



RELATO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

*Cristina Berger Fadel**
Isabele Savi Sanson
Lara Campos Pulitano
Manoelito Ferreira Silva Junior

DOI: <https://doi.org/10.23901/1679-4605.2022v18n1p444-458>

RESUMO

Apesar do grande avanço das leis que buscam incluir comunidades quilombolas e ampliar serviços de saúde em regiões segregadas como as comunidades de remanescentes de quilombos, a universalidade de acesso ainda não é uma realidade. Pensando nisso o objetivo do presente trabalho foi promover ações extensionistas de educação e prevenção em saúde junto a uma população de quilombolas do município de Ponta Grossa/PR. A experiência fez parte do projeto “Educação em Saúde como Ferramenta de Prevenção e Empoderamento de uma Comunidade Quilombola”, desenvolvido pela Universidade sem Fronteiras pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Tal projeto foi o estudo exploratório descritivo, quanti-qualitativo com caráter de pesquisa-ação, e aplicação de um grupo focal desenvolvida junto à totalidade de moradores da comunidade quilombola do Sutil, Ponta Grossa/PR. Foi desenvolvido um instrumento com variáveis socioeconômicas, saúde geral e bucal a fim de traçar as principais necessidades da comunidade. Foram observados as principais barreiras encontradas pelos moradores dessas comunidades, são elas: dificuldade de acesso a serviços de saúde, transporte, e falta de saneamento básico como rede de esgoto e abastecimento de água, reforçando a situação de vulnerabilidade social. Sendo realizadas doze atividades junto à comunidade sobre diversos temas. Por fim, o gestor neste contexto deve promover a inclusão dessas comunidades, descentralizando a oferta da rede de serviços públicos de saúde deixando de focar apenas na ampliação da oferta dos serviços nas sedes dos municípios, e sim nas necessidades de acesso dos usuários em regiões mais distantes.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saneamento básico. Comunidades vulneráveis. Acesso aos serviços de saúde.

*Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Contato: cbfadel@gmail.com

REPORT ON HEALTH EDUCATION ACTIONS IN A QUILOMBOLA COMMUNITY

ABSTRACT

Despite the great advances in laws that seek to include quilombola communities and expand health services in segregated regions such as quilombo remnant communities, universal access is still not a reality. With this in mind, the objective of this work was to promote health education and prevention extension actions among a quilombola population in the municipality of Ponta Grossa/PR. The experience was part of the project “Health Education as a Prevention and Empowerment Tool for a Quilombola Community”, developed by Universidade sem Fronteiras and the State University of Ponta Grossa (UEPG). This project was an exploratory, descriptive, quantitative study with a search-action character, and the application of a focal group developed to all the inhabitants of the Quilombola community of Sutil, Ponta Grossa / PR. An instrument was developed with socioeconomic variables, general and oral health in order to outline the main needs of the community. The main barriers encountered by residents of these communities were the difficulty of access to health services, transportation, and lack of basic sanitation such as sewerage and water supply, reinforcing situations of social vulnerability. Twelve activities were carried out in the community on various topics. Finally, the manager in this context should promote the inclusion of these communities, making available the network of public health services, focusing not only on the expansion of the services offered in the municipalities but also on the needs of users in more remote regions distant.

Keywords: Health Education. Basic Sanitation. Risk Groups. Health Services Accessibility.

INFORME SOBRE ACCIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UNA COMUNIDAD QUILOMBOLA

RESUMEN

A pesar de los grandes avances en leyes que buscan incluir a las comunidades quilombolas y ampliar los servicios de salud en regiones segregadas como las comunidades remanentes de quilombos, el acceso universal aún no es una realidad. Teniendo esto en cuenta, el objetivo de este trabajo fue promover acciones de extensión de educación y prevención en salud entre una población quilombola del municipio de Ponta Grossa/PR. La experiencia formó parte del proyecto “Educación en salud como herramienta de prevención y empoderamiento de una comunidad quilombola”, desarrollado por la Universidade sem Fronteiras y la Universidad Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Este proyecto fue un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo y cualitativo con un carácter de investigación-acción, y la aplicación de un grupo focal desarrollado con todos los residentes de la comunidad de quilombola Sutil, Ponta Grossa/ PR. Se desarrolló un instrumento con variables socioeconómicas, salud general y oral para delinear las principales necesidades de la comunidad. Se observaron las principales barreras encontradas por los residentes de estas comunidades, a saber: la dificultad para acceder a los servicios de salud, el transporte

y la falta de saneamiento básico, como las aguas residuales y el suministro de agua, lo que refuerza la situación de vulnerabilidade social. Se llevaron a cabo fosse atividade conla comunidade sobre diversos temas. Finalmente, el gerente em este contexto debe promover la inclusión de estas comunidades, descentralizando el su ministro de la red de servicios de salud pública, sincentrar se solo em expandir la oferta de servicios em la sede de los municípios, sino enlas necesidades de acceso de los usuários em regiones más remotas distante.

