



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO– PPGEdu

NILDSON ELIAS DE SANTANA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO
NEGRA: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze
Negras em Pernambuco**

Recife
2024

NILDSON ELIAS DE SANTANA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO
NEGRA: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze
Negras em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Educação.

Orientador: Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes

Recife
2024

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Santana, Nildson Elias de.

Políticas públicas de educação em saúde da população negra: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze Negras em Pernambuco / Nildson Elias de Santana. - Recife, 2024.

101f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2024.

Orientação: Vilde Gomes de Menezes.

1. Política Pública; 2. Educação em saúde; 3. Comunidade quilombola. I. Menezes, Vilde Gomes de. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

NILDSON ELIAS DE SANTANA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO
NEGRA: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze
Negras em Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Educação.

Aprovado em: 26/07/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes (Orientador) Universidade Federal de
Pernambuco

Prof. Dr. Ernanes Brito Nunes (Examinador Interno) Universidade Federal de
Pernambuco

Prof.^a Dr.^a. Tereza Luiza de França (Examinadora Externa) Universidade Federal de
Pernambuco

Prof. Dr. Luciano da Neves Cruz (Examinador Externo)
San Diego State University

“Em nós, até a cor é um defeito. Um imperdoável mal de nascença, o estigma de um crime. Mas nossos críticos se esquecem que essa cor, é a origem da riqueza de milhares de ladrões que nos insultam; que essa cor convencional da escravidão tão semelhante à da terra, abriga sob sua superfície escura, vulcões, onde arde o fogo sagrado da liberdade” (Gama, 1859, apud Matos, 2022, p. 297)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me possibilitar chegar até aqui. Em seguida, à minha família, ao meu pai, o senhor Nilzon Elias de Santana, homem negro, que sempre me serviu de inspiração, e que, aos 73 anos de idade, após 44 anos longe de uma universidade, se formou no seu segundo curso superior, sendo uma inspiração que me ajudou a seguir nessa jornada do mestrado. Agradeço, também, à minha mãe, a senhora Maria da Conceição de Lima, mulher simples e dona de casa, que me deu toda a educação que tenho e sempre batalhou pelos meus estudos. Duas pessoas fortes que nunca me abandonaram nesses anos de luta, mostrando como é ser bons pais, em meio ao caos do mundo atual, em que a presença familiar tem se mostrado, muitas vezes, insipiente e desconexa com a vida dos seus entes queridos, e também a minha Noiva Livia Maria dos Santos, que tem me ajudado incansavelmente nessa jornada acadêmica e de vida.

Agradeço, ainda, aos meus amigos, em especial, os que me acompanharam nessa jornada: José Carlos da Silva, Welligton Lins de Souza, José Carlos Júnior, Edilson Laurentino e Edmilton Amaro da Hora. Amigos egressos do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco, que sempre estiveram ao meu lado, me ajudando tanto com a minha evolução profissional, como professor e pesquisador, quanto pessoal.

Agradeço, também, ao Professor Doutor Vilde Gomes de Menezes, que sempre se mostrou atento às minhas demandas como orientando, me guiando nessa jornada, me ajudando a superar os obstáculos de uma jornada acadêmica tão árdua, mas também gratificante.

Agradeço, ainda, ao Professor Doutor Nilson Felix da Silva, professor aposentado da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), que foi o primeiro professor a me ajudar no âmbito de uma universidade pública, me oportunizando vivências que me ajudaram a evoluir acadêmica e profissionalmente.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Pernambuco, casa muito acolhedora, e, em especial, ao Laboratório em Gestão de Políticas de Saúde, Esporte e Lazer (LABGESPP) desta universidade. Agradeço, também, à Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), da qual fui bolsista de mestrado.

RESUMO

Esta pesquisa, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Educação (PPGEdu), da Universidade Federal de Pernambuco, voltou o olhar para as Políticas Públicas de educação em saúde em comunidade quilombola no estado de Pernambuco, tendo como objetivo geral identificar a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e suas ações na comunidade quilombola Onze Negras Pernambuco. Em relação à metodologia, desenvolvemos um estudo de cunho qualitativo na comunidade quilombola de Onze Negras, no Cabo de Santo Agostinho, onde realizamos uma pesquisa de campo. Utilizando a entrevista como um instrumento de coleta de dados, entrevistamos a liderança da referida comunidade, um profissional da saúde e um profissional da educação. Realizamos as análises dos dados por meio do Software Iramutec, utilizando a Análise de Conteúdo, de Bardin para assim conseguir, atingir melhor os objetivos propostos. No que se refere aos resultados encontrados, apontaram para problemas na operacionalização das Políticas Públicas de educação em saúde. Assim, os resultados evidenciaram práticas tradicionais (chás, ervas, mandingas, crenças religiosas) de educação em saúde, bem como possibilitaram o entendimento de como funcionam as Políticas Públicas de educação em saúde que atendem a comunidade supracitada. Evidenciou-se que a comunidade quilombola de Onze Negras tem muitas dificuldades com a implementação de Políticas Públicas de educação em saúde. Mas, o respeito às práticas tradicionais e o diálogo com as Políticas Públicas na comunidade se fizeram presentes.

Palavras-chave: Política Pública; Educação em saúde; Comunidade quilombola.

ABSTRACT

This research, developed within the scope of the Postgraduate Program in Education (PPGEdu), at the Federal University of Pernambuco, focused on public health education policies in a quilombola community in the state of Pernambuco, with the general objective of identifying(s) public health education policy(ies) and their actions in the Onze Negras Pernambuco quilombola community. Regarding the methodology, we developed a qualitative study in the quilombola community of Onze Negras, in Cabo de Santo Agostinho, where we carried out field research. Using the interview as a data collection instrument, we interviewed the leadership of that community, a health professional and an education professional. We carried out data analysis using Iramutec Software, using Bardin's Content Analysis to better achieve the proposed objectives. Regarding the results found, they pointed to problems in the operationalization of public health education policies. Thus, the results highlighted traditional practices (teas, herbs, mandingas, religious beliefs) of health education, as well as enabling the understanding of how public health education policies that serve the aforementioned community work. It was evident that the quilombola community of Onze Negras has many difficulties with the implementation of public health education policies. However, respect for traditional practices and dialogue with public policies in the community were present.

Keywords: Public policy. Health education. Quilombola community.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Dados específicos dos estudos selecionados na revisão	51
Quadro 2 –	Vantagens e desvantagens de alguns instrumentos de coleta de dados	61
Quadro 3 –	Fases da análise de dados segundo Bardin	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Territórios quilombolas delimitados (2022)	42
Figura 2 –	Casas da comunidade quilombola de Onze Negras	68
Figura 3 –	Comunidade quilombola de Onze Negras	69
Figura 4 –	Escola da comunidade quilombola de Onze Negras	70
Figura 5 –	Dendrograma da classificação hierárquica descendente	72
Figura 6 –	Nuvem de palavras	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	População Quilombola no Brasil	40
Gráfico 2 –	Quantidade de Comunidades quilombolas por Estado	42
Gráfico 3 –	População quilombola no estado de Pernambuco	44
Gráfico 4 –	Percentagem de Estudos por Plataforma	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE	Centro de Educação
CCDRU	Contrato de Concessão de Direito Real de Uso
CDH	Classificação Hierárquica Descendente
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
FCP	Fundação de Cultura Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IRAMUTEC	Interface de R Por Ur Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LABGESPP	Laboratório em gestão de Políticas de Saúde, Esporte e Lazer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização Das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra a Domicílios
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral Da População Negra
PPGEdu	Programa de Pós-Graduação em Educação
PSE	Programa Saúde na Escola
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SPU	Secretaria de Patrimônio da União
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde

UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVO	24
2.1.	Objetivo geral.....	24
2.2.	Objetivos específicos.....	24
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1	Políticas Públicas : implantação, implementação e avaliação da sua efetividade.....	25
3.2	Educação em saúde como Política Pública	29
3.2.1	<i>A educação e a saúde: áreas do conhecimento humano</i>	<i>29</i>
3.2.2	<i>Educação em saúde</i>	<i>32</i>
3.3	As Políticas Públicas de educação em saúde: política nacional de saúde integral da população negra e o programa saúde na escola	35
3.4	Comunidades quilombolas: história de luta e dificuldades sociais	37
3.4.1	<i>Comunidades quilombolas no Brasil: Censo Demográfico de 2022....</i>	<i>39</i>
3.4.2	<i>Comunidades quilombolas no Estado de Pernambuco</i>	<i>42</i>
4.	METODOLOGIA	46
4.1	Revisão integrativa.....	47
4.2	Fontes de busca	48
4.3	Critérios de busca e de inclusão e exclusão	48
5.	RESULTADO	49
5.1	Análise da revisão de literatura.....	49
5.1.1	<i>Discussão dos resultados</i>	<i>55</i>
5.1.2	<i>Considerações acerca da revisão e apontamentos para a realização da pesquisa.....</i>	<i>56</i>
5.2.	Identificação das Políticas de Educação em Saúde e suas ações na comunidade quilombola de Onze Negras no Estado de Pernambuco	57
5.2.1	<i>Procedimentos metodológicos</i>	<i>57</i>
5.2.2	<i>Coleta de dados: realização das entrevistas.....</i>	<i>59</i>
5.2.3	<i>Campo de pesquisa.....</i>	<i>62</i>
5.2.4	<i>Comunidade Quilombola Onze Negras</i>	<i>63</i>
5.2.5	<i>Critérios de escolha e inclusão no estudo.....</i>	<i>69</i>

5.2.6	<i>Análise de dados: Classificação hierárquica descendente</i>	70
5.2.7	<i>Nuvem de palavras</i>	74
5.2.8	<i>Discussões sobre os achados das análises</i>	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – Carta de anuência	92
	APÊNDICE B – Questionário socioeconômico para líder da comunidade	93
	APÊNDICE C – Questionário socioeconômico para profissional da saúde	94
	APÊNDICE D– Questionário socioeconômico para profissional da educação	95
	APÊNDICE E– Roteiro da entrevista com o líder comunitário	96
	APÊNDICE F – Roteiro da entrevista com profissional da saúde	97
	APÊNDICE G – Questionário para profissional da educação	98
	APÊNDICE H– Termo de consentimento livre e esclarecido	99
	APÊNDICE I– Termo de consentimento livre e esclarecido	101

1 INTRODUÇÃO

Desde 1538, com a chegada das primeiras pessoas escravizadas do continente africano ao Brasil, a população negra passa pelo sofrimento social, causado, sobretudo, pela escravidão e depois pelo sofrimento do legado que esse crime contra o povo negro, deixou na sociedade Brasileira, causando até os dias atuais o deficit de Políticas Públicas (Prudence, 2020). A escassez dessas políticas acarretou, durante séculos, a falta de acesso a serviços básicos, como, por exemplo, a educação.

Tratadas dessa forma, tanto por parte do poder Estatal instituído quanto da sociedade brasileira na época da escravidão, que durou de 1538 a 1888 no Brasil com a abundância de mão de obra imigrante, os ex-cativos acabaram por se constituir em um imenso exército industrial de reserva, descartável e sem força política alguma na jovem República (Maringoni, 2011), as pessoas escravizadas não tinham os mesmos direitos básicos garantidos aos não escravizados (os brancos e brancas), como, por exemplo, o direito à liberdade.

Antes, marginalizados como forma de trabalho escravo, ainda hoje, os negros e negras continuam à margem da sociedade, vivendo com menos renda, menos acesso à saúde, segurança, educação, entre outros direitos que deveriam ser assegurados de forma igualitária para toda a população, ou seja, as diversas etnias que forma a população brasileira. Podemos citar como exemplo a má distribuição de renda entre brancos e brancas e negros e negras no país: “apesar de a população preta ou parda ser maioria no Brasil (55,8%), esse grupo, em 2018, representou apenas 27,7% das pessoas quando se consideram os 10% com os maiores rendimentos” (Brasil, 2019, p. 4).

Mesmo cerca de 54% da população brasileira sendo formada por pessoas que se autodeclararam negras, ou seja, “pretas ou pardas”, segundo o Jornal da USP, em 2022, que utilizou dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), ainda vivemos em uma sociedade que é marcada pelo forte racismo, que nada mais é que uma prática discriminatória que tem como uma base, uma falsa superioridade de um grupo étnico-racial sobre outro grupo, criando assim uma estrutura discriminatória, que é chamada de racismo estrutural, pois sustenta uma estrutura social, o qual é presente em vários âmbitos da sociedade, como, por exemplo, nas Políticas Públicas de educação em saúde.

Segundo o mapa das Desigualdades Sociais por cor ou raça, do IBGE (1,5), no Brasil, 24,4% dos deputados federais eleitos em 2018 eram Pretos e Prados, e 75,6% eram Brancos e outras. Enquanto a taxa de analfabetismo de pessoas a partir de 15 anos de idade era de 3,9% de brancos e 9,1% de pretos e pardos (Brasil, 2019). Esses dados demonstram as dificuldades enfrentadas pelos negros e negras, pardos e pardas, no Brasil, em diversas áreas. Se á também as atitudes de preconceitos diários, como que assolam a sociedade, o que constitui uma forma de exclusão social. Sendo assim o racismo é uma das formas de preconceito mais humilhantes formas de preconceito.

O racismo constitui-se num processo de hierarquização, exclusão discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social que é definida como diferente com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), a qual é re-significada em termos de uma marca cultural interna que define padrões de comportamento (Lima; Vala, 2004, p. 402).

O racismo machuca e ocasiona feridas, pois ele destrói dia a dia aqueles que sofrem com ele, retirando seus direitos, e os jogando a margem de seus direitos, pois exclui as pessoas, busca uma divisão social, causando danos morais e mentais, além de tirar vidas.

Estudiosos da desigualdade racial afirmam que, para que a luta contra a discriminação da população negra produza resultados consistentes, há um passo decisivo que nós, brasileiros, ainda não demos: assumir que somos, sim, racistas — seja como indivíduos, seja como sociedade (Agencia Senado, 2020, n.p.).

Diante disso, o racismo determina os serviços estaduais, o que não deveria acontecer, visto que o Estado é o ente federativo com a função de assegurar o desenvolvimento de Políticas Públicas de equidade social, sendo assim um ente que deve combater, e se tornando o causador do racismo, imputando a sua população esse tão grave preconceito. No entanto, o Estado, é um dos autores dos atos de racismo, o que acontece, por exemplo, quando a polícia “aborda”, “para”, “enquadra”, “revista” mais negros e negras do que brancos e brancas.

As estatísticas disponíveis no Brasil sugerem que os critérios de suspeição aliam, ao lado da identidade racial, outros marcadores discriminatórios, como pertença de classe social ou territorial, bem como o perfil etário. Neste cenário, jovens negros, pobres e moradores de áreas favelizadas se encontram entre os grupos mais vulneráveis às ditas práticas (Anúnciação; Trad; Ferreira, 2020, p. 3).

