSH/UFSC com o CAAE 53143216.6.0000.0121. Respeitou-se o anonimato das participantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE. Tem o compromisso pela ética e respeito pelos seres humanos envolvidos, baseando-se na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/ 2012 (BRASIL, 2012). Para manter o sigilo sobre as participantes, as mesmas foram denominadas por codinomes escolhidos por elas próprias.

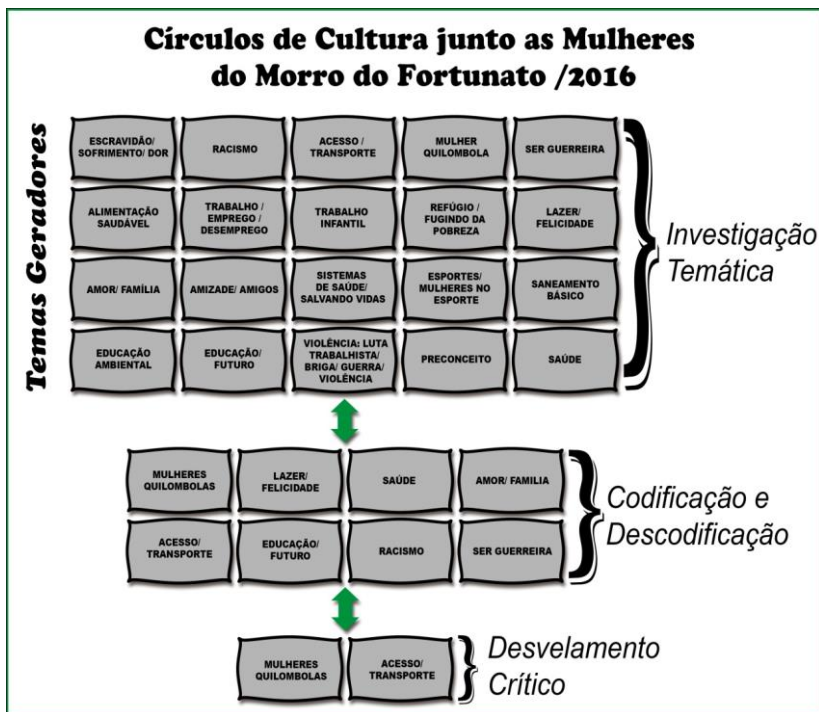
## **Resultados**

Participaram deste estudo dez mulheres com idade entre 24 e 54 anos, pertencentes à comunidade Morro do Fortunato. Referente à escolaridade, apenas uma não estudou, cinco concluíram o ensino fundamental e quatro o ensino médio, sendo que uma está finalizando este ano. Destas dez, oito tem filhos, duas um filho, duas dois filhos, três três filhos e uma quatro filhos. Quanto à profissão, uma é balconista, três são doceiras, uma é auxiliar de serviços gerais, uma artesã e quatro são do lar. Quanto ao tempo de moradia no Morro, cinco sempre moraram no local. O menor tempo de moradia são seis meses e o maior tempo, vinte e seis anos.

No transcorrer dos Círculos de Cultura foram levantados vinte temas geradores, codificados e descodificados em oito de interesse do grupo, reduzidos em dois, mulheres quilombolas e o acesso/ transporte,

o que está representado na figura abaixo (Figura 12). Dentre esses temas iremos discutir neste estudo o desvelamento da temática mulheres quilombolas e sua relação junto aos Determinantes Sociais mais presentes na realidade das participantes e com isso compreender a Promoção da Saúde desta população.

Figura 13 - Representação gráfica dos temas geradores levantados, codificados/ descodificados e desvelados no transcorrer dos Círculos de Cultura/ 2016



Fonte: Círculos de Cultura junto as Mulheres Quilombolas do Morro do Fortunato/ 2016.

## Determinantes Sociais e a Saúde das Mulheres Quilombolas

O conceito de Promoção da Saúde atrelado aos Determinantes Sociais nos permite um olhar ampliado ao viver bem e com isso nos remete a extensão do que se pensa e se propõe em saúde.

Dessa forma, no transcorrer dos encontros de Círculos de Cultura, foram propostas novas reflexões frente ao conceito de saúde conectado

apenas a ausência de doença e/ou ainda, aos sistemas de saúde, como na fala de Morgana, que se refere ao cuidado centrado apenas na figura do profissional:

*A Agente Comunitária de Saúde veio aqui uma única vez em toda minha gestação... Era uma gravidez de risco... Perdi meu neném e a Agente só veio aqui uma vez, fez uma fichinha... Aqui é uma coisa que eu não vejo... (Morgana)*

Ou ainda, quando ao visualizarem uma foto de um homem de avental branco, rapidamente relatam:

*Mais uma foto de saúde aqui... um médico... (Querida)*

A saúde centrada na figura do profissional de saúde remete a um olhar ainda ingênuo, biomédico e reduzido do seu conceito ampliado. Algumas provocações foram produzidas, gerando reflexões e questionamentos sobre a saúde e os fatores que a promovem.

Ao decodificar este tema, indagou-se ao grupo o conceito de saúde e as reflexões começaram a se tornar frutíferas:

*Saúde para mim é viver bem... Saúde é tudo! É uma alimentação saudável... É viver muito bem, em paz, com muito amor ao próximo..." Aqui nesta figura sorrindo! Isso é felicidade e que eu considero saúde. É família... Mãe, pai... (Cheirosa)*

*Como eu disse... é estar bem... saúde é mesma coisa que estar feliz, estar em família... (Amizade).*

Um ponto crucial revelado nas falas e desvelado no grupo representa uma forma ampliada de se pensar e conceituar saúde relacionando-a aos Determinantes Sociais. Percebe-se a relação que as participantes fazem com estilos de vida saudáveis assim como vinculada a felicidade e bem-estar, tendo como alicerce a família em harmonia.

## **Determinantes Sociais e a Religiosidade das Mulheres Quilombolas**

Dentre os determinantes que fortemente se destacaram nos encontros foi a religiosidade.

No questionário sociodemográfico, 70% das participantes tem a religião católica como opção religiosa, uma (10%) é evangélica, uma

(10%) wilka e celta e uma refere frequentar todas as religiões. Porém, no decorrer das discussões não revelaram a opção pelo espiritismo, mas que no diálogo dos Círculos emergiram aproximações com esta corrente religiosa.

Ainda relacionado à temática da religiosidade, observou-se o estreitamento entre a fé e o estar saudável, descrevendo o pensamento como fortaleza para a cura:

*Eu fiquei também um dia com pressão alta, mas pensei: 'eu não aceito isso'... Fui cuidando do sal e da comida e coloquei na cabeça que não iria tomar remédio de jeito nenhum até que fiquei bem... Dai fiquei a semana toda com pouco sal na comida, muita salada, folha bem verde. Como couve, rúcula, radite e fiquei boa... (Cheirosa)... Cuidam da alimentação pra ver se vocês vão precisar tomar remédio... Quando está tudo ruim dentro da barriga é o verde que vai limpar... (...) E outra coisa, tem que acreditar que vai ficar bem. Afinal, vocês tem fé ou não tem? (Cheirosa).*

A relação da espiritualidade como estratégia para a cura torna-se ainda mais evidente nos relatos referentes a benzeduras e outras crenças religiosas. Dialogou-se nos Círculos de Cultura alternativas de tratamentos complementares os quais têm como alicerce a fé e a crença como tratamento e cura:

*Aqui tem gente ainda que acredita e tem que respeitar... Antigamente tinha gente que participava de consultas com a benzedeira... Como não tinha médico aqui sempre a consulta era com ela... Não sei se ainda tem mas antigamente era mais... Levava uma roupa, ela benzia, dava chá e muita gente se curava... (Batalhadora).*

Ao se pensar em religião, percebe-se uma forte relação com práticas de cuidado e formas de se pensar saúde. Com o decorrer do diálogo alcança-se uma instigante contemplação diante da realidade das participantes, ou seja, um entendimento do ser negra e o quanto as diferenças religiosas influenciam nas suas questões de saúde, de luta e organização, questões morais/ pré-conceitos, seu viver em comunidade e o fortalecimento das comunidades quilombolas ao passo de experimentarem a valorização de questões culturais e costumes como saúde e cura.

## Determinantes Sociais e as Questões Raciais das Mulheres Quilombolas

Embora muitas vezes mascarado no convívio do cotidiano, o discurso racista e segmentário ainda é presente nas falas das mulheres quando estas contam determinadas experiências. Muitas vezes camuflado e talvez vinculado a práticas culturais, são embutidos por meio de eufemismos sutis, mas recorrentes:

*Vem dos antepassados... Agora não somos mais tão recriminadas... mas tem lugares que a gente vai e nos olham meio estranho... Emprego até está bom (Amorosa)*

*Eu sempre consigo... No verão principalmente (Querida)*

*O mais comum é casarem com os daqui de cima... Só uma entre nós casou com quem não é daqui... Resumindo, é branco (Querida).*

As participantes relatam a oportunidade de emprego como “bom”, mas no transcorrer dos diálogos verbalizam, embora de forma ainda ingênua e despercebida, que a cor e a raça muitas vezes estão vinculadas a subempregos onde, em sua maioria, não exigem qualificação profissional e/ ou recursos financeiros para se colocar no mercado de trabalho. Isto é relatado na fala a seguir:

*Para nós isso vai para dentro da universidade... Até por que não entendo muito por que minha profissão é ser faxineira e não saio disso, mas como vai para dentro da universidade, para nós é um orgulho, é gratificante... (Flor).*

E ainda, com sentimento de inferioridade ou preconceito/sentimento de pormenor, ela complementa:

*E eu imagino que de uma forma nós também somos importantes para quererem conhecer e estudar a gente, não é? (Flor).*

Nesta ótica, na medida em que as reflexões nos Círculos de Cultura são incentivadas, percebe-se que o racismo passa a ser desvelado e percebido diante as barreiras que encontram em suas rotinas, possibilitando uma nova forma de se aperceberem e, com isso, se fortalecerem:

*O racismo gera também uma dificuldade de acesso... Até para conseguir um trabalho melhor, que saia da informalidade... Daí acabam tendo que ficar com empregos de faxineira, pedreiro... Os maridos sem carteira assinada... A filha dela, por exemplo, começou a fazer faculdade, mas era em Tubarão e era muito difícil então desistiu... Então tudo isso é dificuldade de acesso... Até para ter um futuro melhor... (Flor).*

Com o aprofundamento desta temática, as participantes passam a se perceberem como mulheres fortes, ou melhor, fortalecidas perante às adversidades que a questão da raça as faz vivenciar. As discussões na roda culminam com a fala a seguir que permite perceber o desvelar de uma questão muito presente nas populações vulneráveis, o preconceito:

*A dificuldade de acesso e o racismo mostram o quanto nós somos guerreiras... Vamos driblando as dificuldades e com bom humor tocando a vida... (Flor).*

Desta forma, entende-se que o Itinerário de Pesquisa Freireano foi fundamental para o processo da relação dos DSS nas questões raciais. Na investigação desta temática o racismo aparece para além da discriminação e tem como desdobramento a questão das oportunidades de trabalho assim como o acesso aos serviços de saúde. No entanto, com o desvelamento, este tema passa a ser vislumbrado como forma de fortalecimento da história de constituição da comunidade quilombola do Morro do Fortunato e embasado na resistência e luta social.