Palabras clave: Educación em salud. Saneamiento Básico. Grupos de riesgo. Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o Censo 2010, existem mais de 29,8 milhões de pessoas que vivem em áreas rurais, ou seja, pouco mais de 15% da população ([IBGE, 2011](#)). A população rural brasileira tem uma intensa diversidade social e humana, com características regionais, culturais e econômicas próprias, as quais demandam e merecem estratégias diferenciadas de intervenções em saúde ([FREITAS *et al.*, 2011](#)).

As comunidades quilombolas são constituídas pela população afrodescendente rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias. Na etimologia bantu, “quilombo” se interpreta como acampamento guerreiro na floresta ([LEITE, 2008](#)). As comunidades quilombolas, compostas em sua grande maioria por negros, surgiram entre os séculos XVI e XIX durante a administração colonial referindo-se a refúgios da violência e opressão criados por rebeldes ao sistema escravista onde lutavam pelo fim da escravidão ([FREITAS, *et al.*, 2011](#)).

Após a abolição da escravidão a perseguição aos negros permaneceu, por serem vistos como símbolo de resistência ao desenvolvimento e civilização. Esse fato induziu a uma divisão territorial urbano e rural, onde os negros eram incitados a se estabelecerem em lugares segregados, os quilombos, sendo que esse isolamento permanece até os dias de hoje.

Durante a redemocratização brasileira, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), foram reconhecidas como quilombolas as pessoas que residiam em quilombos, quando obtiveram o direito à propriedade e ao uso da terra ocupada ([MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010](#)).

Além da Constituição Federal, a instituição da Normativa nº 16, de 24 de março de 2004, em suas disposições legais, também infere sobre a questão.

“Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnicoraciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Consideram-se terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos toda a terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural, bem como as áreas detentoras de recursos ambientes necessários à preservação dos seus costumes, tradições, cultura e lazer, englobando os espaços de moradia e, inclusive, os espaços destinados aos cultos religiosos e os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos.” ([FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020](#))

Existem aproximadamente 4.000 comunidades quilombolas distribuídas por todo o território nacional brasileiro, sendo que destas, somente cerca de 1.900 são homologadas pelo Governo Federal como ato de Oficialização Nacional da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR ([CENSO DEMOGRAFICO, 2010](#)). Muitos permanecem nas comunidades constituídas por forte vínculo de parentesco, e alguns ainda mantêm as tradições culturais e religiosas. Segundo [Freitas et al. \(2011\)](#) são trabalhadores rurais ou mantêm culturas de subsistência, e em grande parte dependem de programas de transferência de rendas como Bolsa Família, entre outros.

As terras dos quilombos deveriam ser protegidas por parte do Estado por serem consideradas parte do patrimônio cultural da comunidade ([LEITE, 2008](#)). Apesar da homologação das terras pelo governo, não há garantia quanto à melhoria da qualidade de vida, além de que ainda lutam por igualdade de direitos, pela posse e regularização das terras, pela cidadania plena e pela equidade na saúde pública em nosso país ([FREITAS et al., 2011](#)).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a qual reconheceu a saúde um direito de todos, se deu em um contexto desfavorável da expansão de políticas sociais conforme os princípios do SUS: igualdade, equidade e universalidade, em um contexto de grandes diferenças sociais. Devido a isso, muitas pessoas situadas em lugares segregados obtiveram dificuldade no direito constitucional de acesso integral à saúde, como os quilombolas ([MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010; FREITAS et al., 2011](#)).

No Paraná, um estudo de campo longitudinal realizado pelo Grupo de Trabalho Clóvis Moura, em abril de 2005 a 2010, demonstra que a visão de um estado sem a existência de população negra vem sendo substituída pela realidade de uma cidadania tardiamente reconhecida para compor o território paranaense ([GRUPO DE TRABALHO CLÓVIS MOURA, 2010](#)). Hoje, essa população está distribuída em aproximadamente cem comunidades nos municípios de Curitiba, Castro, Tijucas do Sul, Alto da Ribeira, Lapa, Tibagi, Ponta Grossa e Guarapuava. A sobrevivência vem da agricultura de subsistência, caça, pesca e extrativismo, sendo que somente 36 destes grupos familiares foram certificados pela Fundação Cultural Palmares, já que se auto declararam como Comunidades de Remanescentes de Quilombos. Na maioria das comunidades não existe assistência médica, odontológica e recursos para o funcionamento de unidades de saúde, como equipamentos, medicamentos e até mesmo de profissionais habilitados nas especificidades dos problemas de saúde da população quilombola. Ainda, há falta de saneamento básico e ações educativas em saúde, afetando a qualidade de vida dessas comunidades ([GRUPO DE TRABALHO CLÓVIS MOURA, 2010](#)).