Esclarecemos, contudo, que, quando, na escola, os(as) estudantes negros e negras sofrem preconceito devido à cor da pele e, na saúde, e se um profissional

atender com melhor qualidade quem tem a “cor mais clara”, não estamos aqui tirando a “culpa” dos agentes envolvidos (policiais, estudantes, profissionais de saúde, entre outros), mas, sim, apontando ineficiências nos serviços públicos, inclusive nos serviços de educação e saúde privados (Hita, 2017). Considerando que o Estado é o tutor, pois é quem dá a concessão ou a permissão pública para que esses setores possam ofertar esses serviços, as Políticas Públicas são de suma importância para o funcionamento dos serviços públicos. Assim questionamos: quais os olhares que são elaboradas, publicadas e aplicadas as políticas – de educação. E quais seus desdobramentos sobre a educação em saúde? Como estas políticas afetam as questões socioeconômicas da população negra? Não considerar cabe em nosso tempo Políticas Públicas que não sejam de qualidade para atender aos déficits sociais que atingem a população negra. Com certeza, esta é uma forma de reverberação do racismo no interior dos serviços públicos.

O racismo não apenas acontece no ataque à cor da pele, como, por exemplo, ao ser impedido de acessar certo local ou ser seguido em uma loja apenas por causa da cor da pele, mas, sim, em toda a organização social, na qual o indivíduo está inserido, pois, quando uma pessoa negra não consegue acesso a determinado bairro para morar, por exemplo, isso demonstra o quanto o racismo é estrutural e institucional com fortes e firmes raízes na sociedade, nesse sentido não basta não ser racista, temos de ser, antirracista (Diangelo, 2023).

Está estruturação do racismo dentro da sociedade ocorre pelo fato de a sociedade brasileira ter sido erguida em cima de anos de escravidão, de desprezo e marginalização da população negra, de forma que o sofrimento social do(a) negro(a) Destacamos, neste contexto, um fato de como se materializou o racismo, que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, a reforma “Pereira Passos”,¹ que fez a reorganização urbanística da cidade empurrando a população pobre para os morros, nos quais abrigavam famílias descendentes de pessoas escravizadas e ex-escravizados, que tinham baixo acesso aos serviços públicos. Esse fato levou a população mais pobre a se mudar para morros, e favelas, que infelizmente tem fragilidades no acesso a serviços públicos, a presença do crime organizado, e estão

¹ A reforma “Pereira Passos” foi uma reforma urbana que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, então capital, em meados do início do século XX, tendo como modelo a reforma de Paris do século XIX. Essa reforma mudou a cara da cidade, com alargamento de ruas, chegada de energia elétrica e criação de sistemas de esgotamento sanitário, mas, por outro lado, acabou com os cortiços e vilas, que, em sua maioria, abrigavam os negros mais pobres, os quais foram jogados para os morros.

mais longe dos centros comerciais. Trata-se do "produtivo excluído", resultado da industrialização com baixos salários, excluídos do mercado imobiliário privado e, frequentemente, buscando a favela como forma de moradia (Erminia, 2003).

Entre as Políticas Públicas ofertadas pelo Estado, os serviços de educação têm um papel muito importante para a transformação social. Destacamos que uma educação de qualidade, que melhora e transforma a sociedade, é fundamentada em bases que buscam a formação integral e crítica. Para tanto, torna-se condição inegociável, uma educação de qualidade, pois a educação é capaz de mudar o ser humano, que por vez muda sua realidade como já dizia Paulo Freire. E que as Políticas Públicas, sejam pautadas por estratégias que contribuam com o processo de transformação social (Freire, 1987).

Uma educação de qualidade, articulada e com interação entre outras áreas do conhecimento, necessita da multidisciplinaridade interdisciplinar, como estratégia importante na busca dessa articulação/interação. As reflexões encaminham para a articulação teoria-prática e para a compreensão da pesquisa como uma atividade criativa (Fonseca, 2008). Com o propósito de fomentar o desenvolvimento humano, destacamos o trabalho que articula educação e saúde como possibilidade para qualificar o desenvolvimento humano para a atuação no mundo do trabalho, considerando os desafios sociais do dia a dia. Mas, salientamos que só o "trabalho em conjunto" não garante a efetiva troca de saberes, mas também o diálogo entre aqueles que fazem o trabalho, tornando assim as Políticas Públicas com baixa eficiência, distanciando-se da multidisciplinaridade e/ou interdisciplinaridade.

Políticas Públicas sem efetividade social impactam na baixa qualidade da oferta de serviços de saúde, segurança e educação. A efetividade é prova da legitimidade do poder, pois indica que o poder é habitualmente aceito e obedecido (Bobbio, 2015).

No entanto, se articulados, estes serviços possibilitam a melhora da qualidade de vida, assegurando um melhor atendimento público, com base nas reais necessidades sociais públicas. Assim a elaboração da Política Pública é motivada por fatores como a solucionabilidade do problema, potenciais soluções, custos dessas soluções e efetividade dessas soluções (Aguar e Haber, 2017).

Aqui evidenciamos a importância da segurança como um serviço básico que contribui para o desenvolvimento humano. Mas, no Brasil, ainda há pessoas que não têm acesso a esse serviço. Além disso, destacamos, a importância do papel da

educação, a qual não acontece somente dentro das escolas e Universidades, mas, também, em vários ambientes, como, por exemplo, igrejas, família, grupos de amigos. Assim, compreendemos aqui a educação como prática social, que visa buscar desenvolver o ser humano em suas habilidades e competências fazendo com que ele seja sujeito importante dentro da sua vida social. A saúde, por sua vez, é a forma que mantém o corpo humano vivo. Os conceitos atuais de saúde estão embasados na Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), que considera um conceito amplo de bem-estar físico e mental, que envolve fatores sociais, emocionais e económicos, indo além da “ausência de doenças”.

A educação em saúde como Política Pública é um serviço essencial. Portanto, a falta de acesso pode levar à morte. Num cenário em que o racismo impede o acesso da população aos serviços de educação em saúde, como ocorre, por exemplo, quando um negro e negra chega numa unidade de saúde e não recebe um atendimento de qualidade, que piora o seu quadro de saúde, devido à falta de atendimento ou a um atendimento desqualificado, tendo, assim, a sua saúde negligenciada. Isso também acontece na escola, quando, por exemplo, os estudantes negros e negras não têm acesso à informações de qualidade sobre a saúde, dentre as quais o índice de incidência de anemia falciforme, doença causada por uma mutação genética hereditária no gene que produz a hemoglobina, fazendo com que a pessoa desenvolva vários sintomas ao longo da vida. Segundo o Ministério da Saúde,

As manifestações clínicas da doença falciforme podem afetar, assim, quase todos os órgãos e sistemas, ocorrendo a partir do primeiro ano e se estendendo por toda vida. As principais incluem: crises de dor, icterícia, anemia, infecções, síndrome mão-pé, crise de sequestração esplênica, acidente vascular encefálico, priapismo, síndrome torácica aguda, crise aplásica, ulcerações, osteonecrose, complicações renais, oculares, dentre outras, incluindo complicações tardias relacionadas à sobrecarga de ferro secundária às transfusões (Brasil, 2023, n.p.).

Essas manifestações de dor e sofrimentos são remediadas e, até mesmo, evitadas, com o auxílio de Políticas Públicas de educação em saúde eficientes, que, junto às políticas de saúde, como, por exemplo, o teste do pezinho, possibilitem identificar rapidamente a incidência da anemia falciforme, que atinge, principalmente, a população negra, pois é uma herança genética hereditária das populações do continente africano. Por isso, no Brasil, essa doença afeta, sobretudo, os seus descendentes: os negros e as negras. De acordo com o Ministério da Saúde,

Entre os anos de 2014 e 2020, a média anual de novos casos de crianças diagnosticadas com DF no PNTN foi de 1.087, numa incidência de 3,75 a cada 10.000 nascidos vivos. Estima-se que há 60.000 a 100.000 pacientes com DF no país. A distribuição no Brasil é bastante heterogênea, sendo a Bahia, o Distrito Federal e Minas Gerais as unidades federadas de maior incidência. Uma vez que se trata de uma doença genética de origem africana, a DF é mais comum (mas não exclusivas) em pretos e pardos (Brasil, 2023, n.p.).

Doenças, como, a anemia falciforme, são tratadas ou, como, a hipertensão, que pode ser evitadas, em vários casos, com práticas de empoderamento em educação e saúde. No entanto, a grande incidência dessas doenças na população negra demonstra a urgência dessas Políticas Públicas (Machado, 2022). A falta de tratamento adequado para a população negra demonstra, também, na oferta dos serviços de educação e saúde, uma vez que o racismo está estruturado no interior dessas Políticas Públicas de ofertas de serviços. “A prática do racismo institucional² na área da educação em saúde atinge preponderantemente as populações negras e indígenas” (Kalckmann *et al.*, 2007, p. 146). Assim, combater o racismo institucional, criando mecanismos de inclusão dos negros, tratando sobre ele nas instituições, fazendo com que se tenham comitês para tratar a diversidade, tendo políticas de punição para os casos de racismos, mostrando como de suma importância para a melhoria na qualidade da oferta de Políticas Públicas de educação em saúde.

Como salientamos, cerca de 54% da população do país é composta por pessoas negras, o que representa mais da metade da população brasileira (IBGE, 2016). A população negra, que tem fatores genéticos que são propícios para o desenvolvimento de certas doenças, também é afetada por fatores ambientais e sociais, como, a falta de saneamento básico, o que é impacta diretamente saúde, além do racismo, que diariamente impede essa população de ter acesso aos serviços básicos ofertados pelo poder público. Quando esse acesso acontece, muitas vezes, é de forma precária (Machado, 2022).

Embora os fatores genéticos sejam mais impactantes na saúde da população negra, com a maior incidência de certas doenças, como, por exemplo, anemia falciforme, diabetes e glaucoma, essas doenças, muitas vezes, têm como ser prevenidas, a exemplo do glaucoma, que, com o acompanhamento oftalmológico

² Racismo institucional é um dos tipos de racismo existentes, ele acontece, por exemplo, quando um órgão, entidade, empresa, repartição, entre outros não oferece determinado serviço a um indivíduo apenas devido à cor, religião ou origem étnica dele.

necessário, pode ser controlado da melhor forma possível (Machado, 2022). Assim, ações de educação em saúde melhoram as condições de vida da população, principalmente quando essas ações partem do Estado como membro fomentador de políticas de educação em saúde, como, as campanhas de conscientização de vacinação.

Segundo o Centro de Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 67% das pessoas atendidas no Sistema Único de Saúde (doravante, SUS) são negras (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020). Isso demonstra a grande importância de um sistema de Políticas Públicas de educação em saúde que trate da população negra não apenas no âmbito do SUS, mas também na educação formal, ou seja, educação básica, nas Instituições de Ensino Superior, pois a falta de conhecimento em saúde traz consequências sérias à saúde, como, por exemplo, a cegueira e, até mesmo, a morte. Mesmo diante da situação aqui apresentada, evidenciamos a existência do Dia Nacional da Mobilização Pró-saúde da População Negra, comemorado em 28 de outubro.

Levando em consideração os impactos do racismo na sociedade brasileira e na assistência à saúde da população negra, no ano de 2009, com a Portaria nº 922, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (doravante, PNSIPN), que busca fundamentar-se em princípios da cidadania e dignidade humana, como também combater o racismo no SUS, a fim de promover o acesso integral e a igualdade aos negros, sendo, portanto, uma política de âmbito nacional e obrigatória (Menezes, 2020).

A efetivação da Política nacional de Saúde integral da População negra (PNSIPN) (Brasil, 2010) é de grande importância, pois, por meio dela, pode-se avaliar e verificar se seus objetivos foram alcançados e se a política é ou não aplicada. Ou seja, se o que é previsto se concretiza, se faz realmente diferença, se busca uma mudança no pensar sobre a saúde, na realidade do atendido pelos profissionais da saúde, e se seus impactos reverberam na escola e no dia a dia dos estudantes(as). Além disso, é importante, também, transformar a PNSIPN em uma ação transdisciplinar³, dentro da comunidade, e realizar avaliações sobre essa política, principalmente para a construção do conhecimento sobre as políticas de educação em saúde.

³ É uma forma pluralista de pensamento, que busca alcançar a integração do saber, conectando várias disciplinas e procurando um diálogo maior entre elas.

Diante do exposto, esta pesquisa, de abordagem qualitativa, coletou e discutiu novos dados científicos para o avanço das questões das políticas de educação em saúde, visando possíveis melhoras nas ofertas dessas Políticas Públicas. Ademais, como é uma pesquisa teórico-prática, ela requer, obrigatoriamente, uma revisão bibliográfica. Nesse caso, realizamos uma revisão integrativa.

Esta pesquisa justifica-se, primeiramente, devido às demandas mencionadas anteriormente. Em segundo lugar, em decorrência de uma visita que realizamos, no ano de 2014, ao Quilombo dos Palmares⁴ em Alagoas, como parte da disciplina de “Educação das Relações Étnico-raciais”, no curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), da qual o pesquisador desta pesquisa é egresso. Sendo um pesquisador de cor da pele Preta, que já sofreu com a falta de Políticas Públicas de educação em saúde da população negra.

Isso despertou o interesse deste pesquisador sobre os estudos de educação em saúde da população negra, como também acerca das formas de negação dos negros e das negras aos seus direitos e ao conhecimento sobre saúde. Esta pesquisa, portanto, se insere no debate nacional sobre educação em saúde da população negra e se junta ao debate acadêmico, sobretudo no âmbito do Programa de Pós-graduação em Educação (PPGEdu) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), dialogando com os estudos dos doutorandos Edmilton Amaro da Hora, intitulado “Políticas de educação das relações étnico-raciais em cursos de formação na área da saúde: como se encontra esta relação”, José Carlos da Silva, intitulado “Educação permanente em saúde da população negra a partir da afrocentricidade” e de Wellington Lins de Souza, intitulado “Políticas de educação em saúde: análise do Programa Saúde na Escola (doravante, PSE) em escolas públicas da rede estadual de ensino do estado de Pernambuco”. Essas pesquisas estão inseridas na linha de pesquisa “Política Educacional, Planejamento e Gestão da Educação” e foram orientadas pelo Professor Doutor Vilde Gomes de Menezes.

Esses estudos demonstram como a educação está interligada à saúde, pois

⁴ O Quilombo dos Palmares foi uma comunidade de refugiados da escravidão, no período colonial, que localizava-se na Serra da Barriga, atual município de Zumbi dos Palmares, no estado de Alagoas. Essa comunidade é símbolo da luta e resistência dos escravizados contra a escravidão, tendo Zumbi dos Palmares como o seu principal líder. Nos dias atuais, a comunidade de remanescentes de quilombolas continua existindo no mesmo local.

são áreas do conhecimento que dependem uma da outra para se desenvolver, o que significa que essas duas áreas de pesquisa se contribuem mutuamente.

Esta pesquisa, justifica-se, ainda, devido à importância das políticas de educação em saúde da população negra, amparadas pela PNSIPN, de 13 de maio de 2009, juntamente com a portaria do GM/MS nº 2009, que buscam a equidade e o combate ao racismo institucional. Sendo assim, fazemos a seguinte pergunta de pesquisa: qual a efetividade das Políticas Públicas de educação em saúde em comunidade quilombola de Onze Negras no estado de Pernambuco?