## **Determinantes Sociais da Saúde e as Redes Sociais e Comunitárias**

Uma potencialidade desvelada no transcorrer deste estudo se refere à estruturação das redes sociais desenvolvida pelo grupo.

Embora ainda não reconhecida como uma importante característica atrelada ao viver em comunidade, inicialmente as participantes demonstram não se considerarem unidas e manifestam este adjetivo como algo inerente ao passado, o que é debatido nos encontros de Círculo de Cultura.

*Mais antigamente... Acho que os mais antigos sim eram de verdade unidos (Batalhadora)*

*Hoje já não é tanto... (Apaixonada)... É cada um por si... (Violeta)*

*Eu e minha irmã estamos na horta... então quando alguém quer é só ir lá e pegar... Mas quando a gente precisa ninguém vai lá e ajuda a gente... (Cheirosa)*

*É, isso é verdade... Então só quando é para o meu interesse... (Batalhadora).*

As partícipes destacaram a dificuldade em se comunicarem e queixam-se que por estarem próximas geograficamente e serem todas familiares, poderiam se sentir mais presentes e se apoiarem mais. Mencionaram que as atividades diárias são cada vez mais individuais e passam a ser um motivo de afastamento entre elas na comunidade. Neste sentido, Apaixonada comenta:

*Antigamente tudo era feito em conjunto, desde lavar a roupa na fonte, faziam juntas e se comunicavam... (Apaixonada).*

No decorrer do debate, uma nova reflexão toma sentido e com isso elas percebem um diferente modo de se caracterizarem. Passam a compreender que as relações acompanham as mudanças temporais e com isso, sofrem alterações que podem ser revistas de um novo olhar:

*(...) Verdade. Agora eu estou percebendo... Tinha mais união quando tinha esse engenho... As pessoas se juntavam numa roda, mas todos ficavam juntos... (Violeta)*

*Eu estou vendo que a mulher hoje está sobrecarregada... Porque antigamente ela não tinha muito o que fazer... Por que hoje ela trabalha em casa, trabalha fora... Naquele tempo ela lavava roupa de dia na fonte e hoje, passa o dia trabalhando... Como vai lavar roupa na fonte de noite? (Apaixonada).*

E com isso, percebem o crescente papel da mulher nos espaços cotidianos. No entanto, há uma relação de desigualdade entre elas e os homens da comunidade. Percebe-se uma conquista ainda ambígua ao transitar por um empoderamento somado a sobrecarga do papel feminino. Isto é revelado nas falas a seguir:

*A mulher se destaca mais aqui... A mulher é muito mais pra frente, mais batalha... (Flor)*

*Quem vai buscar, ir atrás é a mulher...*  
(Batalhadora)

*A gente respeita os homens (Cheirosa)... E Violeta complementa: Mas quem batalha mais, na luta aqui... é a mulher... (Violeta)*

*A mulher tem que correr atrás, suando... Tem coisa que eu faço aqui é por homem e por mulher... Não tem que esperar pelos homens...*  
(Apaixonada).

As reflexões trabalhadas nos encontros incitam provocações diante à reciprocidade do grupo e do carinho mútuo que todas nutrem entre seus pares.

Com isso uma nova percepção emerge, permitindo a superação da alienação vinculada ao comparativo perante as vivências passadas e possibilitando a análise da realidade atual e a astúcia diante a dinamicidade da vida e suas reais fortalezas, o que é claramente expresso na fala a seguir:

*Realmente meninas... Temos nossos defeitos, mas também temos muitas qualidades... Acho até que temos mais qualidade do que defeitos... E somos unidas! (Batalhadora).*

Esses resultados novamente nos remetem ao Método de Paulo Freire que clarifica um novo olhar sob a questão dos Determinantes Sociais. A posição das mulheres levantadas na investigação sobre as Redes Sociais e Comunitárias são direcionadas em relação ao passado como dificuldade de comunicação na atualidade. No entanto, com o desencadear dos Círculos de Cultura, passam a perceber as mudanças temporais e sua influência na forma de comunicação, percebendo a união, o respeito às diferenças e a inclusão que transita no grupo.

## **Discussão**

Compreende-se que à medida que o processo dialógico avança, novas inquietações e concepções emergem e assim, concomitantemente, são refletidas e ampliadas. Com isso, os temas de saúde, religiosidade, relações raciais e comunitárias discutidos neste estudo precisam ser debatidos e definidos na perspectiva de serem utilizados com mais coerência e entendimento, e com isso, contribuindo para a melhoria da qualidade da vida.



O conceito de saúde transcendente a ausência de doença, tem um olhar ampliado e ligado a hábitos saudáveis, ao lazer e viver em harmonia, a religiosidade, a felicidade e a família, percebendo o indivíduo na sua singularidade e no contexto real em que vivem. Segundo Lopes et al (2010) vincula-se a promoção e quando influenciado pelos movimentos de luta pela redução das desigualdades sociais e iniquidades avança, contemplando em seu conceito pré-requisitos para realmente alcançá-la.

O processo de viver com ou sem saúde não se limita a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem a um estado de equilíbrio, mas está fortemente atrelada às características socioculturais e aos significados que cada sujeito atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN et al, 2011).

A saúde vista não apenas como ausência de doença, afasta-se do conceito reducionista e centrado na figura do profissional, permite discussões voltadas à concepção de saúde-doença e suas articulações com o processo de viver. Este processo de debates e discussões possibilita a construção de novos referenciais atrelados a um conceito ampliado de saúde, apreendido enquanto um fenômeno integral, integrador e potencializador de um viver com mais saúde (DALMOLIN et al, 2011).

Importante ainda recordar o marco crucial do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Impulsionado pela VIII Conferência Nacional de Saúde a qual teve a participação ativa da sociedade, favorece o entendimento de saúde enquanto produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, habitação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, entre outros. A saúde vista de forma ampliada e complexa, tendo como princípio a universalidade, integralidade e equidade e afastando-se do modelo fragmentado, curativista, sem a participação da população e restrito aos profissionais da saúde (BRASIL, 1986; FLEURY, 2009).

Neste estudo, ao ter como premissa a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de uma comunidade em vulnerabilidade social, percebe-se a estreita aproximação dos fatores que propulsionam a saúde e as discussões compartilhadas nos Círculos de Cultura.

Visentin e Lenardt (2010) relatam a dificuldade dos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, de abordar todas as problemáticas relacionadas ao processo saúde/ doença sendo necessário o interesse destes incluir outras dimensões sociais, culturais e até mesmo espirituais implicadas nos processos de cura.

A busca da cura faz com que a pessoa doente ou a família percorra várias alternativas dentro de sua religiosidade, significando a fusão de crenças em um verdadeiro sincretismo religioso.

Muitas vezes é encontrado junto a um curandeiro, benzedeira e outras terapias populares o contrário do que encontra em um médico: alguém que teria uma experiência de vida semelhante, que falaria a mesma linguagem e poderia compreendê-lo (VISENTIN; LENARDT, 2010). A saúde vista não apenas na perspectiva biológica e sintomática, envolve aspectos sociais, culturais e psicológicos, abrangendo e reforçando os DSS como alicerce ao bem viver.

Com isso, reforça-se que a religiosidade e a crença em terapias populares possuem uma dimensão significativa no processo de cura. É através desses sábios populares que a medicina deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas assistenciais, para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte. Adquire, ainda, um significado importante dentro do processo saúde-doença, pois muitas vezes proporcionam respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde (SIQUEIRA et al, 2006).

Outro ponto destacado pelas participantes do estudo foi a relação entre o racismo/ preconceito de cor e raça e a condição do alcance limitado a subempregos assim como a dificuldade, na grande maioria das vezes, de uma inserção social paralela ao restante da população. Frente a isso, Araújo (2014) ratifica a clareza junto às pesquisas das desigualdades sociais e étnico-raciais que permeiam a sociedade brasileira e ainda o grande abismo que separa os grupos abastados dos grupos subalternizados, em especial os grupos historicamente estigmatizados, oprimidos e marginalizados, como negros, índios entre outros.

Os negros brasileiros internalizam desde cedo o pertencimento a uma minoria social. Esta classificação se exalta, ao passo que as oportunidades se inserem como condição mínima de sobrevivência vinculada aos baixos níveis de escolaridade, como fator de exclusão social e política, sendo ainda preponderante para a conservação do *status quo* da sociedade brasileira marcada por profundas desigualdades (SANTOS, 2012).

A exclusão social designada como desigualdade, miséria, injustiça, exploração econômica, marginalização entre outros é encarada como um processo sócio histórico de repressão a grupos ou indivíduos, gerando com isso fortes impactos na singularidade de cada ser

(DOROTEU, 2012). Por outro lado, ocorre a fragilidade e desmotiva o empoderamento social dos grupos em vulnerabilidade social.

A história oficial nega e silencia o protagonismo e a insubordinação das mulheres negras que, diante da escravidão, do racismo, do sexismo e da pobreza, geraram e ainda hoje elaboram cotidianamente mecanismos de resistência e estratégias de preservação da sua cultura e dignidade (MONTORO; FERREIRA, 2014).

A pessoa ou grupo empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (VALOURA, 2010).

Neste sentido, esses movimentos emancipatórios estão articulados à noção de autoestima dos grupos sociais, referindo-se principalmente à dimensão individual e psicológica dos mesmos (ROSSO; ROMANINI, 2014). Reforça-se a necessidade iminente de estratégias de trocas dialógicas e a expansão da Promoção da Saúde como uma estratégia de empoderamento comunitário.

Segundo o estudo de Marinho e Gonçalves (2016), as práticas de empoderamento feminino estudadas em sua revisão bibliográfica ponderaram os contextos em que as mulheres vivem e refletiram sobre o papel reprodutivo e doméstico que elas ocupam. Junto a isso, importante salientar o viver em comunidade como uma estratégia de propulsão e visibilidade ao papel feminino. As autoras também destacam o empoderamento como uma potente concepção e avaliação de práticas promotoras da autonomia feminina junto a superação de desigualdade de poder em que as mulheres, em especial as mulheres negras, se encontram.

Assim, Rangel (2010) salienta a necessidade de fomentar o fortalecimento de capacidades individuais e coletivas através dos múltiplos Determinantes Sociais os quais condicionam e promovem saúde e bem-estar. A autora ainda relaciona a Promoção da Saúde em seu sentido conceitual condizente à impulsão, ao gerar e fomentar estratégias de saúde, abarcando, com isso, o sentido de positividade e criatividade das ações e agindo não sobre agentes e mecanismos causais e sim sobre os Determinantes Sociais da saúde.

### **Considerações Finais**

O desenvolvimento deste estudo procurou compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde desta comunidade em vulnerabilidade social, tendo como eixo condutor a vivência nos encontros junto ao grupo de mulheres quilombolas.