Frente ao exposto, o objetivo do trabalho foi promover ações extensionistas de educação e prevenção em saúde junto a uma população de quilombolas do município de Ponta Grossa/PR.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um relato de experiência, com caráter de pesquisa-ação, de um projeto de extensão universitária vinculado ao Programa de Extensão Universidade sem Fronteiras, da Superintendência de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná (USF/SETI), através das vivências do projeto “Educação em Saúde como Ferramenta de Prevenção e Empoderamento de uma Comunidade Quilombola”, desenvolvido em parceria

com o projeto “Nós na Rede: Contribuições da Odontologia para Educação, Prevenção e Manutenção da Saúde”, ambas iniciativas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), com cujas ações visam o desenvolvimento da extensão, articulada ao ensino e à pesquisa, da capacitação e da produção tecnológica, cultural e desenvolvimento social voltadas para a inovação e a melhoria da qualidade de vida da população paranaense.

O período base para a realização desse projeto foi o interstício 2018-2019, totalizando 12 meses de atividades. O projeto foi financiado pela Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Estado do Paraná, Secretaria de Estado da Fazenda e Fundo Paraná.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, com número de CAAE: 53988916.8.0000.0105.

Público-alvo

Os sujeitos do presente projeto foram constituídos pela totalidade de moradores do Quilombo do Sutil ou Colônia do Sutil, gerada dentro do contexto histórico da escravidão brasileira ocorrida até o século XIX, e considerada como área de risco social ou ‘bolsão de pobreza’. Pobreza, aqui considerada em sentido genérico, podendo ser definida como a situação na qual as necessidades de assistência à saúde, alimentação, moradia, vestuário e educação não são atendidas de forma adequada ([ROCHA, 2006](#)) e que são dependentes do padrão de vida de cada comunidade. Como fenômeno social em diferentes cenários populacionais e territórios, a pobreza é um fenômeno complexo, não podendo ser compreendida desvinculada das relações e processos sócio-históricos.

Localizado na região dos Campos Gerais, no distrito de Guaragi, município de Ponta Grossa/Paraná, o quilombo pertence às terras da antiga Fazenda Santa Cruz que era constituída por sete comunidades: Campo da Rocha; Campo da Porta; Campo do Subtil; Capoeiras; Potreiro; Frazão e Fachinal. O quilombo do Sutil situa-se a aproximadamente 19 quilômetros do município de Ponta Grossa/PR e sua comunidade é formada por 27 famílias e 136 indivíduos.

Todos os moradores foram convidados a participar das ações do projeto extensionista, por meio de visita domiciliar com exposição dos objetivos, meios e intermeios da ação.

Equipe executora

A equipe foi composta inicialmente por duas egressas do curso de Enfermagem, por um acadêmico do último ano do curso de Odontologia, e por duas docentes da área da saúde (Enfermagem e Odontologia), todos vinculados à UEPG. Após o início das atividades, dois representantes comunitários foram convidados a compor a equipe.

Plano de ação

As atividades foram desenvolvidas em quatro etapas, como proposto por [Matus \(1993\)](#) para o Planejamento Estratégico Situacional.

A primeira etapa foi caracterizada pelo reconhecimento da realidade local, por meio do diálogo com líderes comunitários, da observação de campo, de entrevistas semiestruturadas com moradores e conversas informais com a população abordando aspectos amplos sobre condições de saúde, socioeconômicas e ambientais. Nessa etapa foram coletadas informações autorreferidas sobre morbidade, com ênfase em diagnósticos

de doenças crônicas prevalentes, sobre mortalidade, sobre hábitos de saúde, e realizado exame clínico de saúde bucal.

Na segunda etapa as informações colhidas foram tabuladas; as questões quantitativas foram tabuladas por meio de estatística descritiva e inferencial e as informações qualitativas tabuladas de acordo com a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por [Lefevre e Lefevre \(2004, 2006\)](#). A partir de então, de modo coletivo e com participação da comunidade, os principais problemas foram elencados, com definição de diretrizes e metas de trabalho passíveis de serem executadas.

Já na terceira etapa deu-se início à execução da programação elencada na etapa anterior. Para qualificação dessa fase foi firmada uma parceria informal com a agente comunitária de saúde (ACS) de referência para aquele território, a qual realizava visitas domiciliares semanais à comunidade. A programação contou com o desenvolvimento de ações individualizadas nos domicílios e de ações coletivas realizadas em espaço comunitário (salão da igreja de maior proximidade geográfica ou no espaço físico improvisado como sede da associação de moradores).