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

Identificar a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e suas ações na comunidade quilombola de onze negras no estado de Pernambuco.

2.2. Objetivos específicos

1) Identificar se existem práticas de educação em saúde, e qual sua relação com as políticas de educação em saúde;

2) Avaliar a presença das políticas de educação em saúde nas escolas da comunidade quilombola de onze negras;

3) analisar se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem sido efetivada em comunidade quilombola no estado de Pernambuco.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Políticas Públicas : implantação, implementação e avaliação da sua efetividade

O termo “Política Pública” é sempre recorrente no debate político partidário, nas conversas sobre as melhorias sociais, nas cobranças da população para com seus representantes públicos. Mas, enfim, o que é uma Política Pública? Salientamos aqui que não há um conceito único para definir o que é uma Política Pública, pois esse conceito vai depender do referencial teórico (Darani, 2006).

Vamos tratar da epistemologia da palavra “política”. Segundo Bobbio (2002), o termo “politics” nada mais é do que a forma que o ser humano utiliza para ganhar poder sobre outros seres humanos, como, o processo público em uma eleição ao cargo executivo para prefeito, em que quem vencer terá a obtenção de poder sobre determinado município e, de certo modo, sobre a população daquela região.

O segundo sentido atribuído à palavra “política” compreende o termo “policy”, que é ligado à formulação de orientações a serem seguidas. Esse termo é mais próximo do termo “Política Pública”, pois a Política Pública é uma orientação pública a ser operacionalizada, a fim de responder alguma demanda pública, ou seja, um problema público. Segundo Secchi (2016, p. 2),

Uma Política Pública é uma diretriz elaborada, para se enfrentar um problema público. Vejamos esta definição em detalhe: a Política Pública é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da Política Pública; uma Política Pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma Política Pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (Secchi, 2016, p. 2).

Mas, mesmo sendo uma orientação-ação para a resolução de um problema público, será querealmente responde aos anseios públicos ou dos agentes de formulação desse problema? Nem sempre um problema público é, de fato, público. Sendo assim, uma orientação-ação, ou seja, uma Política Pública que responde a um problema não público acaba ficando sem o caráter de atendimento ao público, que é, justamente, sua função.

Vamos, agora, discutir o que é uma Política Pública e quem são seus atores, voltando o olhar para os tipos de políticas e as suas vertentes dentro do jogo social,

considerando, para tanto, as seguintes políticas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas.

- **Regulatórias:** são os tipos de Políticas Públicas criadas para regular, normatizar. Sendo assim, as leis são Políticas Públicas regulatórias, além de normatizações para a concessão de serviços públicos, como, por exemplo, a distribuição de energia elétrica, serviços de saneamento básico e transporte público. Mesmo que, em alguns entes – estados, municípios – esses serviços estejam na mão de empresas privadas, eles ainda são serviços públicos concedidos à iniciativa privada, por meio de normas “Políticas Públicas ” (Todos pela educação, 2020).
- **Distributivas:** são Políticas Públicas voltadas à distribuição de bens, serviços, entre outros, para certa parte da população, como, por exemplo, um programa habitacional para determinada comunidade que foi atingida por um grande deslizamento de barreiras ou as cotas em Universidades Públicas (Todos pela educação, 2020).
- **Redistributivas:** Sobre esse tipo de políticas, muitas críticas são lançadas, pois as políticas redistributivas “cobrem um Santo para descobrir o outro”, como diz o velho ditado popular. Em outras palavras, esse tipo de política dá certos benefícios a determinados entes sociais, em detrimento de outros, como, por exemplo, as renúncias fiscais a uma empresa automotiva e o aumento de impostos sobre a população mais pobre. Conforme Agum, *et. al.*, 2015. p. 21), é, antes de tudo, um jogo de soma zero. O benefício para uma categoria resulta o dobro de custos sobre as outras”. Sendo assim, esse tipo de política fica sujeito à atender a certos “pares” dos entes e da administração e interesse público, em detrimento dos “não pares”.
- **Constitutivas:** as Políticas Públicas constitutivas, como o próprio nome já diz, são aquelas que fazem a constituição, isto é, são as regras e as leis que são feitas para nortear a construção de outras Políticas Públicas . Podemos citar, como exemplo, as regulamentações que estabelecem que os estados devem ser responsáveis pela etapa do ensino médio da educação básica (Todos pela educação, 2020).

Considerando os tipos de Políticas Públicas , surgiu-nos a inquietação sobre como se pode determinar uma política dessa natureza. Diante disso, destacamos as fases do *policy cycles*: a percepção e definição dos problemas; a agenda; a

elaboração dos programas e a decisão; a implementação; a avaliação; e a correção da ação. Considerando essas fases, é importante destacar a fase da avaliação, pois, como o próprio nome sugere, é a fase em que avalia-se a Política Pública, bem como a sua formação e os instrumentos definidos para avaliar se o que foi proposto foi alcançado ou não. Avaliar, contudo, não é fácil.

Avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou padrão comparativo previamente definido. Pode ser considerada, também, como operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos (Garcia, 2000, p. 31).

No âmbito da avaliação, existem três conceitos distintos: eficácia, eficiência e efetividade. A eficiência é um conceito que está ligado ao fazer das coisas, ou seja, como as coisas são realizadas, sendo, portanto, um conceito relacionado ao trabalho e ao que ele vai proporcionar, como, por exemplo, uma meta a ser alcançada por um funcionário, o qual, apenas se alcançá-la, sobretudo num espaço curto de tempo, terá seu trabalho considerado eficiente. Sendo assim, é a relação do trabalho *versus* tempo e recursos, relacionado ao resultado obtido.

Em outras palavras, um administrador é considerado eficiente quando minimiza o custo dos recursos usados para atingir determinado fim. Da mesma forma, se o administrador consegue maximizar os resultados com determinada quantidade de insumos, será considerado eficiente (Megginson *et al.*, 1998, p. 11).

Dessa forma, o trabalho é o ponto central, no que tange à eficiência, como demonstra o jargão: “que trabalhador eficiente!”.

Já o conceito de eficácia está ligado ao resultado, pois utiliza-se todos os recursos disponíveis para alcançar os objetivos pretendidos (Aguiar e Heber, 2017). Por exemplo: o ciclo político da reeleição, em que um candidato em primeiro mandato pode utilizar vários recursos disponíveis para atingir o seu objetivo – a reeleição –, mesmo prejudicando a máquina pública.

Dos três conceitos acima, o de efetividade é o mais complexo, pois une os dois anteriores, buscando a eficiência e a eficácia ao mesmo tempo, com o propósito de otimizar a relação do trabalho e do resultado, assim, os recursos, a fim de obter melhores resultados. Mas, o conceito de efetividade também está ligado à relação objetivo/resultado, o que significa que, ao atingir o objetivo, a ação desenvolvida por meio do trabalho também foi alcançada, isto é, ela foi uma ação efetiva.

No âmbito das Políticas Públicas , criam-se mecanismos pré-definidos ou criados ao longo dessas políticas para a avaliação delas. Esses critérios podem ser criados ou não pelos formuladores das políticas. Diante disso, a avaliação torna-se um processo que pode ou não corresponder ao esperado, pois, ao verificar a efetividade de uma Política Pública, pode-se encontrar erros ocorridos no processo, sendo, portanto, um fator impactante para a avaliação do desempenho pessoal dos funcionários envolvidos na política. Dessa forma, o conceito de efetividade é um conceito apropriado para responder se o que foi elencado nos objetivos conseguiu ou não ser alcançado, além de servir como base para possíveis avaliações do processo, caso surjam dúvidas do porquê determinados objetivos não foram alcançados com o desenvolvimento da política (Aguiar e Heber, 2017).

O conceito de efetividade, portanto, é de suma importância para o processo avaliativo e formativo da própria Política Pública ou de um programa fora do âmbito público. Mas, destacamos as formas de avaliações que podem ocorrer durante esse processo, como, por exemplo, a avaliação ex-ante, realizada no início do processo de implementação da política; e a ex-post, realizada durante e no final do processo. Nesse tipo de avaliação, que busca avaliar o final do processo, o estudo sobre efetividade adequa-se completamente, pois esse conceito, como já visto, busca avaliar se o objetivo inicial da política foi alcançado ou não.

Na realidade, o uso dessa teoria pode fornecer subsídios para a solução acerca da efetividade do direito, porquanto permite explicar a racionalidade por trás de determinada regra jurídica ser ou não eficaz e, conseqüentemente, quais as alterações possíveis para que se alcancem os objetivos que subsidiaram a sua edição (Aguiar e Heber, 2017, p. 266).

No entanto, uma simples avaliação final não atesta se a política ou o programa foi efetivo, visto que “a avaliação de efetividade apresenta certo grau de dificuldade, pois exige que os resultados encontrados sejam causalmente relacionados com o projeto avaliado” (Frasson 2001, p.164), estando, assim, diretamente ligada àquilo que é previsto na política ou no programa. Portanto, quem avalia deve ter total conhecimento dos objetivos da política ou do programa avaliado. Evidenciamos que os objetivos de uma política que tem por finalidade atender ao público devem ou deveriam estar ligados à melhoria da condição dos seus atendidos, pois, se diz respeito a uma política ou programa público, os seus objetivos têm que estar voltados para o benefício dos cidadãos.

Diante do exposto, destacamos outra forma de verificar a efetividade na

avaliação de Políticas Públicas, a fim de transpassar a mera equação objetivo *versus* resultado, considerando, assim, o impacto real da política no dia a dia dos seus atendidos: “efetividade: capacidade que os resultados do projeto têm de produzir mudanças significativas e duradouras no público beneficiário” (Frasson, 2001, p.). Esse conceito mais amplo é o que mais se encaixa numa avaliação que busca saber o que realmente mudou no dia a dia, na realidade da população, dialogando com o que a educação em saúde prevê: a mudança no trato das formas de transmitir os conhecimentos sobre saúde, a fim de melhorar a vida da população.

3.2 Educação em saúde como Política Pública

3.2.1 A educação e a saúde: áreas do conhecimento humano

Os seres humanos são os sujeitos responsáveis pela transmissão dos conhecimentos da educação.

Quer se tome a palavra ‘educação’ no sentido amplo, de formação e socialização do indivíduo, quer se a restrinja unicamente ao domínio escolar, é necessário reconhecer que, se toda educação é sempre educação de alguém por alguém, ela supõe sempre também, necessariamente, a comunicação, a transmissão, a aquisição de alguma coisa: conhecimento, competências, crenças, hábitos, valores, que constituem o que se chama precisamente de ‘conteúdo’ da educação (Forquin, 1993, p. 10).

Assim, os sujeitos são os educadores. Mas, o que é um educador? O que é um professor? Professor é aquele que tem formação específica para lecionar, e educador é aquele que transmite o conhecimento, o que pode ser realizado por várias pessoas numa determinada sociedade. A educação, portanto, não acontece somente no âmbito formal.

Ao pensarmos em o que é educação, muitas vezes, vem à mente os modelos tradicionais de educação, uma escola, uma universidade, onde tem estudantes e professores em constante troca de conhecimentos. Mas, a educação transpassa as barreiras das instituições formais. Diante disso, a educação também acontece na escola, nas igrejas, nas famílias, nas instituições sociais, nos grupos de amigos, entre outros.

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com

a educação (Brandão, 1986, p.7).

Levando em consideração que a educação também é um processo não formal e que acontece nos mais variados locais e comunidades, não podemos cair na armadilha de pensar que todo processo que ocorre entre os seres vivos é um processo educativo, pois o que separa os homens dos animais é a capacidade intelectual e de transmissão ordenada e transformadora do conhecimento, pois um leão, ao ensinar a sua cria a caçar, está fazendo apenas o que seu instinto animal diz para ele fazer, já o ser humano que ensina ao seu filho como ligar um computador, por exemplo, está transmitindo esse conhecimento de forma ordenada. Saviani (2015, p. 10) destaca que “sabe-se que a educação é um fenômeno próprio dos seres humanos. Assim sendo, a compreensão da natureza da educação passa pela compreensão da natureza humana”.

Como uma característica intimamente humana, a educação é algo que ajuda na transformação social do homem. Essa transformação também evidencia a diferença entre o homem e o animal, pois o homem tem a capacidade de transformar a sua realidade social e o seu meio físico, por meio dos conhecimentos adquiridos através da educação.

Em relação ao que a educação transmite, destacamos a cultura, ou seja, a educação é a transmissão da cultura. Dessa forma, as comunidades, sociedades, países, religiões, famílias, grupo de amigos, entre outros, ao educar, transmitem a cultura. “Neste sentido pode-se dizer, perfeitamente, que a cultura é o conteúdo substancial da educação, sua fonte e sua justificação última: a educação não é nada fora da cultura e sem ela” (Forquin, p. 14). Então, a educação, como forma de transmissão dos conhecimentos de um certo povo e como uma ferramenta essencial para a perpetuação dos costumes de determinada comunidade, pode ser utilizada com fins de informação e instrução, como também de dominação social e perpetuação de desigualdades.

Enfim, a educação, tem vários sentidos e significados, mas podemos considerar dois sentidos universais: “a educação é o ato de transmitir/trocar conhecimentos”; e “A educação é algo inerente dos seres humanos”.

Assim como a educação, que é inerente aos seres humanos, o conceito de saúde também está ligado ao ser humano. Por muitos anos, este conceito foi considerado tendo em vista apenas a não ausência de doenças. Mas, ter saúde refere-se apenas à ausência de doenças?

Saúde e doença⁵ são palavras que andam juntas, lado a lado, e, apesar de os conceitos mais recentes não considerarem apenas a ausência de doenças para explicar o que pode ser entendido como “saúde”, evidenciamos que esse conceito muda de acordo com o tempo histórico, com a sociedade na qual estamos inseridos, com os entendimentos religiosos, entre outros fatores sociais e, até mesmo, fatores individuais. Ao longo dos anos, o entendimento de saúde vem mudando. Sobre a saúde dos gregos, Scliar (2007) diz o seguinte:

Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos humores principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado (Scliar, 2007, p. 32).

Esse é um conceito quase homeostático de saúde, que se o corpo está em equilíbrio, ele está saudável. Salientamos que os gregos também tinham um entendimento religioso sobre a saúde, mas eram adeptos de tratamentos medicamentosos. Já na Idade Média – considerando as civilizações ocidentais –, o conceito de saúde estava intimamente ligado à religião, de forma que as doenças que afetavam a saúde eram vistas como castigos divinos, e a religião, por meio da rezas e preces, era a cura para essas enfermidades. Não descartamos o conhecimento metafísico, pois a fé é inerente à condição humana. Além disso, o que não conseguimos explicar por meio da ciência, como, por exemplo, a questão dos milagres, ainda podemos dizer que aqui se trata de cura, ou seja, da busca da saúde por meio da religião. Esse conceito de saúde de viés religioso também está presente em várias sociedades. Por exemplo: destacamos as sociedades indígenas, as quais, apesar de ter tratamentos com plantas, ervas, entre outros elementos advindos da natureza, a religião como cura também é algo presente nessas sociedades. Nas religiões afro-brasileiras, por seu turno, a cura por meio de rituais de fé é tida como um exemplo de busca da saúde.