Embora tenhamos proposto na dinâmica de levantamento temático abarcar os Determinantes Sociais os quais são destacados no Modelo de Dahlgren e Whitehead, foram debatidos neste artigo os que mais se sobressaíram: emprego/ condições de vida e trabalho, religiosidade, família, redes sociais/ costumes, empoderamento feminino, racismo e acesso aos serviços de saúde, agrupados e discutidos no transcorrer dos resultados em quatro temáticas significativas.

Os DSS foram no transcorrer deste relato sendo encadeados à Promoção da Saúde de forma ampliada e complexa, buscando alicerçar as vivências aos estudiosos da área.

Desta forma, a saúde é entendida de forma integral e holística, possibilitando estender a saúde a questões sociais, psicológicas, políticas, raciais, culturais e históricas, reforçando seu conceito ampliado e não meramente a ausência de doenças.

Percebe-se a acentuada correlação entre as relações raciais e a fragilidade junto a assistência, à educação, à informação em saúde e principalmente, o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance de uma saúde íntegra e equânime, destacando com isso a necessidade eminente de se promover estratégias práticas de Promoção da Saúde vinculadas a essas populações.

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire permite o desencadeamento de temáticas de interesse das participantes as quais foram desveladas concomitante ao processo dialógico. Enseja, à medida que avança, compreender os pré-conceitos estabelecidos pelo grupo e com isso, potencializar novas e frutíferas reflexões. Este processo, caracterizado no âmbito das pesquisas participativas, além de oportunizar trocas de conhecimento permite aos participantes tornarem-se atores de suas realidades e com isso, terem acesso a novas oportunidades de ação.

As contribuições deste estudo se direcionam aos profissionais da saúde em especial à enfermagem que tem uma forte comunicação com populações vulneráveis, estendendo-se as demais áreas e políticas públicas para o alcance conjunto de estratégias de ação. No tocante a relevância da proposta metodológica de Paulo Freire entende-se que foi inteiramente pertinente e oportuno. Trouxe contribuições ainda empíricas no decorrer da trajetória dos encontros, mas que certamente se concretizaram como resultado desta proposta dialógica e participativa.

Recomenda-se que outras comunidades em vulnerabilidade social possam ser acompanhadas e “ouvidas” e que novas pesquisas de natureza participativa sejam desenvolvidas no intuito de aproximar e

promover resultados concomitantes aos grupos estudados e com isso possibilitar uma maior aproximação da academia com as realidades em destaque.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 26 outubro 2016.

ANDERMANN, A. **Evidence for health: from patient choice to global police.** Ottawa: Cambridge, p.220. 2012.

ARAÚJO, J. de A. **Racismo, Violência e Direitos Humanos: pontos para o debate.** In RIDH, v. 2, n. 2, p. 75-96, 2014.

BERTOLOZZI, M.R. et al . Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031) Acesso em: 26 outubro 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília(DF) 1986. [citado 2009 out 18] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadão>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, A. I. de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, Jan. 2008. Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100001) Acesso em: 10 novembro 2016.

CPISP. **Comissão Pró-Índio de São Paulo:** comunidades quilombolas. Disponível em: <<http://www.cpis.org.br/comunidades/>>. Acesso em: 14 abril 2015.

CUNHA, R. R. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas:** desafio ao cuidado de Enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.* Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

DALMOLIN, B. B et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery** (impr.), 2011; 15(2): 389-394. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23> Acesso em: 2 outubro 2016.

DIÁRIO CATARINENSE. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/09/morro-dos-fortunatos-em-garopaba-preserva-legado-da-cultura-africana-4594230.html>> Acesso em: 10 fevereiro 2016.

DURAND, M. K. Promoção da autonomia da mulher na Saúde da Família. 2012. 83 p. Dissertação de (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FERREIRA, H. da S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, July 2011. Disponível em:<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020498920110007000008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020498920110007000008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cienc Saúde Colet.* 2009 maio/jun; 14(3): 743-52. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 26 outubro 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

HEIDEMANN, I.T.S.B; ALMEIDA, M.C.P de. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. **Public Health Nurs.** 2011; 26(2):159-67.

JACKSON S.F. et al. **Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas.** Rev Panam Salud Publica v.34, n.6, p. 473- 480, 2013.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015) Acesso em: 14 outubro 2016.

LOPES, M. do S. V. et al . Análise do conceito de Promoção da Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 461-468, Sept. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000300007&script=sci_arttext) Acesso em: 26 outubro 2016.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate, Pelotas**, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695> Acesso em: 30 julho 2015.

MONTORO, T.; FERREIRA, C. Mulheres negras, religiosidades e protagonismos no cinema brasileiro. **Galáxia** (São Paulo, Online), n. 27, p. 145-159, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-25542014116147>

RANGEL M.L. **Desafios e limites de estratégias de Promoção da Saúde dirigidas à família.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. p.157-75. IN: Leny A. Bomfim. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas; 380 P.

ROSO, A; ROMANINI, M. **Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico.** Psicologia e Saber Social, 3(1), 83-95, 2014.

SALDANHA MARINHO, P. A.; GONÇALVES, H. S. Práticas de empoderamento feminino na América Latina. **Rev. estud. soc.**, Bogotá, n. 56, p. 80-90, June 2016. Disponível em [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123885X2016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123885X2016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es) Acesso em: 28 outubro 2016.

SANTOS, C.B. **Análise dos Saberes Culturais da Dança e Estética das Mulheres Quilombolas de Macapazinho:** um Estudo Exploratório em Santa Izabel do Pará. Revista Eletrônica FAAM, v. I, p. 56-67, 2012.

SIQUEIRA, K. M. et al . **Crenças populares referentes à saúde:** apropriação de saberes sócio-culturais. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 68-73, Mar. 2006 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008) Acesso em: 09 novembro 2016.

SOARES, M. **Letramento:** um tema em três gêneros. 4ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

TEIXEIRA, M. B. et al . **Avaliação das práticas de Promoção da Saúde:** um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 52-68, Oct. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600052](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052) Acesso em: 09 novembro 2016.

VALOURA, L. D. (2005/2006). **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo empoderamento, em seu sentido transformado.** Recuperado em 26 janeiro, 2011, de Instituto Paulo Freire: [http://www.paulofreire.org/pub/Crpf/CrpfAcervo000120/Paulo\\_Freire\\_e\\_o\\_conceito\\_de\\_empoderamento.pdf](http://www.paulofreire.org/pub/Crpf/CrpfAcervo000120/Paulo_Freire_e_o_conceito_de_empoderamento.pdf)

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. **O itinerário terapêutico:** história oral de idosos com câncer. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010 Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400007) Acesso em: 26 outubro 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canada, November, 1986.



#### 4.4 MANUSCRITO 4

### **O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em Saúde<sup>14</sup>**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Este estudo visa discutir o acesso de mulheres de uma comunidade em vulnerabilidade social para o alcance da equidade em saúde e a relação com suas diferentes dimensões. **Método:** Trata-se de uma pesquisa participativa, com abordagem qualitativa que utilizou como estratégia metodológica o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que propõe a participação horizontal e dialógica dos participantes. A pesquisa aconteceu no transcorrer de Círculos de Cultura entre abril e junho de 2016, com dez mulheres da comunidade Morro do Fortunato, Garopaba/ Santa Catarina. **Resultados:** O acesso na perspectiva de transporte/ mobilidade urbana é desvelado em duas outras dimensões: acesso à informação em saúde e o racismo; profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas. Desvela-se a importância do fortalecimento e empoderamento comunitário para o alcance da equidade, acessibilidade e Promoção da Saúde. Instiga-se um aprofundamento desta temática, pois se percebe que o constrangimento, insegurança e culpabilidade destas mulheres ao relatarem algumas omissões sobre sua saúde ainda se mantém presente. Por outro lado, é visível o alcance do empoderamento das mesmas ao terem atitudes perante a sua saúde e autocuidado. **Considerações Finais:** Destaca-se a importância de se impulsionar uma consciência cidadã, sobrepujar o conformismo social através da emancipação e fortalecimento de sujeitos empoderados e comprometidos e finalmente assim garantir o acesso universal e equitativo como construção e direito de todos.

**Descritores:** Equidade no Acesso, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Empoderamento, Vulnerabilidade Social, Mulheres.

---

<sup>14</sup> Este artigo se refere ao estudo de doutoramento (2016) realizado na comunidade quilombola Morro do Fortunato - Santa Catarina, como resultado da investigação temática no que se refere ao acesso comunitário de mulheres para o alcance da equidade em saúde.

## Access in a quilombola community: dimensions of health equity

### Abstract

**Objective:** The study aims to discuss women's access from a community in social vulnerability to health equity achievement and relationship with different dimensions. **Method:** Participatory research with a qualitative approach that used as a methodological strategy Paulo Freire's Research Itinerary, which proposes the horizontal and dialogical participation of the participants. The research took place during Culture Circles between April and June 2016, with ten women from the Morro do Fortunato community, in Garopaba - Santa Catarina. **Results:** Access from the perspective of transport/urban mobility is revealed in two other dimensions: information access to health and racism, health professionals and quilombola women's empowerment. The importance of community strengthening and empowerment for the achievement of equity, accessibility and Health Promotion is revealed. It is necessary to deepen such thematic since the embarrassment, insecurity and culpability of these women in reporting some omissions about their health remain present. On the other hand, it is visible their empowerment extent by having attitudes towards health and self-care. **Final Considerations:** It is important to promote the citizen's awareness to overcome social conformity through the emancipation and strengthening of empowered and committed individuals, and finally, guarantee universal and equitable access to construction and right for all.

**Keywords:** Access Equity. African Continent Ancestors' Group. Empowerment. Social Vulnerability. Women.

## El acceso en una comunidad quilombola: dimensiones de la equidad en Salud

### Resumen

**Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo discutir el acceso de mujeres de una comunidad en vulnerabilidad social para el alcance de la equidad en salud y la relación con sus diferentes dimensiones. **Método:** Se trata de una investigación participativa, con abordaje cualitativo que utilizó como estratégica metodológica el Itinerario de Investigación de Paulo Freire que propone la participación horizontal y dialógica de los

participantes. La investigación se desarrolló en los Círculos de Cultura entre abril y junio de 2016, con diez mujeres de la comunidad Morro do Fortunato, Garopaba/Santa Catarina. **Resultados:** El acceso en la perspectiva de transporte/movilidad urbana es desvelado en dos otras dimensiones: acceso a la información en salud y el racismo; profesionales de la salud y el empoderamiento comunitario para el alcance de la equidad, accesibilidad y Promoción de la Salud. Se recomienda una profundización de esta temática, pues se percibe que la coerción, inseguridad y culpabilidad de estas mujeres aún están presentes cuando omiten algo sobre su salud. Por otro lado, es visible el alcance del empoderamiento de estas mujeres al tener actitudes ante su salud y autocuidado. **Consideraciones Finales:** Se destaca la importancia de fomentar una conciencia ciudadana, sobrepujar el conformismo social a través de la emancipación y fortalecimiento de sujetos empoderados y comprometidos y finalmente de esa manera garantizar el acceso universal y equitativo como construcción y derecho de todos.

**Palabras clave:** Equidad en el Acceso; Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Empoderamiento, Vulnerabilidad Social, Mujeres.