Por fim, a quarta e última etapa priorizou a avaliação das ações do projeto, com vistas à sua qualificação e redirecionamento das ações de acordo com necessidades e expectativas da comunidade. Apesar de esta etapa ter permeado todas as ações, de maneira formal, foi contemplada por meio da técnica de entrevista em grupo focal com a participação de ao menos um representante de cada domicílio. Ao todo foram realizadas três entrevistas nesse formato, e foi utilizado um roteiro com questões norteadoras para guiar a conversa, com transcrição integral das falas, análise manual do conteúdo e categorização das respostas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a comunidade era esparsa em uma grande área territorial, com 21 domicílios no total, sendo muitos de difícil acesso geográfico. Quanto ao saneamento básico, todos os entrevistados relataram que o descarte do lixo era feito por incineração, que não têm acesso à água tratada, utilizando água do poço para abastecimento, e que não apresentam rede de esgoto, descartando dejetos através de fossa séptica ou fossa negra.

Situação semelhante foi encontrada em um estudo feito em Pelotas, no Rio Grande do Sul, o qual relatou que a maioria das áreas rurais do Brasil possui estradas e ruas não pavimentadas, locais de difícil acesso, saneamento básico precário e difícil acesso ao tratamento de saúde ([GONÇALVES et al., 2018](#)).

Sabe-se que o saneamento básico está entre os mais relevantes fatores sociais determinantes da saúde e do desenvolvimento humano ([CHA et al., 2017](#); [PRÜSS-USTÜN et al., 2019](#)), sendo compreendido como o conjunto de medidas socioeconômicas mais efetivo de investimento em saúde pública. Facilitar o acesso à água de qualidade, assegurar a coleta e tratamento de esgoto e incentivar a promoção de ações de controle e prevenção de doenças em comunidades remanescentes de quilombos e de áreas rurais devem constituir prioridade de intervenção do poder público.

No Brasil, estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) divulgado pelo instituto [Trata Brasil \(2010\)](#) estima que o número de internações no sistema hospitalar poderia ser

reduzido em 25% e a mortalidade em 65% com o acesso universal ao saneamento, o que ratifica a sua importância ([TRATA BRASIL, 2010](#)).

Para fins de planejamento das ações do presente projeto, por meio de organização de visitas domiciliares e de intervenções individualizadas, foi realizada territorialização com delimitação virtual das áreas geográficas, compreendida pela divisão em cinco microáreas. Essa divisão auxiliou também a aproximação dos extensionistas com os moradores quilombolas, ao reconhecer características e demandas específicas de cada moradia.

Analisar e conhecer a dinâmica do território quilombola, incluindo todas as suas peculiaridades, é de fundamental importância para a definição de prioridades em saúde. Considerar sistemas étnicos, crenças, valores, cultura e hábitos sociais próprios de cada comunidade pode representar avanço na perspectiva do processo saúde e doença ([ALVES; OLIVEIRA, 2018](#); [BURGOS; RIVERA; GARCIA, 2017](#)).

Ao todo, neste presente projeto, 97% dos moradores foram visitados pelos integrantes do projeto nesta etapa, totalizando 24 famílias e 128 pessoas, momento no qual puderam expor sua realidade social, cultural, econômica, ambiental e de saúde. Três moradores na condição de chefes de família afirmaram não desejar participar do projeto.

Considerando os moradores de todas as faixas etárias, a maioria era mulheres (64%), casados (55%) e com nível fundamental completo (72%). No entanto, os homens eram mais frequentes acima dos 18 anos. A idade média da população adulta era de 59 anos, sendo em média 3,7 filhos por família e 5,3 moradores por domicílio. A maioria (95%) relatou apresentar residência própria, com média de cinco cômodos por moradia. A fonte de renda principal provinha de auxílios do governo (63%), seguida de agricultura familiar (21%), sendo o valor médio de renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos.

Ainda que historicamente as comunidades quilombolas estejam vinculadas a experiências de risco social, a população em análise dispunha de características relativamente adequadas, não havendo aglomeração domiciliar ou residências em situação de precariedade. Indicadores sociais e econômicos, juntamente com fatores ambientais, se relacionam diretamente com a saúde e qualidade de vida humana ([CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018](#); [DOWNWARD; RASCIUTE; KUMAR, 2020](#); [NASCIMENTO et al., 2018](#)).

Durante a autoavaliação de saúde geral, 58% dos participantes relataram estar satisfeitos com a saúde geral, sendo que 63% afirmaram fazer uso de alguma medicação contínua, 13% eram etilistas e 26% eram tabagistas. Apesar do alto índice de satisfação com a saúde, muitos referiram alguma patologia, sendo as mais citadas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (61%), Diabetes Mellitus (DM) (38%), Depressão (9%) e Dislipidemia (4%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (4%) e Síndrome do Pânico (4%).

A satisfação com a saúde é elemento subjetivo que envolve fatores físicos e emocionais, expectativas e possibilidades dos indivíduos ou grupos em relação às suas realizações, e a percepção que os atores têm de suas próprias vidas, considerando, inclusive, questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza ([ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012](#)). Em relação à autoavaliação ou percepção individual de saúde, sabe-se que a mesma está ligada a indicadores socioeconômicos, sociodemográficos, características do estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e consumo de álcool ([ANDRADE; MEHTA, 2018](#); [MILDESTVEDT et al., 2018](#); [OLIVEIRA et al., 2015](#); [RANTANEN et al., 2019](#)). Desta forma, apesar de, objetivamente, os indicadores sociais e de saúde dos indivíduos analisados não serem totalmente favoráveis, suas percepções elevadas de saúde sugerem então estarem amparadas em aspectos subjetivos.