Com o advento do Iluminismo e outras correntes progressistas, na Europa, o conceito de saúde avançou, envolvendo tanto fatores naturais, ou seja, internos ao ser humano, quanto fatores sociais, devido ao meio no qual o ser humano estava inserido. Diante disso, passou-se a compreender que o meio influencia na saúde.

⁵ A doença é um estado físico e mental que atinge um ser humano ou outro ser vivo, alterando seu estado normal de saúde.

Ademais, passou-se a perceber as diferenças na saúde de classes sociais distintas. Esse é um conceito de saúde relacionado à interdependência natural e social.

Nesse sentido, a efetividade das ações de promoção da Saúde para proteção da vida está condicionada pela potencialidade das ações humanas no território, e as consequências dessas ações, que podem impactar positivamente ou negativamente na saúde e no ambiente (Souza e Dandrade, 2014, P. 4121).

Com as grandes guerras e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), surgem órgãos para tratar de diferentes assuntos, dentre os quais a educação. Em 7 de abril de 1948, na carta dos princípios da OMS, aparece um novo conceito de saúde: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (Nações Unidas Brasil, 2022).

Esse novo conceito, utilizado por um órgão mundial, torna-se um referencial no mundo sobre a saúde, causando debates, por se tratar de um conceito, até então, amplo e subjetivo. Dessa forma, em 1977, Christopher Boorse, em sua obra “Health as a theoretical concept”, apresenta um conceito biologicista e bem direto sobre a saúde: “saúde como ausência de doenças”.

Levando em consideração esses conceitos, podemos afirmar que a saúde envolve vários fatores, inclusive os fatores históricos. O equilíbrio biológico, por exemplo, pode ser considerado como saúde. Na mesma direção, o equilíbrio religioso e as situações sociais, dentre as quais a condição de vida, felicidade, condição econômica, a não ausência de doenças, entre outros, também podem ser considerados como saúde. Enfim, entendemos que esse conceito é amplo e que, embora não abarcando todas as concepções de saúde existentes, o conceito de saúde da OMS tenta abarcar as várias nuances do que é saúde.

3.2.2 Educação em saúde

Uma das propostas da educação no âmbito da saúde é a educação em saúde, que caracteriza-se por um processo educativo que visa construir o conhecimento em saúde para a população, a fim de que os indivíduos tenham a capacidade de perpetuar esse conhecimento. Mas, essa proposta não é voltada à profissionalização da população, mas, sim, ao seu empoderamento, aumentando, assim, a sua autonomia em conversas/debates com profissionais da saúde e com a sua

comunidade, possibilitando melhorar a prática e o atendimento e respeitando as necessidades desses indivíduos e das suas comunidades.

A educação em saúde é um trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam juízo, crítica e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência (Ruiz; Lima; Machado, 2004, p. 191).

Quando falamos em “educação em saúde”, podemos nos deparar com outros termos, como, por exemplo, “educação para a saúde”, que consiste num processo educativo verticalizado, em que o profissional apenas diz o que deve ser feito, e o paciente obedece. Já a educação na saúde é o processo de instrução do profissional sobre saúde. Isso não quer dizer que apenas os profissionais de saúde, dentre os quais, médicos, enfermeiros entre outros, são os únicos que pode passar pelo processo da educação na saúde, uma vez que o professor(a) também pode receber conhecimentos sobre a saúde para repassar aos seus alunos, como, por exemplo, instruções sobre higiene bucal, o que é comum no dia a dia da educação infantil, demonstrando a estreita relação entre educação e saúde.

Considerando o papel da educação em saúde e as diferenças entre essa educação e outros termos semelhantes, destacamos que a educação em saúde consiste numa prática educativa capaz de desenvolver nas pessoas o senso crítico, o domínio das suas decisões e da sua vida, além da compreensão do aspecto saúde-doença.

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização (Maria *et al.*, 2012, p. 42).

Câmara *et. al.* (2012, p. 42) afirmam que: “educação em saúde tem papel central nas ações de promoção da saúde e, a partir de seus princípios e práticas, aparece como estratégia relevante para superar o assistencialismo”. Assim de acordo com os autores, a educação em saúde é uma forma possível de promover ações que permitam a prática, favorecendo que as pessoas criem novos mecanismos e autonomia sobre a sua saúde.

Salientamos que a educação em saúde é uma prática que relaciona as ações, a fim de possibilitar a diminuição do assistencialismo, pois ela estimula o desenvolvimento da promoção da saúde de forma crítica e autônoma, formando

conhecimentos relacionados à saúde. Essa temática, portanto, é transversal, visto que busca processos educativos, o que promove, entre outros, a autonomia dos indivíduos.

Essa autonomia, gerada por esse processo educativo, demonstra que, no âmbito da saúde, também é possível educar e que todo o processo de saúde é um processo didático, pois, ao realizá-lo na prática, é possível aprender com ele. Segundo as Diretrizes de Educação em Saúde,

As práticas de saúde são práticas educativas porque [sic] se estruturam como um processo de trabalho. Um processo de trabalho supõe sempre a transformação de um objeto em um novo objeto, seja este material, seja uma ideia, uma consciência, uma mentalidade, um valor (Brasil, 2007, p. 8).

Como, até mesmo, um simples cuidado com a saúde pode ser considerado uma prática de saúde e, ao mesmo tempo, de educação. Acreditamos que são os mais pobres são a parcela da população que mais sofre sem a educação em saúde. e, principalmente, os negros. Sendo assim, a política de educação em saúde da população negra é um tema que tem gerado interesse por parte dos estudiosos da área da Educação e da Saúde, além de ser um tema de recorrentes debates no âmbito social, considerando que, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2012-2019), 56,2% da população brasileira se autodeclararam “pretos” ou “pardos” (Brasil, 2020) e tem o SUS como meio de acesso aos serviços de saúde (Menezes, 2020).

Retomando a discussão sobre o conceito de educação em saúde, salientamos que não existe apenas um conceito, mas vários, traçando um paralelo entre as áreas da Educação e da Saúde e colocando-as, de forma distinta, como processos independentes e únicos.

O termo educação e saúde, utilizado ainda hoje como sinônimo de educação em saúde, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação se ocupando-se dos métodos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre doenças (Falkenberg 2007, p. 340).

Isso demonstra que não estamos tratando de um conceito fechado, mas, sim, de um conceito amplo, que abrange duas grandes áreas do conhecimento.

3.3 As Políticas Públicas de educação em saúde: política nacional de saúde integral da população negra e o programa saúde na escola

A criação e implementação de Políticas Públicas em educação em saúde para a população negra é uma ação que busca diminuir os impactos das faltas de serviços públicos destinados à essa população. Para tanto, o Ministério da Saúde instituiu, em 13 de maio de 2009, a PNSIPN, por meio da Portaria nº 992 (Brasil, 2010). Essa política é baseada nos princípios de cidadania e dignidade humana, ressaltando o repúdio ao racismo, em busca da igualdade. Além disso, a PNSIPN propõe o desenvolvimento de uma educação libertadora, a fim de formar integralmente os profissionais da saúde para que eles possam melhorar a sua prática de educação em saúde.

Essa diretriz reafirma um princípio básico do SUS, além de reforçar a educação permanente em saúde, sendo, portanto, uma proposta político-pedagógica que favorece aos trabalhadores um processo de ensino-aprendizagem no dia a dia da sua prática, o que impacta significativamente as pessoas atendidas por eles.

Destacamos duas políticas de Educação em Saúde: a PNSIPN e o PSE. A primeira é uma política de saúde do âmbito do SUS e tem como objetivo o combate ao racismo institucional. Ademais, como Política Pública, tem como princípio a solução de problemas, que, nesse caso, é o racismo institucional no âmbito do SUS, chamando a atenção como uma prática educativa que propõe a interação entre as práticas de saúde da população negra e o atendimento formal dessa população, demonstrando, portanto, ser uma prática emancipadora. Mas, o que torna a PNSIPN tão importante para a saúde da população negra?

Primeiramente, a criação da própria política, sendo um marco importante para a população negra, que ainda que sendo a principal usuária do SUS, até 2009, não tinha uma política que buscasse tratar integralmente suas necessidades no âmbito da saúde. Em segundo lugar, o respeito às práticas de saúde da população negra, pois os chás, ervas, mandingas, crenças religiosas, entre outros têm papel fundamental no dia a dia dessa população (Nogueira, 2019; Alves e Santos, 2013; Brasil, 2017; Barros e Rodrigues, 2012).

A população negra é a que mais sofre com os índices de criminalidade e baixa escolaridade, que podem ser relacionados aos fatores de saúde (IPEA, 2020; Flavia e Gomes, 2020; Ribeiro e Carvalho, 2015). Por exemplo: no que se refere ao

rendimento escolar, os negros, como são mais pobres e têm precariedade no acesso aos serviços de saúde, provavelmente, podem apresentar menos rendimento escolar.

A importância de implementar uma política de saúde específica para a população negra diz respeito à garantia de maior igualdade na efetivação do direito humano no acesso aos serviços de saúde dessa população, no que se refere aos aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e no controle de doenças, a fim de promover a participação e buscar a equidade em saúde da população negra. Permitir o acesso da população e da sociedade ao conhecimento da saúde é uma das propostas da educação em saúde. Diante disso, um dos locais mais propícios para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e conscientização da população é, justamente, a escola, e o PSE, por sua vez, deve responsabilizar-se pela formação integral na educação e na saúde dos estudantes.

O PSE é uma iniciativa do Governo Federal, com o objetivo de combater as iniquidades no acesso à saúde dos estudantes das escolas públicas, no Brasil, consistindo num programa intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC), criado pela Portaria nº 6.286/2007, de forma que está presente em todos os 26 (vinte e seis) Estados e no Distrito Federal (Brasil, 2007).

Levando em consideração que o PSE é uma política de educação em saúde que objetiva o desenvolvimento integral e o acesso à saúde das crianças, jovens e adultos das escolas da educação básica do país, sendo um programa de educação em saúde, envolvendo ações de atendimento, como o combate ao mosquito *Aedes aegypti*; atenção à saúde bucal dos estudantes; prevenção de acidentes, ações de incentivo à cultura e ao lazer, entre outras, que relacionam saúde e educação e que buscam o desenvolvimento integral do estudante, para além do paradigma biológico. Salientamos, contudo, que, devido à descentralização do programa e à possível falta de compreensão das diretrizes e interpretação da forma como ele pode ser aplicado, pode acontecer de realizar-se um programa meramente de educação para a saúde, ou seja, que apenas considera os paradigmas biológicos da atenção à saúde.

No âmbito da formação do PSE, existem as coordenações estaduais e as municipais, sendo as respectivas Secretarias de Saúde, como o propósito de o suporte às Secretarias de Educação para o desenvolvimento de ações de saúde fora ou dentro da escola. Essa dupla “pasta” de atuação do programa não pode ser apenas algo burocrático, mas deve permitir o diálogo entre as áreas da Saúde e da

Educação e suas respectivas administrações públicas. Além disso, é importante a participação da comunidade escolar no processo de educação em saúde, no âmbito do PSE, pois os estudantes passam mais tempo com a comunidade escolar do que com os profissionais da saúde.

As práticas em Educação e Saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos –, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva (Brasil, 2015, p. 7).

Sendo assim, o PSE é um programa muito importante, pois visa à formação humana e o desenvolvimento dos atendidos. Pois, se o estudante está doente, não vai atingir um bom desempenho em suas funções acadêmicas, e o programa também não busca apenas o trato com as questões da saúde, mas o desenvolvimento humano. Ou seja, se o programa for apenas voltado para a preservação da “saúde” do atendido, esquecendo a formação humana e o desenvolvimento social, isso acaba com que o estudante, não atinja uma formação integral.

Em síntese, acreditamos que o PSE deve estar presente em uma das principais etapas da vida do cidadão: a formação básica, que é obrigatória, visando, assim, uma formação humana integral.

3.4 Comunidades quilombolas: história de luta e dificuldades sociais

Os quilombos surgem da luta do povo negro em prol da libertação da escravidão e do seu direito pela terra. A palavra “quilombo” vem dos povos de língua bantu, como destaca Munanga (1996), antropólogo e professor aposentado, nascido na República Democrática do Congo, em seu clássico livro “Origem e histórico do quilombo na África”.

O quilombo é seguramente uma palavra originária dos povos de línguas bantu (kilombo, aportuguesado: quilombo). Sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com alguns ramos desses povos bantu cujos membros foram trazidos e escravizados nesta terra. Trata-se dos grupos lunda, ovimbundu, mbundu, kongo, imbangala etc., cujos territórios se dividem entre Angola e Zaire (Munanga, 1996, p. 58).

O quilombo brasileiro, segundo o autor, vem do kilombo africano, apresentando uma estrutura que busca abalar e combater o sistema escravocrata, pois tem uma organização diferente da organização social da sociedade branca, visto

que, nas comunidades quilombolas no tempo da escravidão, os negros refugiados viviam numa sociedade de resistência.

Pelo conteúdo, o quilombo brasileiro é, sem dúvida, uma cópia do quilombo africano reconstruído pelos escravizados para se opor a uma estrutura escravocrata, pela implantação de uma outra estrutura política na qual se encontraram todos os oprimidos. Escravizados revoltados, organizaram-se para fugir das senzalas e das plantações e ocuparam partes de territórios brasileiros não-povoados, geralmente de acesso difícil. Imitando o modelo africano, eles transformaram esses territórios em espécie de campos de iniciação à resistência, campos esses abertos a todos os oprimidos da sociedade (negros, índios e brancos), prefigurando um modelo de democracia plurirracial que o Brasil ainda está a buscar (Munanga, 1996, p. 63).

Numa sociedade constituída de forma diferente da sociedade dos Invasores do território brasileiro, tendo leis e regras diferentes, os quilombos causavam preocupação nos colonizadores, pois, como regime de governo instituído, tudo e todos que pudessem ameaçar ideologicamente, militarmente e economicamente esse regime era encarado como ameaça.

Os quilombos ameaçavam os colonizadores dessas três formas: primeiro, economicamente, pois, ao receber os escravizados, causava um impacto na cadeia produtiva da colônia, visto que significava menos mão de obra para as colheitas, mineração e setor de serviço – escravos de ganho –, sendo, assim, comunidades perseguidas oficialmente pelo poder do regime constituído e das forças privadas dos senhores da época, que financiavam a busca pelos tidos “fugitivos” e a aniquilação da existência dessas comunidades. Em segundo lugar, os quilombos ameaçavam os colonizadores de forma ideológica, pois eram comunidades/grupos que tinham concepções diferentes do regime da época. Em terceiro, por fim, os quilombos eram uma ameaça militar, como, por exemplo, o Quilombo dos Palmares, que se tornou tão grande e forte que causava temor aos colonizadores.