## **Introdução**

Atualmente buscamos o acesso como um substantivo essencial ao ingressar em algo que se necessita ou inerentemente se pretende alcançar. Acesso é um conceito complexo, empregado algumas vezes de maneira confusa e multifacetada. Vinculado as suas desigualdades, é descrito como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione efetivamente, segundo os princípios e as diretrizes estabelecidos (ASSIS; JESUS, 2012).

Segundo Assis e Jesus (2012), os diversos enfoques de análise do acesso relacionado aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, enfatizando o enredamento e imprecisão.

Neste sentido, o termo acessibilidade é descrito como uma condição de possibilidade para a transposição dos entraves voltados a efetiva participação dos indivíduos nos diversos âmbitos da vida social. É apresentada como condição essencial a todos os processos de inclusão social em suas diversas naturezas, sendo elas atitudinal, tecnológica, informacional, comunicacional, linguística, pedagógica, dentre outras (BRASIL, 20017).

Embora o direito ao acesso universal e igualitário seja um forte princípio garantido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), percebem-se na prática entraves e desenlaces. Segundo o artigo 196 da Constituição Federal (1988), “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população, garantindo com isso o acesso universal a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (TEIXEIRA, 2011).

Para a otimização de recursos em saúde, Norman e Tesses (2015) afirmam que a qualidade da assistência voltada a dimensão populacional está ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo, firmando novamente a equidade como forte alicerce ao sistema e isto pode possibilitar o acesso da atenção em saúde.

A equidade é uma dimensão da justiça social do acesso, ao passo que os recursos são mobilizados para abarcar a necessidade de uma determinada população. Estes primam pela importância de se levar em conta as variações de necessidades dentro de configurações geográficas únicas e também dentro de diferentes subgrupos socioculturais e econômicos (CHAPMAN et al., 2004), oferecendo, assim, maior acesso aos que mais necessitam.

Por conseguinte, faz-se referência às comunidades em vulnerabilidade social nas quais se incluem as populações quilombolas. A vulnerabilidade social implica um conjunto de características, de recursos e habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Com isso, essa relação irá definir maior ou menor grau de desgaste da qualidade de vida dos sujeitos (MONTEIRO, 2011).

Sob esta ótica, a Comissão Pró-Índio de São Paulo (2015) define as comunidades remanescentes de quilombo como grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. O termo "quilombo", que em sua etimologia bantu significa “acampamento guerreiro na floresta”, foi popularizado no Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo instituídas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos (LEITE, 2008).

O acesso à saúde deve ser garantido pela constituição brasileira a toda a população inclusive às comunidades quilombolas, entendendo e colocando em prática a equidade como alicerce do cuidado para promover a sua saúde.

A atenção à saúde direcionada a assistência tecnológica, fragmentada e burocrática, vinculada a exames e cuidados intensivos, com olhares hospitalocêntricos e biomédicos em detrimento à Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais. A Universalidade enfrenta embates de uma assistência privada e dicotomizada frente aos convênios de saúde; a Integralidade sendo parcelada em consultas por especialidades e a Equidade dando prioridade àqueles que “têm preferências”, dividindo a população entre os que realmente precisam e os que economicamente conseguem.

O estudo de Oliveira e Silva (2010) alusivo a representação social de 146 usuários em relação ao SUS revela como característica central uma dimensão biomédica, hospitalocêntrica e medicocêntrica, reforçada pela perspectiva da medicalização da atenção à saúde.

A atenção à saúde tradicional, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de fragmentação corpo e mente, reduzindo o indivíduo a um organismo biológico e desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de viver e adoecer. Além disso, também tem sido questionado o inadequado preparo dos profissionais da saúde para o exercício das suas funções, o alto custo dos serviços de saúde e a incapacidade de se acolher às verdadeiras necessidades da população (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A enfermagem se inclui como uma profissão que busca a superação da dicotomia vigente nos modelos tradicionais de ensino, buscando adaptar-se aos atuais desenhos do mundo globalizado o qual demanda novas formas de construção do conhecimento assim como mudanças no processo de formação profissional, garantindo uma assistência integral e voltada a transdisciplinaridade (SILVA et al, 2010).

Sendo assim, acredita-se que o acesso comunitário às ações, serviços e informações relacionadas à saúde são prioridades frente a Promoção da Saúde da população, impactando na organização da vida diária dos indivíduos e possibilitando realizar escolhas e assim, oportunizar uma melhor qualidade de vida. Com isso, o acesso enfrenta prejuízos os quais se tornam explícitos em alguns contextos e merecem um importante olhar.

Por conseguinte, este artigo objetiva discutir o acesso comunitário de mulheres de uma comunidade quilombola para o alcance da equidade no que tange a questão da acessibilidade e mobilidade, a informação à saúde e a relação com os profissionais.

## **Metodologia**

Este estudo trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com caráter participativo e dialógico, desenvolvido junto ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que tem como etapas a investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico (FREIRE, 2009).

A investigação dos temas ocorreu durante o desenvolvimento dos Círculos de Cultura no período de abril a junho de 2016 no transcorrer de seis encontros. Teve a participação de dez mulheres maiores de dezoito anos moradoras da comunidade quilombola Morro do Fortunato, município de Garopaba, litoral de Santa Catarina.

O grupo de mulheres da comunidade quilombola Morro do Fortunato se reúne há oito anos e tem a participação de doze mulheres, todas pertencentes a comunidade. Tem como objetivo a realização de atividades artesanais as quais recebem o auxílio da secretaria de serviço social do município. Nele, todas trabalham suas habilidades tanto no que se refere à gastronomia como a produtos artesanais.

Após pactuado com as participantes, os Círculos de Cultura foram realizados concomitante aos encontros do grupo de mulheres. Para a obtenção dos temas contou-se com o apoio de duas auxiliares de pesquisa que contribuíram durante o processo junto aos registros em diário de campo e aplicação do instrumento sócio demográfico. Os temas foram gravados com a devida autorização e transcritos pela pesquisadora que utilizou uma transcrição atenta e direcionada, embasada na pergunta de pesquisa, assim como nos objetivos do estudo.

No primeiro e no segundo encontro houve uma aproximação na relação entre pesquisadora e participantes, promovendo tanto o conhecimento da proposta de pesquisa quanto a escuta atenta da trajetória do grupo.

O levantamento dos temas geradores ocorreu no terceiro encontro com as participantes. Para que os mesmos fossem investigados junto ao grupo, foi dialogado sobre o modelo de Dahlgren e Whitehead sobre os Determinantes Sociais de Saúde (1991) aliado a algumas inquietações relacionadas a sua saúde e a interferência destes fatores no ser mulher quilombola.

Para tanto, utilizou-se da dinâmica de recorte e colagem suscitando o levantamento dos temas geradores os quais foram distribuídos em dois cartazes compostos das figuras selecionadas pelas mulheres.

No quarto encontro os vinte temas levantados na Investigação Temática foram apresentados em forma de tarjetas e discutidos pelo grupo. Como resultado deste momento dialógico, estes primeiros temas foram reduzidos a oito os quais foram selecionados pelas participantes do Círculo de Cultura sendo que destes, um foi eleito para ser discutido neste relato: acesso/ mobilidade.

Este tema gerador foi desvelado e analisado no quinto encontro onde se buscou um olhar crítico referente ao acesso e mobilidade relacionado a essa comunidade, sendo trabalhado e traduzido em três diferentes dimensões: acesso ao transporte, acesso a informação em saúde, relação comunidade e profissionais da saúde.

No sexto e último encontro dos Círculos de Cultura, facilitado pelo vínculo e empatia de todas as participantes, concretizou-se o desvelamento crítico de forma empoderada e com real possibilidade de se expor e colocar-se diante aos seus anseios e fragilidades, o que permitiu a análise dos temas levantados durante as fases do Itinerário de Pesquisa.

Este estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil e aprovado pelo aprovado pelo CEPSH/UFSC com o CAAE 53143216.6.0000.0121. Respeitou-se o anonimato das participantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE. Em conformidade com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, bem como os princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

## **Resultados e Discussão**

Ao iniciarmos as discussões com o grupo relacionadas à temática acesso e mobilidade, percebeu-se um pensar ingênuo e “não-reflexivo” frente aos acessos comunitários vivenciados por essa comunidade.

Embasados no diálogo, passamos a revisitar um novo e crítico olhar ante às suas realidades. Revelou-se, além da precária mobilidade de transporte, uma deficiência de informações sobre o cuidado de si

assim como uma lacuna entre essas mulheres no que se refere à relação com os profissionais e assistência de saúde.

Neste sentido, ao se repensar as nuances do acesso à saúde, destaca-se a enfermagem como uma forte e pertinente profissão relacionada ao cuidado e promoção.

Referente ao perfil, participaram deste estudo dez mulheres com idade entre 24 e 54 anos, pertencentes à comunidade Morro do Fortunato. Referente à escolaridade, apenas uma não estudou, cinco concluíram o ensino fundamental e quatro o ensino médio, sendo que uma está finalizando este ano. Destas dez, oito tem filhos, duas um filho, duas dois filhos, três três filhos e uma quatro filhos. Referente à profissão, uma é balconista, três são doceiras, uma é auxiliar de serviços gerais, uma artesã e quatro são do lar. Quanto a religião, sete são católicas, uma evangélica, uma “frequenta” todas as religiões e uma é wilka e celta.

### **Acesso ao transporte versus acessibilidade e mobilidade comunitária**

Inicialmente, a chegada ao morro exige curiosidade e perspicácia para encontrar as mulheres inseridas nesta comunidade. Distante em média oito quilômetros do centro de Garopaba, é necessário percorrer sinuosas e não povoadas estradas de chão.

Atualmente, ao se aproximar da comunidade, foi construída uma pequena e estreita estrada de pedra (de cerca de 100 metros) para os últimos caminhos antes de se chegar ao local.

Com todos esses entraves, ratifica-se a dificuldade de acesso e mobilidade levantada junto a investigação temática pelas participantes no desenrolar dos Círculos de Cultura, claramente expresso na fala da Flor:

*O acesso... os horários... quando chove então? Fica tudo bem mais difícil... Para os estudantes que não podem deixar de participar das aulas, tem poucos horários de ônibus e eles precisam ir. Acabamos tendo de carregá-los para baixo e para cima (Flor).*

Corroborando com a fala de Flor, os autores Gomes et al (2013) apresentam em seus resultados uma subutilização e sugestiva maior dificuldade de acesso pelas populações quilombolas. Justificam, ainda, que uma provável explicação para essa realidade é que as iniquidades



enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo proclamada, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas. O acesso é condição essencial para melhoria da qualidade de vida, incluído no conceito positivo de saúde.

Nesta ótica, junto ao conjunto da população negra brasileira, é possível identificar que o grupo das comunidades quilombolas demonstra-se ainda negligenciado. Em sua maioria localizadas em áreas rurais, constituídas originalmente por descendentes de escravos, resistiram à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural (OLIVEIRA et al, 2014).