Em relação à prevalência encontrada de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial a frequência de HAS e DM, o número de óbitos causados por DCNT vem aumentando significativamente no Brasil e no mundo, se tornando uma grande preocupação na área da saúde pública ([MALTA et al., 2019](#); [ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2014](#); [TIRAPANI](#); [FERNANDES, 2019](#)). Estudos apontam forte associação entre essas doenças e as variáveis idade, escolaridade, renda e estado civil, com tendência em aumentar as doenças crônicas em indivíduos mais velhos e com menor escolaridade e nível socioeconômico mais baixo ([PIMENTA et al., 2015](#); [VIEGO](#); [TEMPORELLI, 2017](#)).

O acesso a serviços médicos e informações de saúde era precário entre os moradores da Colônia Sutil, visto que a unidade básica de saúde (UBS) de referência para a população ficava a aproximadamente 20 quilômetros de distância da comunidade. Destaca-se que não havia atendimento odontológico, que o transporte coletivo de acesso à UBS ocorria duas vezes na semana e que o médico prestava atendimento à população de quinze em quinze dias, o que inviabiliza o direito constitucional de acesso integral à saúde.

Especificamente em relação à saúde bucal, 7,9% das pessoas relataram que nunca foram ao dentista e 55,3% que não frequentaram o dentista nos últimos seis meses. A respeito dos cuidados de higiene bucal, 15,8% fazia uso de escova de dentes e 76,3% não usava o fio dental. Quando questionados sobre a necessidade de tratamento bucal, atualmente, 76,3% responderam positivamente.

A relação entre a dificuldade de acesso ao serviço odontológico e a vulnerabilidade social está consolidada pela literatura nacional e internacional ([AKINTOBI et al., 2018](#); [DUIJSTER et al., 2018](#); [BULGARELI et al., 2020](#)), onde iniquidades geográficas, sociais e econômicas tornam-se determinantes na experiência de doenças bucais.

Das informações angariadas sobre óbitos, a mortalidade infantil, até cinco anos, se destaca com a taxa de 46,1%. Dentre os motivos mais citados estão as causas externas, como acidentes envolvendo quedas (23%), doenças infectocontagiosas (15%) e causa desconhecida (15%).

Apesar de o Brasil ter melhorado, ao longo dos anos, índices como o da mortalidade infantil, com redução significativa no total de mortes de crianças menores de cinco anos de idade ([FRANÇA et al., 2017](#)), cerca de 42 mil crianças menores de cinco anos ainda morrem por ano no país ([MONDO, 2019](#)). No caso da comunidade quilombola analisada, as causas mostram-se principalmente associadas ao território e ambiente.

Os riscos de acidentes, mortalidade e morbidade infantil são elevados em territórios geograficamente isolados, associados à adversidade dos espaços de lazer, ao trabalho infantil, ao contato com animais, à insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à inadequada e deficiente supervisão das crianças, entre outros ([UNICEF, 2016](#); [YOU et al., 2015](#)).

A incidência de quedas não fatais e de doenças negligenciadas nesses espaços, impactam os custos de saúde e o elevado risco de morte, exigindo medidas governamentais de saúde e de educação em prol da segurança de crianças que vivem em áreas rurais.

Também foram tabulados os discursos da comunidade, resultantes dos diálogos durante as visitas domiciliares. A estratégia do projeto de tomada conjunta de decisão frente à realidade situacional e de saúde encontrada expôs sentimentos de pertencimento e de valorização aos saberes e conhecimentos populares.

“Vocês sempre `dava` espaço pra gente também compartilhar o que sabia, e me sentia a vontade para falar, falava, falava rsrs. Porquê nós escutemos de vocês e vocês escutaram de “nóis”, tá certo assim”. (Morador, 37 anos)

O compartilhamento de decisões em saúde trouxe a necessidade de realizar ações individualizadas, visando uma maior aproximação com moradores idosos ou moradores com dificuldade de se locomoverem a espaços comunitários comuns, e ações coletivas com o objetivo de trabalhar a motivação, o engajamento e o aprofundamento dos aspectos culturais vinculados à saúde.

A opção metodológica e organizacional das ações desse projeto foi pautada na tomada conjunta de decisão, em processos decisórios compartilhados e na consideração do saber popular. As decisões compartilhadas em saúde são um processo no qual profissionais e usuários trabalham de forma conjunta na escolha de exames, tratamentos, formas de gestão da doença ou medidas de apoio ([COULTER; COLLINS, 2011](#)), baseadas não só em evidências clínicas, mas também no contexto social e nas subjetividades dos indivíduos.