De acordo com o IBGE (IBGE, 2022), o Brasil possui cerca de 5.972 (cinco mil novecentas e setenta e duas) localidades quilombolas, que estão dispostas entre os vários estados do país, tendo, cada uma delas, a sua própria história de luta. Dessa forma, não podemos, considerar que essas comunidades são frutos de um mesmo processo de formação, pois existem comunidades que se formaram no tempo da escravidão dos negros e negras que foram trazidos da África, para serem usados e explorados como mão de obra pelos colonizadores portugueses, franceses e holandeses, como também comunidades formadas pelos descendentes dessas pessoas negras escravizadas, que, após a “abolição” da escravatura, ocuparam

espaços urbanos, como, por exemplo, o Quilombo de Xambá, na cidade de Olinda, no estado de Pernambuco.

Ao longo do tempo, são desenvolvidos conceitos baseados na localidade dessas comunidades, pois o espaço físico de moradia e pertencimento é de suma importância para o seu desenvolvimento. A associação Brasileira de Antropologia afirma que “toda comunidade negra rural que agrupe descendentes de escravos vivendo da cultura de subsistência, e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado” (Coelho, 2019). Demonstra que a terra está intimamente ligada às comunidades quilombolas. Essa terra, muitas vezes, é objeto de disputas pela sua posse, gerando conflitos que geram vítimas.

Os conflitos territoriais são as lutas de povos com diferentes concepções que buscam se apropriar de um determinado território, a fim de explorar o que ele tem a oferecer, sejam bens materiais, como, por exemplo, ouro e ferro, sejam bens não materiais, como, por exemplo, a mística do local com relação à religião e ancestralidade de um povo ou, ainda, o potencial produtivo da terra para a agricultura.

Esses conflitos atingem muitas comunidades quilombolas. No entanto, de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1998, em seu Art. 68, “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). Assim, com o reconhecimento das comunidades e dos seus territórios, possíveis disputas judiciais e a “proteção do Estado” deveriam ser impedimentos para evitar esses conflitos. Mas, salientamos que existem duas fases de reconhecimento de uma comunidade quilombola: a primeira, o reconhecimento da comunidade; e a segunda, o processo de demarcação, sendo esse o principal processo legal para garantir a posse da terra.

A regularização do território dessas comunidades é de responsabilidade do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e da Secretaria de Patrimônio da União (SPU), esses órgãos são responsáveis pela expedição do título ou Contrato de Concessão de Direito Real de Uso (CCDRU).

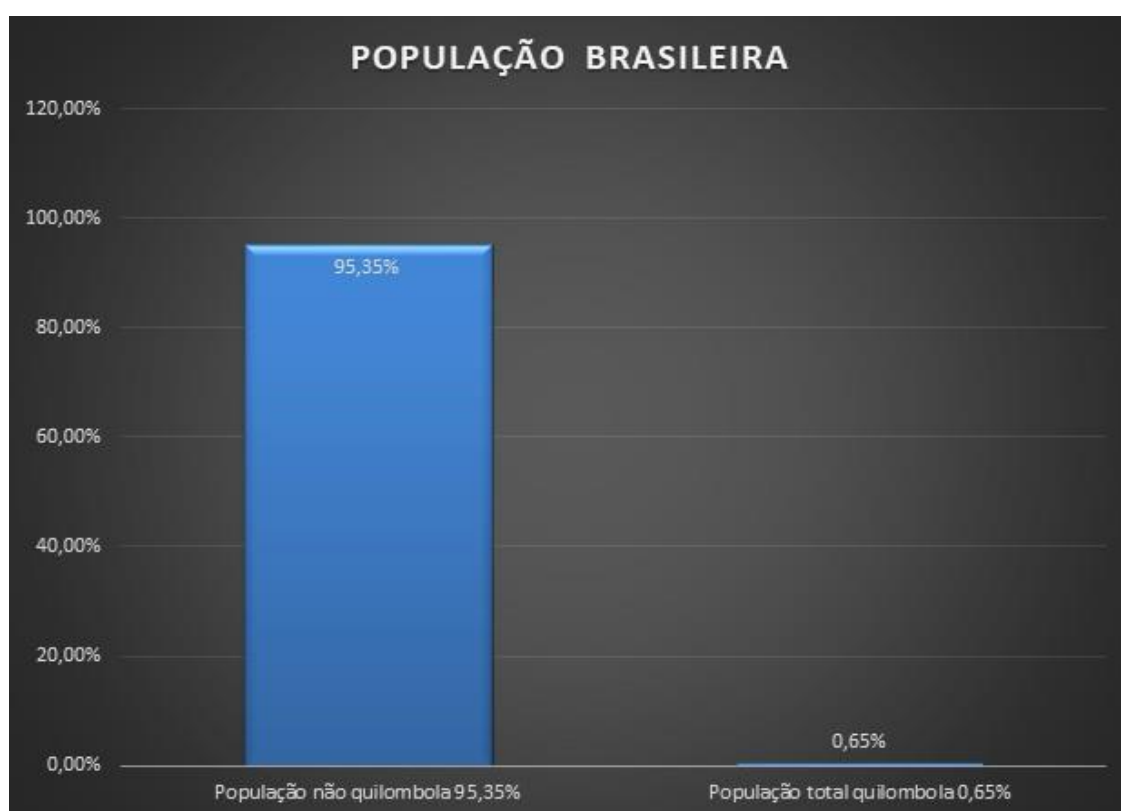
3.4.1 Comunidades quilombolas no Brasil: Censo Demográfico de 2022

Um dos grandes avanços no Censo Demográfico de 2022 (Brasil, 2022) foi

a realização do censo sobre as comunidades quilombolas, que possibilitou subsidiar vários dados demográficos e socioeconômicos, permitindo, assim, avanços nas pesquisas sobre essas comunidades, bem como a criação de subsídios para os avanços sociais nas ações do Estado nessas comunidades, como, por exemplo, ao disponibilizar o número oficial de comunidades quilombolas e de pessoas que vivem nelas.

O censo apresentou o número de 1.327.802 pessoas quilombolas, num total de 203.062.512 habitantes, o que constitui uma parcela significativa da população, num país tão diverso e multicultural como o Brasil (IBGE, 2022).

Gráfico 1 – População Quilombola no Brasil



Fonte:IBGE (IBGE, 2022)

Essa população se distribui entre 24 (vinte e quatro) estados do país, ada um deles com, pelo menos, uma comunidade quilombola reconhecida, demonstrando a diversidade dessas comunidades e, ao mesmo tempo, que as raízes da colonização ainda estão presentes no país. Em 2022, havia 2.921 (duas mil novecentas e vinte e uma) comunidades autodefinidas, de acordo com a Fundação Palmares, como podemos observar no gráfico 2:

Gráfico 2 – Quantidade de Comunidades quilombolas por Estado

Fonte: IBGE, 2022.

Os únicos estados sem a presença de comunidades quilombolas autodefinidas são Acre, Roraima e Distrito Federal. Esses estados são relativamente novos. O Acre, tornou-se parte do território brasileiro em 1903, por meio do Tratado de Petrópolis, não tendo, assim, a influência colonial do passado escravocrata brasileiro. O estado de Roraima, por seu turno, foi desmembrado do Amazonas em 1943, mas se tornou um estado apenas em 1988, com a nova Constituição, sendo outro exemplo de território pouco habitado nos tempos da escravidão. Já o Distrito Federal, se tornou a capital do país em 1960, sendo o último dos entes federativos. Dessa forma, também não tem a presença de comunidades quilombolas.

Os principais estados com comunidades quilombolas são aqueles que têm um grande passado agrícola. A sua distribuição acontece, principalmente, no Nordeste do país, região que foi “colonizada” primeiro e que se desenvolveu, sobretudo, em cima da mão de obra escrava, como demonstra o mapa abaixo:

Figura 1 – Territórios quilombolas delimitados (2022)



Fonte: IBGE, 2022.

3.4.2 Comunidades quilombolas no Estado de Pernambuco

Pernambuco foi um dos Estados que mais prosperou com o ciclo colonial brasileiro. Esse ciclo teve a mão de obra escrava como principal motor de impulsão, ocasionando uma grande concentração da população negra nesse Estado (Bezerra, 202x). Diante disso, os números de comunidades remanescentes de quilombos é um reflexo **da** grande população negra colonial em Pernambuco, pois, segundo o INCRA, Pernambuco tem 196 (cento e noventa e seis) comunidades quilombolas certificadas e 14 (quatorze) territórios quilombolas delimitados, demonstrando a grande quantidade de comunidades remanescentes de quilombos. No entanto, os

dados da Fundação Palmares consideram apenas as comunidades certificadas, mas existem outras comunidades quilombolas em processo de certificação e que, por isso, ainda não aparecem nesses dados. Muitas comunidades, tanto no meio rural, quanto no meio urbano, ainda buscam esse reconhecimento (Certificação quilombola, 2022).

Chamamos a atenção para a localização das comunidades quilombolas no estado de Pernambuco, o que também é um reflexo histórico das fugas das pessoas escravizadas dos grandes centros, do poder do homem branco. Apenas três dessas comunidades estão localizadas na Região Metropolitana do Recife, grande centro de poder econômico atualmente e também nos tempos da colônia. A comunidade Onze Negras e Engenho Trapiche, no Cabo de Santo Agostinho e em Portão do Gelo, respectivamente, ambas localizadas em Olinda, são as únicas comunidades “certificadas” dessa região. As demais comunidades estão espalhadas pelas outras zonas do estado, encontrando-se, portanto, longe do grande centro de desenvolvimento do Estado.

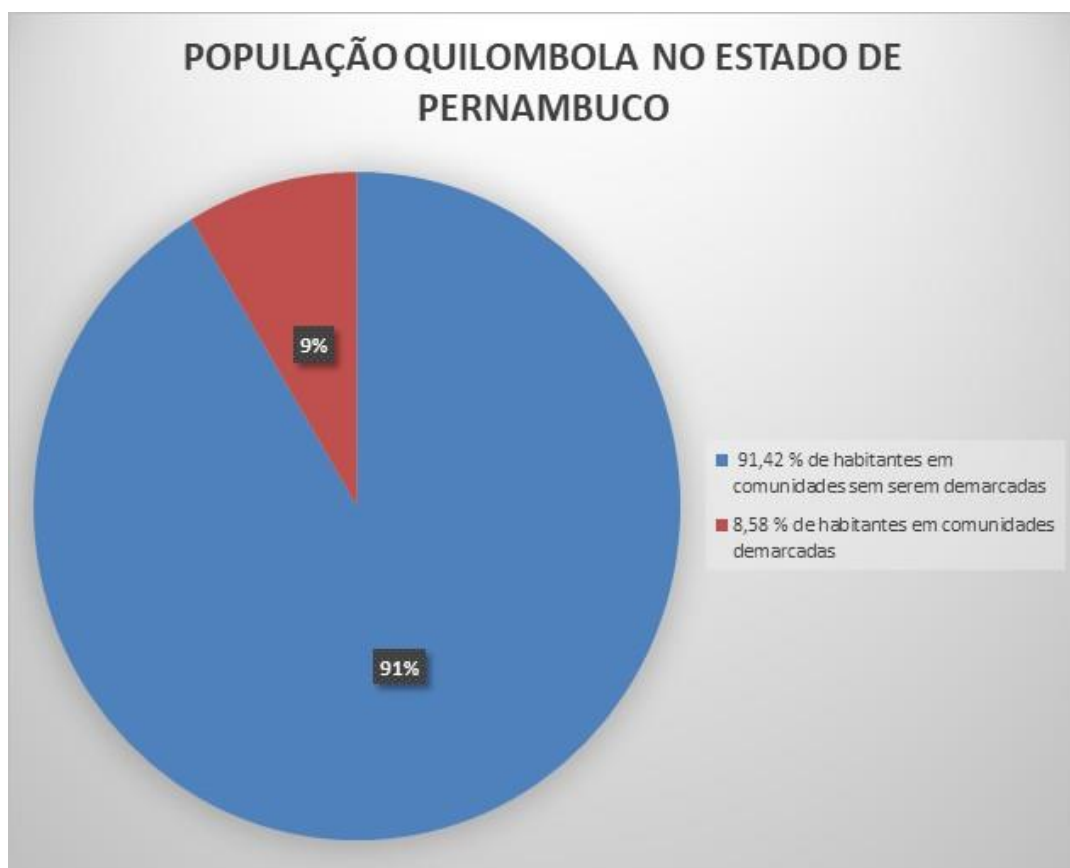
Concentrando-se longe dos grandes centros econômicos do estado, essa população se mostrou uma das maiores do país, segundo o Censo Demográfico de 2022, do IBGE, específico para comunidades quilombolas (IBGE, 2022). O estado de Pernambuco tem um quantitativo de 78.827 habitantes quilombolas, desses 6.769 estão em territórios delimitados e 72.058 em territórios não delimitados, sendo a quinta maior concentração de pessoas remanescentes de quilombos no Brasil, representando 5,94%, da população total do país, ficando atrás apenas da Bahia, com 397.059 habitantes, do Maranhão, com 269.074 habitantes, de Minas Gerais, com 135.310 habitantes, e do Pará, com 135.039 habitantes (IBGE, 2022). Esses dados demonstram que as comunidades quilombolas concentram-se em estados nos quais predominava a economia colonial agrícola, extrativista e de mineração, sendo, portanto, um reflexo de como a mão de obra brutal da escravidão utilizava as pessoas escravizadas (IBGE, 2022).

Tirando o estado de Minas Gerais, que fica na região Sudeste do Brasil, todos os outros estados contam com um grande quantitativo de habitantes em comunidades quilombolas. Os outros quatro estados ficam ou no Norte, ou no Nordeste do país, regiões com desenvolvimento econômico inferior às regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2022).

Pernambuco tem a quinta maior população quilombola do Brasil, segundo o

Censo 2022 do IBGE (Brasil, 2022) portanto, esse estado precisa de investimentos públicos de qualidade, a fim de possibilitar que as Políticas Públicas essenciais cheguem até essas comunidades.

Gráfico 3 – População quilombola no estado de Pernambuco



Fonte: IBGE, 2022

Mesmo sendo o 5º estado com maior concentração de pessoas descendentes de pessoas escravizadas, a representação do total da população, realizada pelo Censo de 2022, mostra que, em Pernambuco, essas pessoas são apenas 0,87% da população total do estado, tendo, além disso, uma média de, pelo menos, um morador em domicílio permanente em 0,91% dos domicílios, frente à média nacional de 0,61%(IBGE, 2022).

Os dados do Censo demográfico de 2022 são importantíssimos para a organização dos dados existentes sobre as comunidades quilombolas do Brasil e, em especial, do estado de Pernambuco, pois subsidiaram a organização de dados que, em alguns casos, não dialogavam entre si, gerando incongruência e dificultando o estudo sobre as comunidades

quilombolas.

Assim os dados do Censo Demográfico de 2022 apresentam um avanço significativo, pois, foi possível superar uma barreira histórica no que se refere às pesquisas sobre o povo quilombola, além de fornecer subsídios para a reorganização das Políticas Públicas , a fim de superar as desigualdades sociais, uma vez que, com dados estatísticos e demográficos mais confiáveis, os agentes fomentadores dessas políticas terão melhores condições de organizar a agenda do Estado brasileiro, visando atender da melhor forma a população quilombola.