Junto a isso, as moradoras destacam as dificuldades de deslocamento tanto para chegarem como para saírem de seus lares. Relatam que para as crianças chegarem a escola como para todos os moradores que necessitem de qualquer comércio, dependem de veículo próprio ou deambularem até o local, pois a oferta de transporte público é bastante defasada:

*Não tem farmácia aqui... tudo fica lá embaixo... quando não tem ônibus temos que subir andando com várias sacolas... (Apaixonada).*

Percebe-se, com isso, a importância imperiosa em se adaptar os serviços utilizados pela comunidade à dinâmica de trabalho, destacando a necessidade de uma maior oferta de transporte público condizente com suas realidades, uma maior infraestrutura e possibilidade de comércio e renda a esse grupo populacional.

### **Acesso à informação em saúde**

A dificuldade de acesso ao transporte público desvelado como uma restrita acessibilidade e mobilidade comunitária permitiu-nos, no transcorrer dos Círculos de Cultura, uma nova e reflexiva leitura frente ao acesso à informação e a relação deste com as questões raciais.

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à informação em saúde, parte da literatura acede que acesso não equivale à simples utilização do serviço e educação em saúde. O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos e auxiliando na avaliação da equidade em saúde (MCINTYRE; MOONEY, 2007).

O debate realizado no transcorrer de Círculos de Cultura possibilita aos pesquisadores uma maior proximidade e inter-relação com os participantes, possibilitando uma verdadeira inserção em seus cotidianos e uma leitura pautada ainda na percepção, na empatia e na vivência das rodas. Com isso, na medida em que os encontros foram sendo desenvolvidos e os temas geradores codificados e decodificados, identificou-se déficit relacionado à informação em saúde das participantes somado a um crescente e real interesse do grupo frente as questões relacionadas ao cuidado de si, qualidade de vida, autonomia e Promoção da Saúde, permitindo assim o desvelamento da temática do Acesso e mobilidade.

Neste aspecto, Rodrigues e Ribeiro (2012) afirma que a Promoção da Saúde considera a universalidade e a integralidade, prioriza a abordagem coletiva e visa à redução das desigualdades sociais, o empoderamento, a autonomia e a participação social. Desempenha ainda um importante papel no processo de desenvolvimento comunitário, buscando relacionar os Determinantes da Saúde e capacitando a comunidade para que amplie suas conquistas e melhore sua qualidade de vida.

Desta forma, isto é traduzido na fala de Flor:

*Na real nós falamos um pouco de tudo... questão do acesso... porque muitas outras coisas nós não temos acesso... educação, saúde... (Flor).*

*O que mais falamos referente ao acesso foi do transporte... que é algo bem precário aqui para gente (Batalhadora).*

E ainda, com um olhar reflexivo, reforça:

*Mas se formos pensar em tudo temos dificuldade de acesso até para conseguir informação.*

O diálogo produzido nos Círculos demonstra um novo olhar sob a realidade de vida dessas mulheres, permitindo-as algumas ponderações perante as suas necessidades e reflexões para a tomada de decisões. Passam a compreender que a dificuldade de acesso transcende ao acesso de transporte e mobilidade comunitária, abrangendo ainda um déficit da informação e educação em saúde.

Sanchez e Ciconelli (2012) relacionam o acesso a quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, afirmando uma confusão e proximidade ao conceito de equidade em saúde. Reforçam estudos que convergem a

uma reflexão em comum onde o problema do acesso à saúde e consequentemente, da equidade, necessita ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a diversas áreas governamentais, abrangendo políticas públicas e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações limitadas ao nível de atuação dos sistemas de saúde.

A informação é primordial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e os sujeitos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Essas se destacam como ferramentas vinculadas a Promoção da Saúde as quais fortalecem e empoderam os indivíduos para tomarem decisões e serem ativos na construção de suas trajetórias de vida.

É imprescindível ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, destacando-se que o acesso passa também pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. A universalidade deve ser vista como o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população, porém ainda não se concretizou na prática (FREITAS et al, 2011).

### **Acesso e o racismo em saúde**

A relação das informações com o racismo em saúde identificou-se que se desnudam temas cruciais atrelados ao dia a dia e diversos enfrentamentos são experimentados por essas mulheres. Na fala enfática e reflexiva de Flor:

*O racismo gera também uma dificuldade de acesso... até para conseguir um trabalho melhor, que saia da informalidade... Daí acabam tendo que ficar com empregos de faxineira, pedreiro... os maridos sem carteira assinada... A filha dela por exemplo começou a fazer faculdade mas era em Tubarão era muito difícil então desistiu... então tudo isso é dificuldade de acesso... até para ter um futuro melhor... Então o tema que nós pegamos entrou tudo na dificuldade de acesso por que abrangia tudo... (Flor).*

A discriminação por cor e raça, perpetrada na maior parte das vezes de forma velada em virtude das leis que a condenam, determina

diferenças enormes no acesso e na assistência nas diferentes esferas sociais, como, por exemplo, na menor oportunidade de escolarização, na justiça, como reflexo da falta de informação e da relação com uma melhor rentabilidade econômica assim como nas condições de moradia e habitação (KALCKMANN, 2007; LOPES, 2005).

Nas entrelinhas dos Círculos de Cultura, são apontadas no desenrolar dos diálogos, fortes e subjetivos construtos resultantes de um passado velado e preconceituoso no qual, de maneira “engraçada” e sutil, vem a tona e é exposta na roda.

*Esses dias falaram no rádio... ofereceram as músicas.... Uma para o pessoal da costa... e daí falou: Essa vai para os pretos lá de cima! Acreditam??? Mas eu vou cobrar dele... Não é que a gente tenha vergonha da nossa cor mas por que não falou: ‘...pessoal lá do morro do Fortunato??’ (Conta rindo...).... Talvez até não fosse por racismo... Talvez por costume, mas que ofende ofende (Flor).*

A fala acima denota o sentimento de revolta e tristeza com questões coletivas e uma autojustificativa para a compreensão do preconceito social vivenciado em situações singelas do dia a dia, como nesse caso, em mensagens da rádio local. Neste interim, destaca-se que o preconceito interfere na condição de saúde. O profissional da saúde pode contribuir para amenizar esta realidade contribuindo no empoderamento desta população.

Nesta mesma direção, se ratificam a violação multifatorial embasada no racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais da garantia do acesso universal e equitativo à saúde assim como da utilização dos serviços. O acesso - utilização dos serviços e insumos de saúde - é condição importante para a manutenção e reestabelecimento da saúde, ainda que não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de qualidade (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Os autores ainda complementam que

“as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de

saúde assim como no processo de adoecimento” (GOES; NASCIMENTO, 2013, p. 572).

Ao se compreender dificuldade de acesso à informação em saúde e sua relação com as questões raciais desveladas no transcorrer dos Círculos de Cultura, as participantes passam a vislumbrar uma nova necessidade a se buscar. Percebem assim, um maior e crescente interesse em aprender e compreender suas vidas e seus direitos como protagonistas de suas histórias.

### **Acesso aos profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas**

Ao se refletir as questões do acesso referente à mobilidade e a informação em saúde, ainda se fez necessário, por meio dos relatos das participantes, discutir a relação com os profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas.

Ao entender a relevância desta abordagem para as participantes envolvidas neste estudo, sente-se a necessidade de se discutir esta relação e aprofundar a temática. O restrito acesso aos profissionais da saúde ou a ausência de habilidades para utilizar ou questionar frente aos seus anseios, indicam a vulnerabilidade dessas relacionada ao processo de saúde e doença.

Frente a isso, Kleba et al (2012) salientam a importância da formação voltada a práticas dialógicas entre os atores envolvidos, apontando a compreensão dos determinantes da saúde bem como o desenvolvimento de ações que resultem em melhoria das condições de vida e de saúde da população e consequente maior responsabilização dos profissionais pelos resultados de suas ações.

Desta forma, ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta as necessidades dos sujeitos devem ser articuladas no contexto, visando constituir compromissos e parcerias para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços de saúde (TADDEO et al, 2012).

Corroborar com o pensamento acima a fala de Violeta quando diz:

*(...) É, na verdade a gente sente que ninguém nos escuta ou sei lá, pensam que aquilo que a gente está sentindo é bobagem e só nos passam uma receita e deu... (Violeta).*

E ainda, é fortalecida com a fala de Violeta:

*É tão fácil o que vocês estão falando aqui, mas ninguém falou do nosso jeito da importância de fazer esses exames (Querida).*

Sob esta ótica, percebe-se a urgência eminente de uma atenção diferenciada, contemplada com profissionais comprometidos e que exerçam uma escuta ativa e conectada com a realidade individual das comunidades em que atuam.

Na área de saúde, a importância de se saber sobre as informações fornecidas pelos profissionais aos sujeitos está relacionada ao respeito à autonomia dos mesmos e para exercê-la é fundamental que eles estejam bem informados sobre sua saúde e todos os fatores que nela estão inseridos (MEIRELES et al, 2010).

As falas das participantes também retratam a questão do cuidado e demonstram a fragilidade das relações entre os que recebem (ou buscam) cuidado e os que oferecem (ou negam) cuidado/ educação:

*Nas consultas que eu já fui, nunca que eu ouvi falar que tomar anticoncepcional, mais pressão alta e muito menos a questão da idade e os riscos de seguir tomando... (Violeta).*

Nesta fala, declara-se a importância e os riscos gerados com esse distanciamento muitas vezes resultante de uma assistência cada vez mais medicamentosa, biológica e “veloz”, permitindo muitas lacunas e consequências diversas vezes irremediáveis.

Com isso, percebe-se a necessidade eminente de um olhar mais atento e holístico vinculado a uma escuta ativa e encontros embasados na empatia e no diálogo.

Neste sentido, Taddeo et al (2012) sublinham a imperativa necessidade de se pactuar com os partícipes que buscam no sistema uma verdadeira corresponsabilidade, incentivando-os a se tornarem verdadeiros protagonistas de sua saúde, gerindo sua vida cingida de cuidados com alimentação, atividade física, atividades de lazer e, assim, cuidados integrais que abarquem seu corpo, espírito e saúde mental.

Porém, os autores acima ainda destacam que pessoas aguardam a consulta para externarem suas angústias, contudo, em alguns momentos não conseguem espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que repercute negativamente na continuidade de seu autocuidado (TADDEO et al, 2012).

Desta forma, ao se perceber o desconforto e constrangimento apontado pelas participantes deste estudo ao discutirmos questões relacionadas à saúde da mulher e principalmente ao explicar as

patologias relacionadas ao ser negra/ ser mulher como, por exemplo, um alto índice de câncer de colo uterino, percebeu-se que são inúmeras as vezes em que a prevenção não se efetiva devido a ausência de atividades de educação em saúde.