Na comunidade do Sutil, por ser um território quilombola, a bagagem étnica, cultural e dos saberes socialmente arraigados foi considerada premissa para a comunicação, informação, planejamento e tomada de atitude em saúde de forma coletiva e individualizada.

As ações coletivas ocorriam semanalmente, normalmente aos finais de semana, visto que o momento foi considerado de maior interesse pela comunidade. Essa estratégia de abordagem foi intitulada ‘café-conversa’, com definição conjunta e antecipada de temas de interesse, a saber: saúde ambiental, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), comorbidades, depressão, estresse, medicamentos de uso contínuo, doenças bucais prevalentes, uso e armazenagem de próteses bucais, mitos e crenças em saúde. Em parceria com a ACS local, foram também implementados assuntos da agenda de saúde pública nacional: Saúde da Mulher no Outubro Rosa, Saúde do Homem no Novembro Azul e Saúde Mental no Setembro Amarelo.

Esses momentos se repetiram tantas vezes conforme o interesse da comunidade, sendo considerados importantes ferramentas de aproximação, informação, educação popular em saúde, prevenção e empoderamento da população quilombola.

A educação em saúde, pela grandeza que assume na transformação positiva das condições de vida e de saúde das populações ([HAHN; TRUMAN, 2015](#)) deve ser considerada ponto alto em projetos de extensão, visto que seus desdobramentos podem levar ao chamado “empoderamento comunitário”. Esse termo reflete, em uma visão sintética, a tentativa de responder à lacuna posta pelo termo empoderamento, à medida que incorpora e valoriza o nível grupal e o comunitário no processo de busca da transformação social ([ROSO; ROMANINI, 2014](#)). Nesse sentido, a estratégia intitulada “café-conversa” mostrou-se eficaz para o estreitamento das relações pessoais e para a manutenção de vínculo com a comunidade, assim como para a valorização do trabalho da agente de saúde local.

No âmbito das ações individuais ocorreram visitas domiciliares iniciais a todos os moradores atuando em fatores comportamentais de risco comum às doenças crônicas e visitas de rotina para sujeitos autodeclarados portadores de DCNT ou comorbidades, averiguando seus saberes e condutas perante os agravos. Em relação à saúde geral, dúvidas sobre a etiologia e a importância da utilização contínua de medicamentos, com ênfase na sua forma de armazenamento, foram as questões de maior relevância.

Ainda, para os moradores que referiram estresse e depressão, foram aplicados métodos de relaxamento como ação complementar para o alívio de sintomas e conversado sobre a importância de frequentar profissionais desse campo da saúde.

Quanto à saúde bucal, os diálogos envolveram dúvidas e curiosidades sobre doenças bucais prevalentes (cárie dentária e doença periodontal), mas também foram bastante discutidos aspectos sobre o câncer bucal e suas relações com o tabagismo, alcoolismo, exposição solar, como também sobre uso e armazenamento de próteses dentárias. Na totalidade de crianças até 12 anos de idade (n=31), com o desejo e aquiescência dos pais ou responsáveis, foram realizados exames clínicos intraorais. Essa avaliação clínica foi tabulada e o seu resultado subsidiou a estratificação de risco para prioridade ao tratamento odontológico. As crianças foram então referenciadas e acompanhadas à clínica de atendimento odontológico infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), por meio de transporte terceirizado angariado pelo referido projeto de extensão.

Quando solicitado, a população adulta teve sua cavidade oral examinada. No caso da necessidade de tratamento odontológico, buscou-se parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e também com a instituição de ensino superior proponente do projeto (UEPG). No entanto, como ambos os equipamentos sociais eram extremamente distantes do território e com a priorização das verbas de transporte do projeto para o público infantil, poucos quilombolas conseguiram acessar os sistemas de saúde.

Durante as visitas em domicílio todos receberam *kits* de saúde bucal contendo escovas dentais, creme dental, fio dental e orientações sobre o modo correto da escovação e a importância da higiene bucal de adultos e crianças para prevenção de afecção da cavidade bucal.

Apesar do acompanhamento e avaliação do impacto do projeto na colônia Sutil ter sido objeto constante em todas as etapas, frente aos diálogos constantes com moradores e líderes comunitários, houve um momento de avaliação formal das atividades prestadas, sugestões, críticas e propostas de aperfeiçoamento do projeto e saúde local.