Isso possibilita avanços socioeconômicos, a fim de combater as iniquidades em áreas como, por exemplo, educação, saúde, saneamento básico, transporte, acesso à energia elétrica, entre outras áreas que apresentam problemas crônicos, dentre as quais a área das Políticas Públicas de educação em saúde da população negra.

4. METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa é compreendida de várias formas, mas fundamentamo-nos nos estudos de Minayo (1999, p. 22) que entende “[...] por metodologia o caminho e os instrumentos próprios de abordagem da realidade”. Ou seja, a é a alma da pesquisa, nela estão incluídos os procedimentos, o passo a passo, da pesquisa. Toda pesquisa acadêmica tem uma metodologia afim de orientá-la, trazendo a caracterização de como o pesquisador conseguiu desenvolvê-la.

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, uma vez que pretendeu não só identificar subjetivamente, de forma estruturada, dados que não podem ser mensurados numericamente. Segundo Minayo (1992, p.22)

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se ocupa, nas ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo 1992, p.22).

Neste estudo, buscamos verificar se as Políticas Públicas de educação em saúde em especial a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra se faz presente e dialoga com as práticas de educação em saúde da comunidade quilombola de Onze Negras em Pernambuco.

Demonstrando que a pesquisa qualitativa se atenta a realidade que pode ter dificuldade de ser vista em números, gerando conhecimentos científicos novos que possibilitam avanços, principalmente, na área das Ciências Humanas e Sociais. Portanto, a abordagem qualitativa serve para orientar o estudo das Políticas Públicas de educação em saúde da população negra. Ademais, a presente pesquisa é teórico-prática, o que requer, obrigatoriamente, uma revisão bibliográfica⁶. Diante disso, realizamos uma revisão integrativa, que também serviu para o desenvolvimento da fundamentação teórica do nosso estudo.

Segundo Gil (2007, p. 43), uma pesquisa explicativa pode ser a continuação de uma pesquisa descritiva, posto que a identificação de fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado. Desta forma, assumem, em geral, as formas de pesquisa experimental e pesquisa *ex-post-facto*.

Nesta pesquisa, recorreremos à revisão bibliográfica e posteriormente a

⁶ A revisão bibliográfica é o método de revisar outros trabalhos, que tenham um tema igual ao próximo, para sustentar o novo trabalho que trate do mesmo tema

realização de entrevistas. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo, de Bardin, permitindo-nos, de forma qualitativa, alcançar os objetivos propostos no que tange à revisão bibliográfica, realizando uma revisão do tipo integrativa, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (doravante, LILACS) e Google Acadêmico.

4.1 Revisão integrativa

A revisão utilizada no desenvolvimento do estado da arte deste estudo foi a revisão integrativa, pois permite que sejam elencados vários tipos de trabalhos científicos, sejam experimentais ou não-experimentais⁷. Esses trabalhos foram obtidos em fontes eletrônicas de acesso público.

A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Souza; Silva; Carvalho, 2010, p. 103).

A revisão integrativa tem sido utilizada em vários estudos, pois permite ao pesquisador realizar uma revisão mais ampla da literatura, o que possibilita considerar diferentes tipos de estudos.

Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008).

[...] o revisor pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, ou seja, ela pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (Silveira e Galvão, 2008, 760).

Esse método de revisão dialoga com os anseios desta pesquisa, a qual busca investigar a efetividade das Políticas Públicas de educação em saúde da população negra, pois, ao permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, a revisão integrativa possibilita considerar, não apenas estudos de cunho experimental, mas, também, estudos de diferentes tipos.

⁷ A pesquisa experimental levanta hipóteses, levantadas pelo pesquisador. Envolvendo manipulações de variáveis e grupos de controle. A pesquisa não experimental, não tem estudos experimentais, mas estudos observacionais e estudos de caso, não sendo realizados experimentos controlados.

4.2 Fontes de busca

Realizamos o revisão bibliográfica, para o desenvolvimento do estado da arte, nos seguintes repositórios eletrônicos: 1) LILACS, que reúne publicações de autores latino-americanos concentrados na área da Saúde; 2) Google Acadêmico, pertencente ao Google, uma das maiores empresas de tecnologia do mundo. Esse repositório eletrônico reúne estudos das mais diversas áreas do conhecimento, dentre as quais Educação e Saúde; e SCIELO, biblioteca virtual brasileira, que reúne publicações digitais de vários periódicos de autores nacionais.

Esses repositórios institucionais têm as suas próprias formas de refinamento das buscas, mas realizamos o levantamento bibliográfico de acordo com os descritores pré-definidos e seus critérios de inclusão e exclusão, como explicamos a seguir.

4.3 Critérios de busca e de inclusão e exclusão

Para a construção do estado da arte, utilizamos critérios de busca e de inclusão e exclusão, a fim de delimitar a pesquisa bibliográfica realizada, pois, em bancos de dados de grande abrangência, os critérios de busca e de inclusão e exclusão funcionam como delimitadores dos resultados da pesquisa.

Os critérios de busca foram escolhidos levando em consideração a temática do estudo. Diante disso, realizamos a busca por meio das seguintes palavras-chave: Política Pública; educação em saúde; e comunidade quilombola, utilizando o conectivo *AND*, a fim de delimitar, ainda mais, o resultado.

O recorte temporal da revisão bibliográfica, foi de dez anos, ou seja, consideramos estudos desenvolvidos entre 2013 a 2023, a fim de encontrar o que há de mais recente sobre a temática desta pesquisa.

Em seguida, para a escolha dos estudos, consideramos os seguintes critérios:

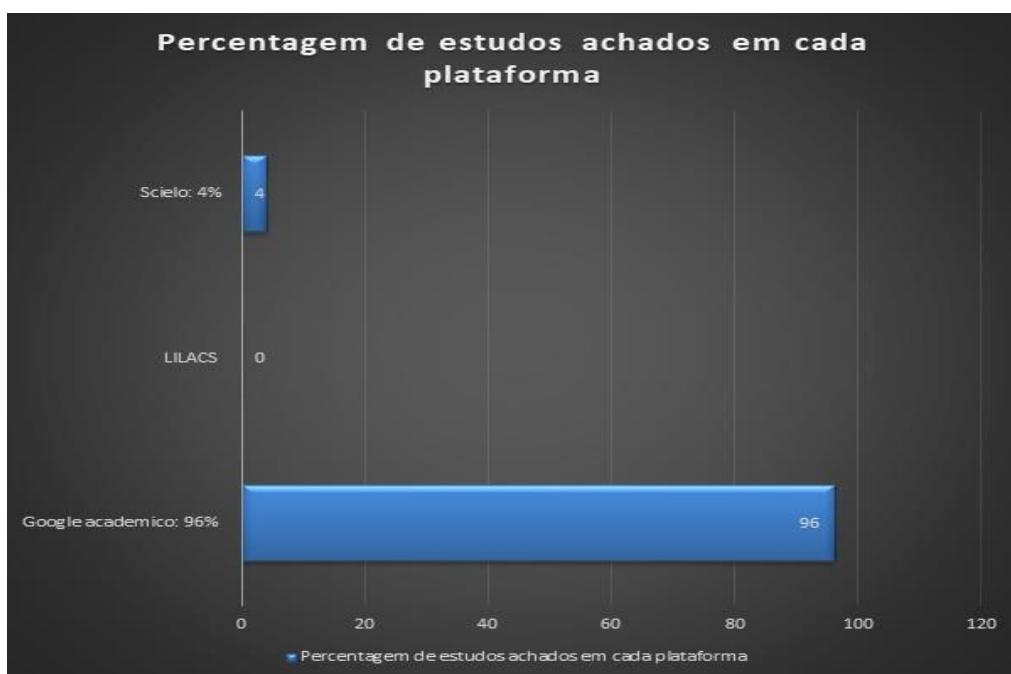
- Estudos sobre a educação em saúde da população negra;
- Estudos sobre a educação em saúde em comunidades quilombolas;
- Estudos sobre Políticas Públicas de educação em saúde da população negra;
- Estudos sobre Políticas Públicas de educação em saúde da população negra em comunidades quilombolas.

5. RESULTADO

5.1 Análise da revisão de literatura

Ao realizar a busca considerando os descritores supracitados, encontramos 163 (cento e sessenta e três) estudos, sendo 157 (cento e cinquenta e sete) deles no Google Acadêmico, 7 (sete) na LILACS e 0 (zero) na SCIELO. Priorizamos os estudos em língua portuguesa, excluindo, contudo, leis e normas técnicas encontradas no decorrer do levantamento. Para a escolha dos trabalhos, realizamos, primeiramente, a leitura do título e, em seguida, do resumo e da introdução.

Gráfico 4 – Percentagem de Estudos por Plataforma



Fonte: O Autor (2024).

Após o refinamento dos dados encontrados, respeitando-se os critérios escolhidos, encontramos, 12 (doze) estudos na base de dados do Google Acadêmico, além dos estudos encontrados nas demais bases, estudos esses que não se encaixam nos critérios de inclusão e exclusão do estudo. O quadro 1 apresenta as especificidades dos estudos selecionados na nossa revisão.

Quadro 1 – Dados específicos dos estudos selecionados na revisão

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	PERIÓDICO/ REPOSITÓRIO/ BIBLIOTECA	CONSIDERAÇÕES/TEMÁTICA
Google Acadêmico	Itinerários terapêuticos e Política Pública de saúde em uma Comunidade quilombola do Agreste de Alagoas, Brasil	Saulo Lüders Fernandes/ 2016	Biblioteca de Teses e Dissertações da USP	Essa tese de doutorado, do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, buscou analisar os serviços públicos de saúde em uma comunidade quilombola do estado de Alagoas, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra como um marco. Esse estudo é de cunho qualitativo e consiste num estudo de caso. Tem como critério de escolha do campo de pesquisa o tempo de reconhecimento da comunidade, que é a mais velha reconhecida no estado; o maior número de famílias entre todas as comunidades do estado; e a existência de uma unidade de saúde na própria comunidade. Nesse estudo, o autor desenvolveu um projeto de intervenção na comunidade.
Google Acadêmico	Política Pública de saúde à população quilombola: a realidade de Sertão/RS	Aline Martins Figueiredo/ 2021	Repositório Digital da Universidade da Fronteira do Sul	Essa dissertação consiste em um estudo de caso que buscou entender como acontece a aplicação da Política Pública de saúde para a população quilombola no interior do município de Sertão, RS. O estudo é qualitativo e concluiu que a Política Pública de saúde não se efetiva na comunidade investigada no atendimento primário.
Google Acadêmico	Práticas alternativas de cura na Comunidade Quilombola Charco, Maranhão, Brasil	Francisco Marcos Silva do Vale, Luís Felipe Leite Oliveira, Ana Paula da Silva Mendes, Andreza Letícia Pimenta Ferraz,	Revista Concilium	O artigo aborda a prática de educação em saúde presente numa comunidade quilombola, demonstrando que os meios naturais de cura, como ervas e chás, ainda estão muito presentes. A religiosidade também é um fator importante no trato com a saúde dessa população. O estudo é exploratório descritivo e qualitativo da saúde da comunidade.

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	PERIÓDICO/ REPOSITÓRIO/ BIBLIOTECA	CONSIDERAÇÕES/TEMÁTICA
		Kewen Christian Almeida Souza, Marcyanne Vannessa Maia Ribeiro, Marisa Cristina Aranha Batista /2022		
Google Acadêmico	(In)Acesso ao Sistema Único de Saúde por Populações remanescentes de quilombos: o caso dos Kalunga do Engenho II	Jamila Odeh-Moreira/ 2018	Biblioteca Digital do Cerrado, Universidade de Brasília	Esse trabalho de conclusão do curso de Antropologia da Universidade de Brasília realiza um diagnóstico do acesso à saúde na comunidade quilombola de Kalunga, destacando a má qualidade desse acesso.
Google Acadêmico	Humildade cultural no compartilhamento de decisões individuais e coletivas em saúde	Fabio Miranda Junqueira/ 2019	Repositório de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo	Essa tese de doutorado do Programa de Ciências Sociais da Universidade de São Paulo consiste num estudo etnográfico, realizado em comunidades indígenas da etnia Guarani Mbya, no Vale do Ribeira, em São Paulo, e na Comunidade Quilombola de Cafundó, de Salto de Pirapora. O objetivo da tese é entender como as comunidades tradicionais interpretam as formas do discurso biomédico, a sua prática profissional e a relação com as Políticas Públicas de saúde, associando essas políticas às práticas tradicionais de saúde dessas comunidades. O autor concluiu que faz-se necessário melhorar o diálogo entre os profissionais da saúde e as práticas tradicionais das comunidades atendidas pelo Mais Médicos.

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	PERIÓDICO/ REPOSITÓRIO/ BIBLIOTECA	CONSIDERAÇÕES/TEMÁTICA
Google Acadêmico	Análise da implantação da política de saúde da população negra no estado de Sergipe	Ana Claudia Maba/ 2020	Repositório Institucional da Universidade Federal de Sergipe	Essa dissertação analisou o comitê técnico estadual de promoção da equidade da educação popular em saúde e da sociedade civil, com foco na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Sergipe. A autora concluiu que existem desafios para a implementação da política, dentre os quais a falta de (re)organização do movimento negro além da presença do debate sobre a política de saúde da população negra na escola.
Google Acadêmico	Política de saúde da população negra: questões étnico-raciais no Caminho percorrido e os novos desafios	Antônio Ernesto Pinto/2016	Biblioteca da Universidade de Brasília	Esse trabalho de conclusão de curso de Serviço Social identifica as dificuldades de acesso à saúde pela população negra, considerando o que é previsto pela Constituição Federal de 1988. o autor fez um percurso histórico da evolução do mecanismo de saúde ofertado pelo Estado brasileiro para essa população, mostrando que o acesso à saúde sempre foi precário para certa classe social. Ademais, o autor realizou uma entrevista com o gestor do Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra do Ministério da Saúde. Esse trabalho, enfim, mostrou as dificuldades do acesso à saúde da população negra, trazendo, na fala do gestor, exemplos das dificuldades desse acesso, dentre os quais a questão do racismo institucional.
Google Acadêmico	Acesso e saúde da população negra: uma pesquisa sob a ótica do	Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo/2017	Repositório Digital UFRGS	Dissertação de mestrado do programa de saúde coletiva da UFRGS, que avaliou a percepção de mulheres quilombolas ao atendimento de uma unidade básica de saúde da família. O estudo é qualitativo e resultou em dois artigos sobre a Política Nacional de Saúde Integral da

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	PERIÓDICO/ REPOSITÓRIO/ BIBLIOTECA	CONSIDERAÇÕES/TEMÁTICA
	Pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre			População Negra e o acesso à saúde em território quilombola.
Google Acadêmico	Conflitos fundiários e as repercussões na saúde das lideranças quilombolas	Ana Paula dos Santos Siqueira/2021	Repositório Fiocruz	Essa dissertação do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas em Saúde da Fiocruz visa compreender como os conflitos fundiários interferem na saúde dos membros e lideranças em comunidades quilombolas. O estudo é qualitativo, envolvendo entrevistas em quatro comunidades quilombolas.
Google Acadêmico	“Eu não vejo muitos negros aqui”: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Maceió	Roberta Dayanne de Oliveira Santos/2017	Repositório UFAL	Dissertação de mestrado em Antropologia Social da UFAL, que busca compreender como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é vivenciada pelos entrevistados em Maceió, através de um estudo etnográfico.
Google Acadêmico	Políticas Públicas e o fórum de Comunidades tradicionais: o bem viver no Quilombo do Campinho da Independência, Paraty-RJ	Mauro de Lima Gomes/2022	Repositório UERJ	Tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ, que avalia a saúde dos membros do Quilombo do Campinho da Independência, em Paraty-RJ, através das políticas PNSIPCFA e PNDPCT.
Google	Políticas Públicas	Lidiane Dias	Repositório	Dissertação de mestrado do Programa de Ensino da

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO	PERIÓDICO/ REPOSITÓRIO/ BIBLIOTECA	CONSIDERAÇÕES/TEMÁTICA
Acadêmico	e negritude: efetividade do ensino na saúde? Um estudo de caso sobre saúde da população negra	Vieira/2020	UFRGS	Saúde da UFRGS, que avalia o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, destacando o impacto negativo da falta de capacitação na qualidade dos serviços de saúde.