Isto é caracterizado nas falas de algumas participantes ao serem questionadas quanto ao exame Papanicolau:

*Hummm... A última vez que fiz o meu fazem mais de quatro anos... É horrível... (Flor).*

*Acho ruim... Porque é uma humilhação para gente... Eu tenho que me preparar uma semana antes... Mas mesmo assim faço todos os anos... Embora esse ano eu ainda não fiz... (Violeta).*

*Eu sempre falo para minha agente comunitária que eu faço, mas na verdade não faço não... Eu fiz no meu pré-natal... Nesse negocio de pré-natal eu sou bem rígida... Agora o preventivo acho muito constrangedor... (Flor).*

E ao questioná-la quanto ao tempo que não realizava o exame, Flor responde:

*Faz dez anos... Mas não imaginava que era tão importante assim fazer esse exame... (Flor).*

O diálogo acima expressa o sentimento de constrangimento, culpabilidade e desconhecimento representado pelas mulheres. Com isso, ainda inseridas na proposta Freireana de troca e aprendizado coletivo, dialogamos no Círculo de Cultura perante a importância da realização anual do exame preventivo de câncer de colo uterino e a possibilidade de diagnóstico precoce caso o mesmo seja realizado todos os anos. Aproveitamos para desmistificar e amenizar os sentimentos de constrangimento e exposição, buscando dar uma merecida ênfase ao cuidado de si, autoestima e consequente qualidade de vida.

Corroborando com o diálogo exposto, Oliveira (2011) compartilha sua crítica a insistente prevalência do autocuidado como um plausível e desejável resultado das ações educativas em saúde (...), apresenta relação com a ideologia do individualismo, onde é central a noção de autonomia individual. A forte influência desta ideologia no campo da saúde relaciona-se a formação. Ainda densamente impregnada pelo paradigma biomédico, afastada de compreensões socioantropológicas acerca da saúde e fundamentada em teorias cognitivo-comportamentalistas que configuram processos de

aprendizagem focados na transmissão de informações e mudanças de atitudes, negligenciando em sua maioria, os Determinantes Sociais e culturais da saúde, individualizando os processos de adoecimento.

Desta forma, facilmente se explica algumas posturas profissionais onde, formados neste contexto e expostos a práticas assistenciais embasadas em avaliações quantitativas e epidemiológicas, invistam na Promoção da Saúde do "outro" a partir de ações verticalizadas, com pouco espaço para a escuta e saturados daqueles saberes determinados pela ciência como de inequívoca valorização ao cuidado de si (OLIVEIRA, 2011). Constatação essa expressa na fala a seguir:

*Esperei oito meses para conseguir a consulta e quando cheguei lá ele mal me olhou e já me deu um remédio para acalmar... Na verdade, sai como entrei... (Amizade).*

A fala acima nos permite refletir a priorização da escuta ativa em nossos cotidianos assistenciais vislumbrada como uma prática de cuidado e uma maior possibilidade de aproximação entre o binômio profissional e comunidade.

Desta forma, ao escutarmos o outro e valorizarmos suas singularidades, vivenciamos o cuidado e avançamos em estratégias de se fortalecer a autonomia dos sujeitos e conseqüente promoção da sua saúde, indicando um processo de empoderamento com maior abertura para a escuta e algum tipo de transformação em suas práticas no sentido do empoderamento da população (MARICONDI; CHIESA, 2010).

O cenário do acesso que remete as múltiplas dimensões da vulnerabilidade da mulher quilombola reforça a importância eminente de estratégias de empoderamento individual e comunitário de forma equitativa e promotora de práticas e discussões que promovam a saúde e qualidade de vida dessas mulheres.

## **Considerações Finais**

Este estudo buscou discutir o acesso comunitário de mulheres de uma comunidade quilombola para o alcance da equidade no que tange a questão a acessibilidade e mobilidade, a informação à saúde e a relação com os profissionais, tendo como pilar balizador as questões étnicas e raciais. No que compete a acessibilidade como sinônimo de mobilidade e deslocamento, as participantes desvelam a temática como necessidades transcendentais as quais possibilitam as novas e frutíferas reflexões narradas neste estudo.



Desta forma, no transcorrer deste processo de escuta e leitura subliminar, se desperta um silencioso e imperativo ensino direcionado as diversas comunidades invisíveis que clamam por merecidas e ainda obscuras possibilidades de acesso. Acesso o qual remete a ferramentas poucas vezes exercidas como o respeito, equidade, cuidado, educação em saúde, autonomia, qualidade de vida e empoderamento.

As dificuldades e reflexões desencadeadas neste estudo, destacam-se como consensual a imperiosa necessidade de se pensar em estratégias de engajamento e participação social intuindo uma maior acessibilidade e mobilidade para essa e tantas comunidades em vulnerabilidade social.

Por conseguinte, instiga-se um aprofundamento desta temática, pois se percebe que o constrangimento, insegurança e culpabilidade destas mulheres ao relatarem algumas omissões sobre sua saúde e uma provável vergonha em relatá-las ainda se mantem presente. Por outro lado, é visível o alcance do empoderamento das mesmas ao terem atitudes em prol da sua saúde e autocuidado, em especial ao relatarem suas ações já efetivadas, como agendamentos de exames assim como práticas saudáveis em seus cotidianos.

Destaca-se ainda a forte relação com uma merecida visibilidade e valorização desta população. Produzir mudanças em condutas muitas vezes engessadas e igualmente reproduzidas permite credibilidade e fortalecimento da equidade, possibilitando o exercício do cuidado como estratégia de autonomia, empoderamento e Promoção da Saúde.

Com isso, apesar de algumas realidades atrozias vinculadas ao acesso e ou, carência, acredita-se na possibilidade da construção de coletivos críticos e reflexivos. É relevante impulsionar uma consciência cidadã, sobrepujar o conformismo social através da emancipação e fortalecimento de sujeitos empoderados e comprometidos e finalmente assim, garantir o acesso universal e equitativo como construção e direito de todos.

## Referências

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev Baiana Saúde Pública** 2007; 31 Suppl 1: 20-31.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. **Acesso aos serviços de saúde:** abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.

Disponível em  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002) Acesso em: 23 setembro 2016.

BECKER, D. et al . Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e Promoção da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 655-667, Sept. 2004 .  
 Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 outubro 2016.

BRASIL. **Conceito de Acessibilidade**. Universidade Federal do Ceará.  
 Disponível em: <http://www.ufc.br/acessibilidade/conceito-de-acessibilidade> Acesso em: 18 janeiro 2017.

CHAPMAN, J. L. et al. **Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care**. British Journal of General Practice, London, v. 54, n. 502, p. 374-381, 2004.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm** 2005; 58(2): 214-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a17.pdf>  
 Acesso em: 14 Outubro 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 48ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. Acesso em: 21 outubro 2016.

FREITAS, D.A. et al. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura**. Rev CEFAC 2011; 13:937-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf> Acesso em: 13 outubro 2016.

GOES, E.F.; NASCIMENTO, E.R. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. Saúde debate. 2013;37(99):571-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf> Acesso em: 12 outubro 2016.

KALCKMANN, S. et al. **Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?** Saúde Soc., v.16, n.2, p.146-55, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/14.pdf> Acesso em: 12 outubro 2016.

KLEBA, M. E. et al. **Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da região de**

Chapecó. Ciênc. cuid. saúde, Maringá , v. 11, n. 2, p.408-414, 2012. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167738612012000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612012000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 14 novembro 2016.

LEITE, I. B. **O projeto político quilombola**: desafios, conquistas e impasses atuais. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015) Acesso em: 14 outubro 2016.

LOPES, F. **Para além da barreira dos números**: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1596-1601, set./ out. 2005b. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/34.pdf> Acesso em 12 outubro 2016.

MARICONDI, M. A.; CHIESA, A. M. A transformação das práticas educativas em saúde no sentido da escuta como cuidado e presença. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 704-712, 2011.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MEIRELES, V. C. et al. **Autonomia e direito à informação**: contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados. Ciencia y Enfermería [en linea], 2010. Disponível em [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200007) Acesso em 13 outubro 2016.

MONTEIRO, S. R. da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate, Pelotas**, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em: [www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619](http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619) Downloads/artigo vulnerabilidade social.pdf Acesso em: 30 novembro 2015.

NORMAN, A. H; TESSER, C. D. **Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família**: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde e Sociedade 24.1 (2015): 165-179.

OLIVEIRA, D. C. de; SILVA, L. L. da. **O que pensam os usuários sobre a saúde**: representação social do sistema único de saúde. Rev. Enferm. UERJ. 18(1):14-18, jan.-mar. 2010. Disponível em

<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a03.pdf> Acesso em: 20 outubro 2016.

OLIVEIRA, D.L.L.C. de. **A enfermagem e suas apostas no autocuidado:** investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? Rev. bras. enferm. Brasília, v. 64, n. 1, p. 185-188, Feb. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100027) Acesso em: 14 outubro 2016.

OLIVEIRA, S.K.M. et al . Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 307-313, Sept. 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 13 outubro 2016.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. **Promoção da saúde:** a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 235-255, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200004&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200004&lng=pt&tlng=en) Acesso em: 14 novembro 2016.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica;** 31(3) 260-268,mar. 2012. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9344/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 11 outubro 2016.

SEPPPIR - Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. **Programa Brasil Quilombola:** diagnóstico das ações realizadas. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. **A formação do enfermeiro:** construindo a integralidade do cuidado. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-491, Aug. 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400003)

SILVA, M.G. et al. **Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade:** desafios e perspectivas. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(1):176-84. Disponível em

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2158/1/v19n1a21.pdf> Acesso em: 14 novembro 2016..

TADDEO, P. da S. et al . Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, Nov. 2012. Available from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100009](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009) Acesso em: 12 outubro 2016.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) Acesso em: 23 de setembro de 2016.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004. Disponível em [http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/saude\\_coletiva/uma\\_rev\\_sobre\\_conceit.\\_access.utiliz\\_serv\\_de\\_sau.pdf](http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/saude_coletiva/uma_rev_sobre_conceit._access.utiliz_serv_de_sau.pdf) Acesso em: 23 setembro 2016.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento de fechamentos deste estudo, retomo aos principais resultados da pesquisa, buscando apontar suas contribuições e limitações, possíveis desdobramentos e aprofundamentos e consequentes recomendações para o ensino, a assistência e a pesquisa em enfermagem e saúde.

Ao defender a tese de que a Promoção da Saúde, no contexto de mulheres quilombolas em situação de vulnerabilidade social, pode ser uma potência para o enfrentamento das iniquidades em saúde, buscou-se no transcorrer deste estudo compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde dessa população. Para tanto, fez-se necessário um aprofundamento vinculado a esta temática e com isso, muitas reflexões emergiram.

Por se tratar de um tema inédito, o primeiro passo para a construção desta tese foi a imersão nas teorias e estudos atuais voltados a comunidades quilombolas. Para isso, realizei um mapeamento na literatura, buscando os estudos nacionais e internacionais que abordam a saúde das mulheres quilombolas dentro de um intervalo temporal de dez anos. Norteados pelas palavras-chave comunidades, Determinantes Sociais da Saúde e mulheres, foi possível melhor compreender a temática, e a partir disso, elaborar uma revisão integrativa da literatura que decorreu no primeiro resultado deste estudo.

Em um segundo momento, após apreciação pelos membros da banca de qualificação da proposta de pesquisa, acolhemos a sugestão dos mesmos, e aceitamos o desafio em trabalhar com uma pesquisa de cunho participativo, seguindo os passos do Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire.