A tabulação dos dados qualitativos traz opiniões consonantes quanto ao descaso de agentes públicos em relação à saúde da população local, com distanciamento das políticas de saúde ofertadas nos centros urbanos. Aponta também o sentimento de gratidão e importância atribuída às ações do projeto. Seguem algumas falas dos moradores:

“Nóis` queria um posto de saúde. Maior sonho da comunidade inteira. Mas só enxergam a gente quando vêm pedi voto, daí acham o caminho!” (Morador, 37 anos)

“....na questão dos remédios ajudaram bastante né, eu que não sabia tomar remédio né. Uma das `vez` que você foi lá em casa e me ensinou que o remédio da pressão tem que ser tomado sem `falhá`...” (Morador, 59 anos)

“O tratamento do dentista foi muito bom...o meu neto por exemplo, não escovava o dente porque tinha preguiça, agora ele vai `escová` o dente e tem um cuidado com esses `dente`. Esses dia caiu um de baixo, meu Deus, não queria nem dormi, falou: vô do céu vai caí tudo meus dente, vô te que `i` no dentista e `contá` pra ele...” (Morador, 64 anos)

No Brasil, a participação social no campo da construção das políticas públicas de saúde tradicionalmente possui baixa representatividade, uma vez que pequena parcela da população conhece a existência de seus mecanismos ([COELHO, 2012](#); [DUBOW et al.](#),

[2017; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014](#)). Em se tratando de populações quilombolas, cujos modos de produção social e de vida estão relacionados eminentemente com o distanciamento do território, suas atuações ficam praticamente à margem de todas as políticas públicas, em especial, dos processos decisórios em saúde ([ALMEIDA et al., 2019; VIEIRA; MONTEIRO, 2013](#)).

No entanto, autores mostram que a falta de conhecimento e de informação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre seus princípios organizacionais, como o controle social, é frequente na população brasileira ([BACKES et al., 2014; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; SANTOS, 2018](#)), não sendo característica isolada de comunidades quilombolas.

Finalmente, destaca-se aqui as falas atribuídas pelos moradores à valorização das ações do projeto nos quesitos da educação em saúde e do acesso aos serviços de saúde bucal, o que evidencia a importância das relações próximas entre ensino, extensão e serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência, por meio de um projeto de extensão universitária, junto à uma população quilombola contribuiu para pavimentar o caminho da formação acadêmica e do desenvolvimento comunitário.

No âmbito da formação dos acadêmicos e professores participantes, houve contato com um saber em saúde ampliado, proporcionado por novas experiências e vivências, propiciando reflexões e atitudes mais conscientes, políticas, humanizadas e de maior articulação entre teoria e prática.

Em relação à comunidade, apesar dos aspectos e conquistas já trazidos ao longo desse relato, evidencia-se que o papel de gestores públicos na organização e oferta de serviços de saúde, incluindo-se os sanitários básicos e especializados, é primordial para a saúde e qualidade de vida da comunidade quilombola investigada, reduzindo suas situações de vulnerabilidade.

SUBMETIDO EM: 06/10/2020.

ACEITO EM: 03/05/2024.

REFERÊNCIAS

[AKINTOBI, T. H. et al.](#) Assessing the Oral Health Needs of African American Men in Low-Income, Urban Communities. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 12, n. 2, p. 326–337, mar. 2018.

[ALMEIDA, C. B. et al.](#) Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 37, n. 1, p. 92–103, jan. 2019.

[ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R.](#) **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142 p.

ALVES, S.; OLIVEIRA, M. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183-188, 2018.

ANDRADE, F. C. D.; MEHTA, J. D. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 4, p. e0196494, abr. 2018.

BACKES, D. S. et al. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1026–1033, dez. 2014.

MONDO, N. **Unicef**: mortalidade infantil tem redução histórica no Brasil. Neo Mondo, [S.l.], 27 nov. 2019 Disponível em: <https://neomondo.org.br/2019/11/27/mortalidade-infantil-tem-reducao-historica-no-brasil/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BULGARELI, J. et al. Determinants of adherence to dental treatment of adolescents in social vulnerability in primary care. **BMC Research Notes**, London, v. 14, n. 1, p. 116, 2021.

BURGOS, G.; RIVERA, F.; GARCIA, M. contextualizing the relationship between culture and Puerto Rican health: towards a place-based framework of minority health disparities. **Centro Journal**, v. xxix, p. 36–73, 2017.

CARDOSO, C.; MELO, L. DE; FREITAS, D. Health conditions in quilombola communities. **Journal of Nursing**, Telangana, v. 12, n. 4, p. 1037–1045, apr. 2018.

IBGE. **Censo demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 1 CD-ROM. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acesso em: mar. 2013.

CHA, S. et al. Trends of improved water and sanitation coverage around the globe between 1990 and 2010: inequality among countries and performance of official development assistance. **Global Health Action**, Abingdon, v. 10, n. 1, feb. 2017.

COELHO, J. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, suppl. 1, p. 138–151, 2012.

COULTER, A.; COLLINS, A. **Making shared decision - making a reality**: no decision about me, without me. London: The King's Fund, 2011. Disponível em: <https://scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2084568>. Acesso em: 14 jul. 2020.

DOWNWARD, P.; RASCIUTE, S.; KUMAR, H. Health, subjective financial situation and well-being: a longitudinal observational study. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 18, n. 203, p. 1–9, jun. 2020.