Fonte: O Autor (2024).

5.1.1 Discussão dos resultados

Os trabalhos encontrados na revisão integrativa trouxeram grandes conhecimentos sobre a questão das políticas de educação em saúde da população negra, auxiliando no desenvolvimento desta dissertação, pois discutiram caminhos teóricos e metodológicos acerca da temática, mostrando que a academia tem procurado investigar as Políticas Públicas de educação em saúde.

Dentre os trabalhos encontrados, selecionamos: um artigo, publicado numa revista que se define como interdisciplinar; dois trabalhos de conclusão de curso, um de Antropologia e um de Serviço Social; seis dissertações de mestrado, uma da área da Educação, sendo uma da área da Sociologia, uma da área da Saúde Coletiva, uma da área das Políticas Públicas em Saúde, uma da Antropologia Social e uma da área do Ensino da Saúde; três teses de doutorado, sendo uma da área da Psicologia, uma da área das Ciências Sociais e uma da área das Políticas Públicas e Formação Humana.

Essa gama de trabalhos, das mais variadas áreas do conhecimento, reafirma que o tema Políticas Públicas de educação em saúde não interessa apenas ao campo da saúde, da educação ou das Políticas Públicas, uma vez que consiste num tema multidisciplinar, dialogando, portanto, com os mais diversos temas nos diferentes campos do conhecimento (Almeida, 2022; Santos, 2022; Cunha, 2020).

Os trabalhos selecionados apontam para caminhos, mostrando como se concretizam as Políticas Públicas de educação em saúde nos espaços investigados, principalmente em comunidades quilombolas.

As pesquisas evidenciaram que tanto o racismo quanto questões sociais e geográficas impactam significativamente a construção e ação dessas Políticas Públicas. Nos estudos encontrados, em geral, os autores destacaram as baixas condições de acesso aos espaços de saúde, além da falta de conhecimento dos agentes públicos que atuam nesses espaços. Dessa forma, questionamos: se os agentes do Estado, que são formuladores e implementadores das Políticas Públicas de educação em saúde, não têm conhecimento e capacitação, como fica a concretização dessas políticas?

Ficou evidenciado que o desconhecimento da temática reforça a necessidade de se abordar o tema racismo no cotidiano de trabalho das equipes de saúde. Conclui-se que o não reconhecimento do racismo é de

fundamental importância para o seu combate e que associar desigualdade racial à condição econômica contribui apenas para a continuidade de um racismo institucional subsumido nas práticas cotidianas daqueles que trabalham com saúde pública (Vieira, 2020, p.83).

As dificuldades na construção e implementação das Políticas Públicas de educação em saúde perpassam não apenas por problemas relacionados à própria política, mas, também, por problemas sociais, como, por exemplo, o racismo, além de problemas socioeconômicos, como, o poder aquisitivo dessas populações, a posse das suas terras, as quais têm gerado conflitos fundiários que impactam na saúde dos seus membros, principalmente no caso das lideranças. Assim as, Políticas Públicas que dialoguem com as mais diversas áreas do conhecimento e de atuação do Estado, são fundamentais, para possibilitar que as comunidades de remanescentes de quilombolas continuem se desenvolvendo da melhor maneira.

5.1.2 Considerações acerca da revisão e apontamentos para a realização da pesquisa

A revisão integrativa apontou que os estudos sobre as Políticas Públicas de educação em saúde vêm sendo realizados pelas grandes Universidades do país, o que mostra a relevância desse tema no âmbito das Universidades.

Os estudos demonstraram que há o debate sobre o tema no meio acadêmico, o que incentiva a realização de outras pesquisas. Além disso, esses estudos apresentaram resultados acerca da má qualidade da implementação de Políticas Públicas de educação em saúde em comunidades quilombolas, servindo, assim, para reafirmar os dados discutidos nesta dissertação acerca da qualidade das Políticas Públicas de educação em saúde da população negra, a qual tem sérios problemas estruturais e, em geral, se encontra à margem dos serviços básicos de saúde garantidos pelo Estado.

Esses achados relevantes também apontaram para a falta de organização das ações das Políticas Públicas de educação em saúde, como, por exemplo, a PNSIPN, na atuação dentro das comunidades quilombolas. Tanto a PNSIPN quanto outras políticas têm, de acordo com os estudos, apresentado falhas no resultado final, ou seja, naquilo que entrega aos cidadãos. Sendo assim, esses estudos são importantes, pois, além de fundamentar esta dissertação, mostrando possíveis caminhos teórico-metodológicos, pode nortear a construção de Políticas Públicas de educação em saúde para a população negra. Sendo um trabalho de suma importância para a

construção do conhecimento sobre as Políticas Públicas de educação em saúde da população negra.

5.2. Identificação das Políticas de Educação em Saúde e suas ações na comunidade quilombola de Onze Negras no Estado de Pernambuco

Sendo assim, dando continuidade na pesquisa, buscou-se identificar a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e suas ações na comunidade quilombola de onze negras no estado de Pernambuco.

Como objetivos específicos busca-se:

- Identificar se existem práticas de educação em saúde e qual sua relação com as políticas de educação em saúde;
- Avaliar a presença das políticas de educação em saúde nas escolas da comunidade quilombola investigada;
- Analisar se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem sido efetivada em comunidade quilombola do estado de Pernambuco.

5.2.1 Procedimentos metodológicos

A pesquisa qualitativa não se preocupa com a mensuração numérica, mas, sim, com o aprofundamento do pesquisador ao procurar conhecer a realidade social, pessoal ou organizacional a ser investigada. Portanto, os pesquisadores que escolhem essa abordagem de pesquisa se preocupam com a realidade dos investigados⁸. “Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa” (Goldenberg, 1997, p. 34).

Para a realização desta pesquisa, os nossos procedimentos metodológicos foram os seguintes:

Primeiramente, a construção de uma revisão integrativa, que teve como propósito encontrar estudos acerca do tema desta pesquisa: políticas de educação em saúde da população negra, em especial, a PNSIPN e a sua relação com as práticas de educação em saúde de comunidades quilombolas. Esse método de revisão permite

⁸ Isso não quer dizer que a pesquisa quantitativa não tenha uma “preocupação social”.

a seleção de trabalhos experimentais e não experimentais,⁹ possibilitando selecionar

trabalhos de várias áreas do conhecimento.

Em segundo lugar, o desenvolvimento do referencial teórico, por meio da utilização dos trabalhos encontrados na revisão, mas também de outros estudos relevantes para fundamentar a nossa dissertação.

Em terceiro lugar, a escolha do instrumento de coleta de dados, que, nesse caso, foi uma entrevista aberta. Esse instrumento permitiu captar as falas dos entrevistados acerca do tema da pesquisa, permitindo que os entrevistados, por se tratar de uma entrevista aberta, pudessem responder as perguntas de forma mais ampla, além de ter sido um instrumento de coleta de dados de fácil aplicação com os participantes.

Em quarto lugar, a pesquisa de campo, que se iniciou com o contato prévio com a comunidade escolhida, com o funcionário dos serviços públicos de saúde da cidade que atuava na comunidade e com o funcionário que atuava na escola situada na comunidade, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão. Assim, após o primeiro contato, apresentamos os objetivos da pesquisa para a comunidade e para os servidores públicos de saúde e educação, bem como entregamos o devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para, após a assinatura deste documento pelos participantes da pesquisa, iniciarmos a coleta dos dados.

Em quinto lugar, a análise e interpretação dos dados. Nesta etapa, analisamos os dados coletados durante a pesquisa, a fim de compreender melhor o nosso objeto de investigação. A análise de dados foi realizada com o auxílio de recursos tecnológicos, em especial, o IRAMUTEQ, um software de análise de dados, o que facilitou a interpretação dos dados.

Em sexto lugar, a apresentação dos resultados. Nesta fase, discutimos os resultados encontrados durante o desenvolvimento da pesquisa, as dificuldades encontradas, como também sugestões acerca do tema.

⁹ O trabalho experimental se caracteriza pela manipulação de várias variáveis que são ligadas ao objeto de estudo, buscando testar as hipóteses apresentadas. Já o trabalho não experimental, não tem variáveis independentes, ou seja, o pesquisador busca avaliar a realidade sem predisposições (hipóteses) para ter a dimensão do fenômeno estudado.

5.2.2 Coleta de dados: realização das entrevistas

A escolha pela entrevista justifica-se porque é amplamente utilizada em trabalhos acadêmicos, devido à facilidade da sua aplicação.

Entrevista, tomada no sentido amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações, sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (Minayo, 1999, p. 64).

O quadro a seguir, desenvolvido por Ribeiro (2008, p. 13), apresenta as vantagens e desvantagens de alguns instrumentos de coletas de dados, dentre os quais a entrevista:

Quadro 2 – Vantagens e desvantagens de alguns instrumentos de coleta de dados

Fonte: Ribeiro (2008, p. 13).

Técnica de Coleta	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Questionário	- Garante o anonimato - Questões objetivas de fácil pontuação - Questões padronizadas garantem uniformidade - Deixa em aberto o tempo para as pessoas pensarem sobre as respostas - Facilidade de conversão dos dados para arquivos de computador - Custo razoável	- Baixa taxa de respostas para questionários enviados pelo correio - Inviabilidade de comprovar respostas ou esclarecê-las - Difícil pontuar questões abertas - Dá margem a respostas influenciadas pelo "desejo de nivelamento social"(*) - Restrito a pessoas aptas à leitura - Pode ter itens polarizados/ambíguos
Entrevista	- Flexibilidade na aplicação - Facilidade de adaptação de protocolo - Viabiliza a comprovação e esclarecimento de respostas - Taxa de resposta elevada - Pode ser aplicada a pessoas não aptas à leitura	- Custo elevado - Consome tempo na aplicação - Sujeita à polarização do entrevistador - Não garante o anonimato - Sensível aos efeitos no entrevistado - Características do entrevistador e do entrevistado - Requer treinamento especializado - Questões que direcionam a resposta
Observação Direta	- Capaz de captar o comportamento natural das pessoas - Minimiza influência do "desejo de nivelamento social" - Nível de intromissão relativamente baixo - Confiável para observações com baixo nível de inferência	- Polarizada pelo observador - Requer treinamento especializado - Efeitos do observador nas pessoas - Pouco confiável para observações com inferências complexas - Não garante anonimato - Observações de interpretação difícil - Não comprova/esclarece o observado - Número restrito de variáveis
Registros Institucionais (Análise Documental)	- Baixo custo - Tempo de obtenção é reduzido - Informação é estável	- Dados incompletos ou desatualizados - Excessivamente agregados - Mudanças de padrões no tempo - Uso restrito (confidencialidade) - Dados difíceis de recuperar
Grupo Focal	- Baixo custo e resposta rápida - Flexibilidade na aplicação - Eficiente para obter informações qualitativas em curto prazo - Eficiente para esclarecer questões complexas no desenvolvimento de projetos - Adequado para medir o grau de satisfação das pessoas envolvidas	- Exige facilitador/moderador com experiência para conduzir o grupo - Não garante total anonimato - Depende da seleção criteriosa dos participantes - Informações obtidas não podem ser generalizadas

As entrevistas, segundo Minayo (1999), são classificadas em: sondagem de opinião; semiestruturada; aberta ou em profundidade; focalizada; e projetiva. Optamos pelas entrevistas abertas, pois esse tipo de entrevista possibilita maior liberdade para

os entrevistados responderem as perguntas por nós realizadas.

Assim, entrevistamos uma liderança da comunidade, um profissional da área da saúde, que desenvolve seu trabalho na comunidade, além de um profissional da escola, mais especificamente, um docente da comunidade – que, considerando os nossos critérios de escolha dos participantes, poderia estar em função de regência ou não¹⁰. Procuramos, como mencionamos anteriormente, investigar quais as práticas de educação em saúde das comunidades e suas relações com a PNSIPN e as políticas de saúde de seus municípios.

Após a fase da coleta de dados da pesquisa, realizamos a análise e interpretação dos dados. Para tanto, recorremos ao método da Análise de Conteúdos, de acordo com Bardin (1997), com o auxílio do software IRAMUTEQ, o qual permitiu-nos fazer a análise em Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Quadro 3 – Fases da análise de dados segundo Bardin

PRÉ-ANALISE	EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	TRATAMENTO DOS RESULTADOS
• Nessa fase foi feita a leitura das entrevista, após suas transcrições.	• Nessa fase se faz a criação das categorias	• Nessa fase se faz a interpretação dos dados.

Fonte: O Autor (2024).

Esse percurso metodológico foi realizado com o propósito de responder: Qual o diálogo estabelecido entre as Políticas Públicas de educação em saúde na comunidade quilombola de Onze Negras e as práticas de educação em saúde da comunidade na comunidade quilombola de Onze Negras com essas políticas, em especial, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

¹⁰ O docente pode estar na escola em funções de regência, ou seja, ministrando aulas dentro ou fora de sala, ou em ambientes pedagógicos externos, como, por exemplo, quadra poliesportiva, campo, espaço teatral, entre outros, ou, então, em função pedagógica administrativa, dentre as quais gestão, vice-gestão, coordenação e secretaria escolar.

5.2.3 Campo de pesquisa

A escolha do campo de pesquisa justifica-se pelo critério da existência de remanescentes quilombolas na comunidade escolhida, a qual é reconhecida e titulada, ou seja, tem o título de posse das terras, sendo, portanto, uma comunidade em fase final de reconhecimento. Esse critério foi estabelecido devido à maior confiabilidade em relação à história dessa comunidade no que se refere ao seu reconhecimento, atestado pelos entes regulatórios, dentre os quais a Fundação Palmares e o INCRA. No entanto, isso não quer dizer que comunidades que ainda não estão na fase de reconhecimento não tenham valor histórico e sejam menos importantes do que a comunidade por nós investigada (Onze Negras).