Com isso, ao me propor vivenciar uma aproximação às questões sociais, buscando compreender a inserção dos Determinantes Sociais da Saúde como limitador e/ou facilitador da Promoção da Saúde de sujeitos em vulnerabilidade social, tive a certeza da opção em trabalhar com pesquisa participativa.

A utilização do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire como opção metodológica neste estudo, propiciou estudar em profundidade e de forma dialógica, a comunidade em questão. Após mapeamento do estado da arte disponível em bancos de dados, o segundo passo foi a aproximação com o campo assim como com o contexto em que esta comunidade está inserida, seus hábitos e sua realidade. Assim, após o contato com uma líder do movimento quilombola estadual, conheci a

presidente da Associação da comunidade em que posteriormente, estaria realizando minha pesquisa.

Retomando os passos para que a mesma acontecesse, realizamos uma visita ao local onde apresentamos a proposta a ser estudada e a metodologia na qual iríamos trabalhar. A partir disso pactuamos a participação da pesquisadora no momento do regresso dos encontros do Grupo de Mulheres, em abril de 2016.

Foram seis encontros, todos permeados por ricas e valiosas discussões. Em um aprendizado bilateral, todas as participantes colaboraram para o crescimento e coesão do grupo, o qual foi se fortalecendo e promovendo maior interação na medida em que os diálogos avançavam e a cumplicidade se tornava ponto chave para as trocas e exposições.

Ao resgatar o objetivo do estudo, o qual busca compreender a relação entre Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde destas mulheres, acredito que o mesmo foi alcançado. Para tanto, o segundo resultado deste estudo narra, através dos passos do Itinerário de Pesquisa, o desenvolvimento do Método de Paulo Freire, detalhando a trajetória desde a primeira aproximação com o campo até o desvelar das temáticas significativas eleitas pelo grupo. Faz-se referência às situações limite vivenciadas, permitindo um transitar entre diferentes conhecimentos assim como o despertar do empoderamento como ferramenta de superação e enfrentamento das adversidades.

Como terceiro resultado, foram apresentados os Determinantes Sociais da Saúde desvelados no transcorrer da pesquisa e os quais estão relacionados com a Promoção da Saúde das mulheres quilombolas moradoras do Morro do Fortunato, município de Garopaba, estado de Santa Catarina.

No Itinerário de Pesquisa, na etapa da Investigação Temática, foram levantados vinte temas geradores, todos articulados com a proposta investigada e contemplados no transcorrer do Método. Destes vinte, oito foram codificados e decodificados, resultando em duas temáticas significativas as quais foram trabalhadas no grupo até sua saturação junto as participantes.

Percebe-se assim a estreita relação e a forte influência as quais mulheres, remanescentes de quilombos, moradoras de comunidades rurais enfrentam para alcançarem seus direitos e terem acesso à promoção e informação em saúde. Com isso, as temáticas mais presentes no transcorrer dos encontros dialógicos, as quais foram desveladas e trabalhadas neste terceiro manuscrito, foram a saúde, a religiosidade, as questões raciais e as Redes Sociais e Comunitárias.



Temáticas essas que, quando presentes, promovem um maior empoderamento e fortalecimento comunitário.

O quarto resultado decorrente dos Círculos de Cultura foi a temática do acesso. Inicialmente atrelada a questão do transporte e mobilidade urbana, no transcorrer dos encontros foi desvelada e refletida como um déficit transcendente às questões de deslocamento. Com o apoio de ferramentas dialógicas, as participantes passam a compreender a dificuldade de acesso perante às adversidades de informação e Promoção da Saúde, assim como a relação com os profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas, concatenadas as questões raciais e de gênero.

Estes resultados repercutem fragilidades na saúde das mulheres que sinalizam a carência de uma maior aproximação com a assistência em saúde assim como o fortalecimento e oportunidade de uma construção conjunta e/ou, da efetividade do controle social aliado a uma verdadeira participação popular.

Os resultados também sinalizam a necessidade de uma verdadeira aproximação entre populações vulneráveis e os sistemas de atenção à saúde. Revelam também que o suporte das equipes de saúde na assistência as famílias é insuficiente ou distante, deixando algumas vezes fragilidades e inquietações, em especial voltadas a informação e Promoção da Saúde.

Entretanto, o suporte informal (apresentado neste estudo como um dos Determinantes Sociais da Saúde nomeado Redes Sociais e Comunitárias) desvelou-se como um forte recurso primário para o enfrentamento das adversidades além do suporte afetivo para as fragilidades do cotidiano, sendo sublinhado as participantes como uma comunidade unida e assim, fortalecida.

Este foi um estudo desenvolvido em uma população, em nível local, ou seja, retrata a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres de uma determinada comunidade quilombola e, por isso, reconhece-se que os achados não podem ser generalizados. Porém, permitem que futuros estudos possam ser realizados em outras comunidades quilombolas em diferentes contextos, colaborando assim para a ampliação deste conhecimento.

A limitação a ser reconhecida é a capacidade deste estudo em explorar com mais profundidade a relação entre os contextos, em especial o setor saúde e os entraves interpretados de outro ângulo. Outra limitação que deve ser referida faz alusão à literatura e ao meu recente contato as referências ligadas a estudos quilombolas assim como uma

restrição voltada a produção científica referente aos Determinantes Sociais.

Ainda assim, uma das limitações relacionadas a metodologia percebida no transcorrer do Itinerário de Pesquisa foi o tempo restrito para que a mesma fosse realizada. Importante destacar o entrave imposto pela necessidade de mudança de cenário após a qualificação devido as barreiras sofridas pelo posterior não aceite da comunidade em contato. Enfatiza-se que mudanças mais concretas poderiam ter ocorrido se houvesse uma continuidade dos Círculos de Cultura, para além do período da investigação.

Como contribuição, destaca-se a relevância da pesquisa participativa como ferramenta de propulsão a reflexões e intervenções junto à realidade. Propõe encontros dialógicos e embasados em trocas horizontais e respeitadas, permitindo atos constantes de ação-reflexão e ação, promovendo ainda o empoderamento e fortalecimento das participantes.

Neste aspecto, acredito que, diante dos resultados encontrados, a enfermagem possa contribuir como ponte estratégica na ligação entre comunidades vulneráveis e a assistência em saúde. Por se tratar de uma profissão que tem como ferramenta o diálogo e a busca por relações horizontais, participativas e consequentemente, uma assistência holística e integral, pressupõe-se que o cuidado fornecido pela profissão possa agregar e sintonizar às necessidades de saúde vivenciadas por essa população.

Recomenda-se a promoção de atividades de ensino, pesquisa e extensão envolvendo a formação em enfermagem e em saúde abrangendo o conceito ampliado de saúde assim como ações de Promoção da Saúde alicerçadas aos Determinantes Sociais. Destaca-se ainda a importância da enfermagem assim como demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família sejam mais atentos e atuantes as populações em vulnerabilidade social, desenvolvendo uma assistência centrada na Promoção da Saúde, ampliando o cuidado para além da ausência da doença.

Importante ainda relatar a implicação do cuidado atrelado a recursos econômicos, sociais, educacionais e políticos para a saúde das comunidades quilombolas, o que suscita trabalhar a educação à saúde, articulada com outros setores públicos e sociais, além da organização da comunidade para que exerça a cidadania e participação popular.

Com isso, salienta-se a necessidade de se promover espaços e estratégias que possibilitem maior participação comunitária nos

processos decisórios e conseqüentemente, maior motivação, fortalecimento e Promoção da Saúde.

Por fim, espera-se que a vivência relatada neste estudo desperte novos aprofundamentos frente à temática assim como a realização de outros Círculos de Cultura os quais envolvam e retribuam aos participantes a experiência proposta assim como os resultados apontados, empoderando os sujeitos e possibilitando uma real mudança e transformação de suas realidades.



## REFERÊNCIAS

ANDERMANN, A. **Evidence for health: from patient choice to global police.** Ottawa: Cambridge, p.220. 2012.

AURÉLIO. **Dicionário de Português.** Disponível em: <https://dicionarioaurelio.com/> Acesso em: 16 janeiro 2017.

AYRES, J.R.C.M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-40.

BOCLIN, K. L. I.; FAERSTEIN, E.; SZKLO, M. Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pro-Saúde Study. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 30, n. 2, Feb. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000200305&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000200305&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 19 abril 2015.

BUSANA, J. A. **Participação popular em um conselho gestor de saúde.** Florianópolis, 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.F. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BRASIL. As causas sociais das iniquidades em saúde no brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Brasil, 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: 2012.

\_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 21 nov. 2003. p. 4.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Igualdade Racial. 2010. Disponível em <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/Lei%202012.288%20->

%20Estatuto%20da%20Igualdade%20Racial.pdf Acesso em: 02 março 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)> Acesso em: 02 agosto 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 julho 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As cartas de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 32 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Aspectos Conceituais da Vulnerabilidade Social**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2007. 31 p.

BUSS, P.; PELEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus Determinantes Sociais**. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/A-Sa%C3%BAde-e-seus-Determinantes-Sociais.pdf> Acesso em: 19 setembro 2016.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P. M. **Atenção primária e Promoção da Saúde**. Disponível em:

<[http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes\\_e\\_carta\\_portugues.pdf](http://prosaude.org/pub/diversos/Declaracoes_e_carta_portugues.pdf)>. Acesso em: 16 setembro 2015.

CARVALHO, A.I., WESTPHAL, M.F., LIMA, V.L.P. **Histórico da Promoção da Saúde no Brasil**. Disponível em:

<[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAAahUKEwiWkti31KnIAhXFf5AKHVdTBeo&url=https%3A%2F%2Fufrr.br%2Fprocisa%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D188%3Ahistorico-promocao-saude-brasil%26id%3D29%3Atextos%26Itemid%3D275&usq=AFQjCNHb3mKowy1xvVF86SSMSCnennBknQ&sig2=E4ZKMTTHzE-JYMIGa\\_2soA&cad=rja](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAAahUKEwiWkti31KnIAhXFf5AKHVdTBeo&url=https%3A%2F%2Fufrr.br%2Fprocisa%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D188%3Ahistorico-promocao-saude-brasil%26id%3D29%3Atextos%26Itemid%3D275&usq=AFQjCNHb3mKowy1xvVF86SSMSCnennBknQ&sig2=E4ZKMTTHzE-JYMIGa_2soA&cad=rja)>. Acesso em: 16 setembro 2015.

CEBES. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**.

Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.

CICONELLO, A. **O desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial**. 2008. Disponível em:

<<http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/sites/default/files/Racismo%20-%20texto%20do%20Peck.pdf>>. Acesso em: 30 julho 2015.

CYPRIANO, C. C. **Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em: 04 agosto 2015.

CPISP. **Comissão Pró-Índio de São Paulo: comunidades quilombolas**. Disponível em: <<http://www.cpisp.org.br/comunidades/>>. Acesso em: 14 abril 2015.

CUNHA, R. R. **Educação libertadora como possibilidade de empowerment de pessoas estomizadas**: desafio ao cuidado de Enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de Medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 245-266.

DA SILVA FILHO, et al. **Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde** (p. 141-156). IN: Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Marta Lenise do Prado, Kenya Schmidt Reibnitz (org). Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 195.