[DUBOW, C. *et al.*](#) Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Saúde & Transformação Social**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 103–111, 2017.

[DUIJSTER, D. *et al.*](#) Material, behavioural, cultural and psychosocial factors in the explanation of socioeconomic inequalities in oral health. The **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 590–597, aug. 2018.

[FRANÇA, E. B. *et al.*](#) Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 46–60, maio 2017. Suplemento 1.

[FREITAS, D. A. *et al.*](#) Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, set./out. 2011.

[FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES](#). **Informações Quilombolas**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=52126. Acesso em: 5 out. 2020.

[GONÇALVES, H. *et al.*](#) Population-based study in a rural area: methodology and challenges. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1–11, sept. 2018. Suplemento 1

[GRUPO DE TRABALHO CLÓVIS MOURA](#) **Relatório do Grupo de Trabalho Clóvis Moura**. 22 ed. Curitiba PR: [s.n.], 2010. 269 p. Disponível em: <http://www.gtclovismoura.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriofinal2005a2010.pdf>. Acesso em: 5 out. 2020.

[HAHN, R. A.; TRUMAN, B. I.](#) education improves public health and promotes health equity. **International Journal of Health Services**, Thousand Oaks, v. 45, n. 4, p. 657–678, 19 out. 2015.

[LEFEVRE, F. *et al.*](#) The relationship between health professionals and the elderly patient facing drug prescription: a qualitative approach. **The Qualitative Report**, Fort Lauderdale-Davie, v. 9, n. 4, p. 706-731, jan. 2004.

[LEFEVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.](#) O sujeito coletivo que fala. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-24, jul./dez. 2006.

[LEITE, ILKA BOAVENTURA](#). O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 1-13, set/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/15.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

[MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D.](#) O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010.

[MALTA, D. et al.](#) Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 22, e190030, 2019.

[MILDESTVEDT, T. et al.](#) Factors associated with self-rated health in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Abingdon, v. 36, n. 3, p. 317–322, jul. 2018.

[NASCIMENTO, M. et al.](#) Prevalence of human papillomavirus infection among women from quilombo communities in northeastern Brazil. **BMC Women's HEALTHY**, [S.l.] v. 18, n. 1, p. 1, jan. 2018.

[MATUS, C.](#) El plan como apuesta. **Revista PES**, [S.l.], n. 2, p. 9-59, 1993.

[OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G.](#) Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 18, n. 8, p. 2329–2338, ago. 2013.

[OLIVEIRA, S. K. M. et al.](#) Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 20, n. 9, p. 2879–2890, set. 2015.

[PAIVA, F. S. DE; STRALEN, C. J. VAN; COSTA, P. H.](#) Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 19, n. 2, p. 487–498, fev. 2014.

[PIMENTA, F. et al.](#) Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 20, n. 8, p. 2489–98, aug. 2015.

[PRÜSS-USTÜN, A. et al.](#) Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries. **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, Muenchen, v. 222, n. 5, p. 765-777, jun. 2019.

[RANTANEN, A. T. et al.](#) Poor or fair self-rated health is associated with depressive symptoms and impaired perceived physical health: A cross-sectional study in a primary care population at risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease. **European Journal of General Practice**, Abingdon, v. 25, n. 3, p. 143–148, 3 jul. 2019.

[ROCHA-BRISCHILIARI, S. et al.](#) Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, p. 1–8, 2014.

[ROCHA, S.](#) **Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

[ROSO, A.; ROMANINI, M.](#) Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 83–95, 2014.

[SANTOS, K. M.](#) Formação dos grupos de organismo de controle social em comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira, SP: estudo de caso do grupo de mulheres de São Pedro. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 336, 12 set. 2018.

[TIRAPANI, L.; FERNANDES, N. M.](#) A Narrative Review of the Impacts of Income, Education, and Ethnicity on Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, and Chronic Kidney Disease in the World. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**, Mumbai, v. 30, p. 1084–1096, 2019.

[TRATA BRASIL.](#) **Benefícios Econômicos da Expansão do Saneamento Brasileiro**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/datafiles/uploads/estudos/pesquisa7/pesquisa7.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

[UNICEF.](#) **The State of The World's Children 2016, a fair chance for every child**. New York, 2016. Disponível em: https://www.unicef.org/media/50076/file/UNICEF_SOWC_2016-ENG.pdf. Acesso em: 16 ago. 2020.

[VIEGO, V.; TEMPORELLI, K.](#) Socioeconomic Status and Self-Reported Chronic Diseases Among Argentina's Adult Population: Results Based on Multivariate Probability Models. **Journal of Public Health Research**, London, v. 6, n. 883, p. 56–63, 2017.

[VIEIRA, A. B.; MONTEIRO, P.](#) Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610–618, 2013.

[YOU, D. *et al.*](#) **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. New York: Unicef - United Nations Children's Fund, 2015.