DIÁRIO CATARINENSE. Disponível em:  
<<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/09/morro-dos-fortunatos-em-garopaba-preserva-legado-da-cultura-africana-4594230.html>> Acesso em: 10 fevereiro 2016.

DURAND, M.K. **Promoção da autonomia da mulher na saúde da família**. Florianópolis, 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

ESCOREL, S. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Equidade em Saúde. Disponível em  
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>  
Acesso em: 02 março 2016.

FERREIRA, H. da S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, July 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892011000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892011000700008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abril 2015.

FREIRE A. M. A voz da esposa. A trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire uma Bibliografia**. 3a ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001. P. 27-67. 739 p. Disponível em: [http://seminario-paulofreire.pbworks.com/f/unid2\\_ativ4paulofreire\\_umabiobibliografia.df](http://seminario-paulofreire.pbworks.com/f/unid2_ativ4paulofreire_umabiobibliografia.df) Acesso em: 30 setembro 2016.



FREIRE, P. **Conscientização - Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GAROPABA. **Prefeitura de Garopaba**. Disponível em: <<http://www.garopaba.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/23105>> Acesso em: 10 fevereiro 2016.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998 revisado em 2010. Disponível em: <[http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/identidade\\_genero\\_revisado.pdf](http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/identidade_genero_revisado.pdf)> Acesso em: 14 setembro 2015.

HAMILTON, N.; BHATTI, T. **Population Health Promotion: an integrated modelo population health and a health promotion**. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/index-eng.php>> Acesso em: 17 setembro 2105.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A Promoção da Saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A. E. **Promoção da Saúde na Atenção Básica**: estudo baseado no método de Paulo Freire. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803553](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553)> Acesso em: 30 setembro 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420540&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>>. Acesso em: 19 agosto 2015.

IUHPE. International Union for Health Promotion and Education. **22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da IUPES**. Curitiba, 2016. Disponível em <http://iuhpeconference2016.net.br/declaracao-de->

curitiba-para-promocao-da-saude-e-equidade/. Acesso em: 13 janeiro 2017.

JACKSON, S.F. et al. **Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas.** *Rev Panam Salud Publica* 34(6), 2013.

LABONTÉ, R.; SCHRECKER, T. **Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background.** *Globalization and Health*, 2007. Disponível em <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-3-5> Acesso em 01 Dezembro 2016.

LEITE, I. B. **Os quilombos no brasil: questões conceituais e normativas.** *Etnográfica*, Vol. IV (2), 2000, pp. 333-354.

LEITE, I. B. **O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais.** *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015) Acesso em: 14 Outubro 2016

MARMOT, M. at al. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.** *Lancet* 2008; 372: 1661–69.

MIKKONEN, J.; RAPHAEL, D. **Social Determinants of Health: The Canadian Facts.** **Toronto:** York University School of Health Policy and Management, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MONTEIRO, S. R. da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate, Pelotas**, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em:

[www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619](http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619) Downloads/artigo vulnerabilidade social.pdf Acesso em: 30 julho 2015.

NICHIATA, L. Y. I. et al. **A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem.** *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008 setembro-outubro; 16(5).

PADILHA, M.I.C.S., et al. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto contexto - enferm. Florianópolis**, v. 14, n. 1, jan/mar, p. 96-105, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, D. et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 20 agosto 2015.

RISCADO, J. L.S; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. **Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas**. Saúde soc., São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abril 2015.

ROCHA, P.R., DAVID H. M. **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde**. Rev Esc Enferm USP. 2015;49:129-35. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf) Acesso em: 18 Outubro 2016.

SANTOS, D. J. S. et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press J Orthod**. 2010. Pg. 121-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/15.pdf>> Acesso em: 21 setembro 2015.

SANTOS, R. **Identidade guerreira: luta e resistência nos quilombos contemporâneos**. Revista África e Africanidades. 2015. Disponível em: <<http://www.africaeaficanidades.com.br/documentos/05042015.pdf>> Acesso em: 02 agosto 2015.

SEPPPIR - Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico das ações realizadas**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/publicacoes/diagnosco-do-programa-brasil-quilombola-marco-de-2012>>. Acesso em: 05 agosto 2015.

SILVA, F. C. O. **Etnia, cor e raça: aspectos discursivos do uso institucional**. Disponível em: <[http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64\\_Francisca\\_Cordelia\\_OS.pdf](http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64_Francisca_Cordelia_OS.pdf)> Acesso em: 21 setembro 2015.

SILVEIRA, C. L. et al. **Apoio social como possibilidade de sobrevivência:** percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Cienc Cuid Saude* 2011 Jul/Set; 10(3):585-592.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde:** definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005.

VARGA, 2007. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/seppir/publicacoes/relatorio\\_final\\_conapir.pdf](http://www.planalto.gov.br/seppir/publicacoes/relatorio_final_conapir.pdf)>, p. 52. Acesso em: 25 agosto 2015.

VASCONCELOS, E.M. **O poder que brota da dor e da opressão.** Empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VERDI, M. at al. Saúde e sociedade. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**. p.101. 2013.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** Disponível em [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf) . Acesso em: 02 março 2016.

WIGGERS, E. **Aleitamento materno: educação libertadora com grupos de puérperas e acompanhantes no alojamento conjunto.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion.** Ottawa, Canada, November, 1986.

WHO. **Carta de Bangkok**, 2005. Disponível em:

<<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>> Acesso em: 25 junho 2015

WHO. 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde - Nairobi 2009. **Boletim informativo**. N°01 - 27 Outubro de 2009.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721-9480 Fax (048) 3721-9399 e-mail: pen@ccs.ufsc.br**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para participar da pesquisa intitulada **“Promoção da saúde das mulheres quilombolas: a relação com os Determinantes Sociais”**, que faz parte da tese de doutorado da doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Michelle Kuntz Durand, orientada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann.

Esta pesquisa tem por objetivo geral compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba / SC.

O estudo pretende contribuir na Promoção da Saúde das mulheres quilombolas, aproximando conceitos da determinação social e sua influência na construção de vida das mesmas. Neste sentido, solicitamos permissão para a coleta de dados que será realizada através de cinco encontros em rodas partilhadas de momentos dialógicos e se utilizará as informações obtidas para atender os propósitos do estudo. Os grupos serão gravados e posteriormente transcritos.

Assim, gostaríamos de convidá-la a participar desta pesquisa participando dos Círculos de Cultura que irei conduzir, que poderão ter duração de até duas horas. Seu anonimato será garantido, não sendo colocados dados de identificação em nenhum documento da pesquisa.

A pesquisa não trará benefícios diretos as participantes, nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela participação, embora os resultados deste estudo possam contribuir para a valorização e fortalecimento da Promoção da Saúde das mulheres quilombolas. Os riscos serão mínimos, mas a pesquisadora se compromete a minimizar

qualquer situação de desconforto, constrangimento ou dano que possa vir acontecer.

Os dados desta pesquisa serão arquivados sob responsabilidade da coordenadora da pesquisa e serão utilizados somente na elaboração de produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicação de artigos científicos. Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo. Você poderá receber respostas e qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados à pesquisa e terá liberdade total de se recusar a participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones: Dra. Ivonete T S Buss Heidemann (48) 99999263; Dda. Michelle Kuntz Durand: (48) 99882807 ou e-mails: ivonete@nfr.ufsc.br , michakd@hotmail.com.

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção dos objetivos da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Assim, eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Garopaba, \_\_\_ de \_\_\_ de 2016.

-----  
Assinatura da participante da pesquisa

-----  
Assinatura da coordenadora da pesquisa

NOTA: Este consentimento terá 2 vias que serão assinadas e rubricadas: uma ficará com a pesquisadora e outra com a própria participante da pesquisa.

## APÊNDICE B: PERFIL SOCIOECONÔMICO

Nome:Pseudonome:

Idade:

Ocupação:

Escolaridade:

•Estudou: ( ) Sim ( ) Não

•( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino  
Universitário

Afiliação Religiosa:

Estado Civil:

Geração (tem filhos?):

Tempo de Moradia:

Três Qualidades (relacionados a mulher quilombola):

---

---

---

Três Dificuldades (relacionados a mulher quilombola):

---

---

Três Sinônimos para saúde:

---

---

---

Observação:

---

---



## APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CÍRCULOS DE CULTURA

Pseudonome: \_\_\_\_\_

O que foi para você essa vivência?

---

---

Você acha que precisa de mais encontros?

---

---

Quais temas você acha que precisariam ser trabalhados mais?

---

---

O que modificou para você esses encontros? Ajudou em algo no seu dia-a-dia?

---

---

Sugere alguma modificação?

\*\*\* Pontos Positivos \*\*\* Pontos Negativos

---

---

---

Como você compreendeu nossos encontros?

---

---

---

Você quer deixar um recadinho para mim?

---

---

---



**ANEXOS**

# ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Promoção da Saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais

**Pesquisador:** Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53143216.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.466.641

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "Promoção da Saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais" visa obtenção do título de doutor pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); orientado por Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Compreender como os determinantes sociais influenciam na promoção da saúde de mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba/ SC.

**Objetivo Secundário:**

Identificar o perfil das mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba/SC. Identificar quais os determinantes sociais que interferem na promoção da saúde das mulheres quilombolas. Conhecer os eixos da promoção da saúde que mais se destacam na saúde das mulheres quilombolas?

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

Os riscos do estudo consistem em possível constrangimento durante a coleta do Itinerário de

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.466.641

Pesquisa. Ressalva-se que cada participante terá a liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, de querer desistir a qualquer momento, não sofrendo prejuízo e discriminação.

**Benefícios:**

Pretende-se, através desta pesquisa, uma maior aproximação das mulheres quilombolas envolvidas na mesma com os determinantes sociais, promovendo, assim, uma real promoção da saúde. Propomos, ainda, no transcorrer dos encontros, realizarmos educação em saúde e discussões ampliadas frente as necessidades das participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter participativo onde se utilizará o "Itinerário de Pesquisa" do educador Paulo Freire que compreende, em sua estrutura metodológica, de quatro etapas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. O estudo será guiado pelas concepções teóricas da promoção da saúde relacionados aos determinantes sociais. O estudo será realizado com as

mulheres quilombolas moradoras da Comunidade do Morro do Fortunato, município de Garopaba, SC. O primeiro contato com as participantes do estudo exige da pesquisadora um desprendimento de seus conceitos e preconceitos sobre os sujeitos. O pesquisador precisa ser acessível ao diálogo (BUSANA, 2012). Os temas geradores caracterizam-se por palavras, frases, expressões, associados ao saber existencial dos sujeitos.

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

As pendências foram atendidas.

**Recomendações:**

-

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

ugere-se a aprovação do projeto de pesquisa intitulado "Promoção da Saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais" por este comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_615237.pdf	14/03/2016 18:30:27		Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.466.641

Outros	Resposta.pdf	14/03/2016 18:30:01	Ivone Te Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2016 18:28:40	Ivone Te Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	11/02/2016 16:11:14	Ivone Te Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/02/2016 16:06:04	Ivone Te Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese.pdf	11/02/2016 15:17:26	Ivone Te Teresinha Schüler Buss Heidemann	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 28 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br