Outros critérios que justificam a escolha do nosso campo de pesquisa são os critérios geográficos e socioeconômicos, pois a comunidade investigada localiza-se na Região Metropolitana do Recife, a cerca de 32 km de distância da UFPE, na qual a pesquisa está inserida. Isso facilitou as idas do pesquisador ao campo de pesquisa, como também o acesso dos participantes da pesquisa à universidade, possibilitando que eles tivessem maior acesso ao andamento da pesquisa.

Sendo assim o município do Cabo de Santo Agostinho é um dos municípios com maior Produto Interno Bruto (doravante, PIB) do estado de Pernambuco, ocupando, segundo o último Censo do IBGE (2022), o quarto lugar dentre os demais municípios desse estado, ficando atrás apenas de Recife, em primeiro lugar, de Jaboatão, em segundo, e de Ipojuca, em terceiro, sendo, portanto, um município economicamente desenvolvido. Assim, os fatores econômicos podem indicar se o poder econômico está surtindo efeito na efetivação das Políticas Públicas de educação em saúde na comunidade investigada (Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, 2022).

O Cabo de Santo Agostinho é um município do estado de Pernambuco, situado na Região Metropolitana do Recife. É um município litorâneo, que abriga, junto com o município de Ipojuca, o Complexo Industrial Portuário de Suape, sendo, portanto, uma cidade de forte potencial econômico. A história da cidade do Cabo de Santo Agostinho inicia-se, quando o velejador espanhol Vicente Pinzón desembarca no litoral do atual Cabo de Santo Agostinho. Mas, conforme dados do site da própria prefeitura do município em questão, o povoamento da cidade do Cabo data do ano de 1536, dois anos após a doação das terras da então capitania de Pernambuco a Duarte

Coelho. Em 1622, é criada a freguesia do Cabo de Santo Agostinho, que, depois, foi elevada à vila, em 1811, e, posteriormente, em 15 de fevereiro de 1812, se desmembrou do Recife (Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, 2022).

O município conta com 24,1 km de orla, tendo oito praias, dentre as quais a praia de Suape, Gaibu, Calhetas, Enseada dos Corais, Pedra do Xaréu, Itapuama, Paraíso e Paiva. A cidade tem a organização administrativa feita por meio de 4 (quatro) distritos: Distrito-sede, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho e Juçaral, além de dispor de 26 (vinte e seis) bairros (Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, 2022).

Hoje, o Cabo de Santo Agostinho é um município com cerca de 210 mil habitantes, segundo o IBGE, o qual também mostra o panorama das instituições de ensino deste município, a saber: 137 (cento e trinta e sete) instituições de ensino, dentre as quais 122 (cento e vinte e duas) são de nível fundamental e 22 (vinte e duas) de nível médio. Além disso, o IBGE também apresenta dados sobre a saúde ofertada pelo município em questão, o qual possui 42 (quarenta e dois) estabelecimentos de saúde. No entanto, os dados relacionados a esses estabelecimentos não estão atualizados, uma vez que são do ano de 2009 (Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, 2022). Mesmo assim, os dados do IBGE mostram um município de grande porte populacional, com grande estrutura administrativa na educação e na saúde. Salientamos, contudo, que os dados não informam se as instituições de ensino são públicas ou privadas, mas, mesmo no caso das escolas privadas, elas também são de responsabilidade do município em questão.

4.2.4 Comunidade Quilombola Onze Negras

O nome da comunidade Onze Negras remete à luta das mulheres da comunidade por espaço no que se refere às decisões da comunidade e foi inspirado num time de futebol da comunidade, chamado de “onze negros”. Time esse só formado por homens. E um dia, uma das mulheres sugeriu que aquilo que as produções artesanais da comunidade deveriam ser vendidas fora da comunidade, para, assim, conseguirem alguma renda financeira para a comunidade. Então, as mulheres se reuniram para colocar a ideia em prática. Surgindo assim o nome de Onze Negras.

A esse respeito, o Participante 1 disse o seguinte:

E eu falei para ela: ‘que tal? Vamos fazer um grupo, um grupo de

muleres'. Aí elas disseram: 'você inventa coisa que não vai funcionar'. Aí eu disse: 'não, minha gente, a gente tem essas coisas aqui que a gente pode levar para a rua e vender'. Nesse período, eu tinha 13 anos, já trabalhava em casa de família, mas de 15 em 15 dia eu estava na meu território. Aí disseram, eu disse: 'é uma boa ideia'. Aí vamos... Todos 15 dias que eu chegava, a gente se reunia debaixo de um pé de jaca, que era de frente à casa da minha avó. Então, a gente botava os banquinhos, já tinha um banquinho de tauba, e a gente se sentava e começava a trocar a ideia. Então, nesse conjunto, era minha avó, minha mãe, minhas tias, era sempre os mais velhos com a gente, mulheres, porque a gente tem aqui um costume que minha avó nunca deixava se misturar. Ela dizia na conversa que estava os homi era só homem, mulé sempre se juntava com mulé. Então, assim, então, todo domingo, a gente se juntava na frente da casa da minha avó. E, daí por diante, eu disse: 'que tal 'Onze negras'?'. Então, assim, quando eu falei da questão do nome do grupo 'Onze negras' teve uma polêmica, uma confusão... Porque a gente já era tão discriminada, que aquela palavra ali que eu falei para formar o grupo desse nome foi "injetado" [o participante quis dizer 'rejeitado']. Por que? A gente era conhecida como 'urubu', como 'camarão', as 'negas da Guabiraba'. Então, assim, os meninos tinham um time de futebol que era conhecido por 'Onze negras'... 'Onze negro'. Eles tinham um time de futebol, onde ele saía para jogar. Com esse time, então o time, o nome do time era 'Onze negro'. Então, eu disse para as meninas: 'que tal?'. Antes de botar o grupo da gente 'Onze negra', aí 'não, porque você está dizendo que a gente é negra', disse. 'Gente, a gente é negra, a gente não é branca, a gente é negra. E a gente tem que gostar da cor que a gente é, então já que tem um time 'Onze nego', a gente coloca 'Onze negras'". Isso aí criou uma polêmica das mulheres, mesmo porque elas se achava que era aquilo ali já era uma humilhação. Como era tão vista como uma humilhada, e, daí por diante, eu disse: 'pronto, quando você escolheu o nome, aí a gente bota isso' (Participante 1).

A comunidade quilombola de Onze Negras localiza-se no Cabo de Santo Agostinho, entre os rios Gurjaú e Pirapama, na zona rural deste município. Essa comunidade tem como número de processo da Fundação de Cultura Palmares (FCP) o número 01420.000377/2005-01, sendo reconhecida pela Portaria nº 32/2005, de 19 de agosto de 2005. Isso significa que, apesar de décadas de história, esse povo remanescente de quilombolas teve a sua comunidade reconhecida apenas em 2005, ou seja, mais de 6 (seis) décadas após a migração das famílias até a comunidade.

A origem da comunidade remonta à vocação histórica de Pernambuco para o cultivo da cana de açúcar, produto importante na economia do Estado até os

dias atuais, quando, na década de 1940, algumas famílias migraram para a região com o intuito de trabalhar nas terras da usina Bom Jesus, no Engenho Trapiche (Béhar, 2013, p. 8).

Os processos de reconhecimento de comunidades quilombolas, portanto, acontece de forma lenta, impedindo com que essas comunidades tenham acesso à Políticas Públicas específicas, e atrasando, assim, o desenvolvimento e a ação do Estado nessas comunidades que ainda estão ligadas à herança do colonialismo escravista, extrativista e agrário português no Brasil. A comunidade de Onze Negras, como a grande maioria das comunidades quilombolas, situa-se num território rural. Isso ocorreu, principalmente devido ao fator de fuga da escravidão da época, visto que as pessoas escravizadas fugiram para territórios que se localizavam longe dos escravizadores. Nesses territórios com menos estrutura, iniciava-se a história das comunidades quilombolas, contadas, hoje, por quem fez parte delas, evidenciando o histórico de dificuldades enfrentadas pelos antepassados.

No caso da comunidade Onze Negras, o atraso no reconhecimento da comunidade e na falta de organização dela como ente oficializado dificulta os avanços sociais, como, por exemplo, a comunidade, mesmo sendo reconhecida, ainda não tem uma UBS, de forma que, quando precisa de atendimento em saúde, a população precisa se deslocar até outro bairro. Em relação à escassez de Políticas Públicas, como energia elétrica e água tratada, o Participante 1 disse que:

Até aí, a gente não tinha água, então. Quando eu consegui registrar a associação, eu vi que eu fiquei com mais força de vontade de trazer a água, ‘trouxemos’ a energia... A energia era um transformador pequenininho para as casas todinha, e não tinha televisão. E uma geladeira... Aí todo mundo colocava o que tinha naquela geladeira, e a gente não tinha carne mesmo... Nem verdura. Verdura a gente plantava, ia na horta, aí colhia e a gente ‘vai e pronto...’ Aí, começou a fazer casa, fazer casa, aí a energia foi faltando, faltando, aí eu corri atrás com a Celpe, lá do Recife, no Bongi, e eles disseram: ‘vai ter um... A gente vai fazer um projeto, se der mais de 6000, vocês entram com... Com dinheiro, se der menos, a gente entra com projeto, você não paga nada, tá?’ Para honra e glória de Deus, deu menos de 6 mil. Aí, veio a transformação todinha, aí, hoje, a gente tem energia que dá para abastecer uma cidade. Água, a gente carregava de cacimba, aí eu fui, falei com um vereador, aí ele disse: ‘se você me apoiar, eu coloco a água, vocês compram só os cano’. Beleza. Aí, a gente comprou os cano, cada morador comprou uma vara de cano, e a gente se reuniu e puxamos. Fizemos um mutirão, à

noite, e puxamos ainda... A água do cano, lá da central pra cá. Quando o menino trabalhava de noite, de noite, chamei de noite, que era para a COMPESA não ter conhecimento, né? E, quando foi no dia que o menino terminou de ir fazer, que... Que foi quebrar o cano, o cano central explodiu e foi um dismantelo de água, e a COMPESA veio com a polícia me buscar, porque eu num era liderança, aí veio com a intimação para comparecer na delegacia. Eu disse: 'olha, não vai eu só', aí eu reuni a comunidade e disse: 'vai tudinho', aí foi 22 pessoas para a delegacia. Porque, se eu fosse só, eu acho que ainda estaria presa. Eu disse: 'não, é a luta de todo mundo', aí foi todo mundo, mas chegou lá, eu disse: 'é, a gente procurou. Estava com esse ofício, né? Que eu mandava para COMPESA, e vocês não fizeram', aí já tinha pessoa que tinha... Tava o problema dessa cora, já estava muito grande, a gente bebia água de sapo quando chovia, a gente deixava o barro assentar, pegava água... O sapo espumando... Lá, a gente fazia assim, ó, e trazia água. Muito martelo, a gente voltava, o pano, minha mãe botava o pano, a gente botava água, o martelo estava num apoio lá, o homem tava com a gente, bebia, botava enxofre, na jarra. Ou então calvão, que era para filtrar a água e, graças a Deus, ninguém tinha dor de barriga (Participante 1).

A comunidade tem sofrido com a forte presença das indústrias na área, que vêm modificando o dia a dia dessa população e ameaçando a posse das suas terras, mesmo tendo sido reconhecida pela Fundação Cultural Palmares. Isso demonstra que não só reconhecimento e a regularização fundiária são fatores que garantem a presença do poder público e das suas ações, como, por exemplo, as Políticas Públicas necessárias para o desenvolvimento humano da comunidade.

Sendo assim, a comunidade quilombola de Onze Negras pode ser um bom campo de investigação sobre as questões relacionadas à presença de Políticas Públicas, em especial, as Políticas Públicas de educação em saúde, demonstrando que, mesmo em um município de grande poder aquisitivo, como o Cabo de Santo Agostinho, o fator financeiro não pode ser apenas o único indicador de desenvolvimento humano.

Em um mundo capitalista, valoriza-se os recursos financeiros, como, por exemplo, o PIB de determinado local. O PIB é, sim, importante, mas apenas ele não é capaz de informar qual o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o qual mensura, principalmente, três índices: o econômico, o educacional e o de saúde.

Figura 2 – Casas da comunidade quilombola de Onze Negras



Fonte: O Autor (2024).

A figura acima mostra algumas casas da comunidade, observamos que são casas humildes, demonstrando a simplicidade das construções da comunidade. Além disso, observamos, também, a falta de calçamento da rua, problema que atinge toda a comunidade, que sofre com a poeira e, no inverno, com as ruas enlameadas.

Figura 3 – Comunidade quilombola de Onze Negras



Fonte: O Autor (2024).

A foto acima mostra a paisagem rural da comunidade, que, mesmo sendo próxima geograficamente do centro do município – cerca de 8 km –, sofre com a falta de saneamento básico e de transporte regular de passageiros, o que evidencia a dificuldade do acesso às Políticas Públicas, as quais são essenciais para o desenvolvimento social e econômico da população, principalmente se tratando de uma comunidade com pessoas que sofrem historicamente, desde os tempos da escravidão.

Dessa forma, reiteramos que não basta apenas ter um PIB municipal desenvolvido, mas, sim, fazer com que o poder econômico possibilite o acesso da população às Políticas Públicas de qualidade, para o desenvolvimento social da sociedade.

Figura 4 – Escola da comunidade quilombola de Onze Negras



Fonte: O Autor (2024).

A escola municipal Padre Henrique Vieira é a única escola que localiza-se no território da comunidade. Essa escola oferta apenas o ensino fundamental I (anos iniciais). Portanto, para fazer o ensino fundamental II (anos finais) e o ensino médio, os alunos precisam estudar fora da comunidade. Quanto à infraestrutura, a escola não é grande, as salas de aula são apertadas e não contam com climatização. Ademais, o acesso à escola se dá por uma escadaria, de forma que a escola não é bem localizada nem dentro da própria comunidade, pois impede o acesso de veículos. Isso demonstra a falta de investimentos do poder público municipal para a melhoria da escola da comunidade.

5.2.5 Critérios de escolha e inclusão no estudo

Os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa são territoriais, sociais e econômicos. Territoriais, pois a comunidade investigada se encontra próxima à UFPE, possibilitando um melhor acesso tanto do pesquisador à comunidade, quanto dos membros da comunidade à UFPE, caso desejem conhecer a universidade e sanar

possíveis dúvidas sobre este estudo. Isso possibilita uma possível interação entre pesquisador, universidade e membros da comunidade investigada, melhorando a comunicação e ajudando a atingir os objetivos da pesquisa da melhor forma possível.

Em relação aos critérios sociais, justifica-se tanto pela falta de acesso da população negra a serviços de qualidade na área da educação e da saúde, quanto pela escassez de Políticas Públicas de educação em saúde para essa população. Considerando que a comunidade investigada se trata de uma comunidade quilombola, com grande concentração de pessoas negras, esse recorte populacional se encaixa neste estudo, pois acreditamos que isso possibilita compreender melhor como os negros têm acesso às Políticas Públicas de educação em saúde e como elas se efetivam no dia a dia da comunidade.

Quanto aos critérios econômicos, justifica-se porque em um município, de BIP elevado, que está inserido dentro do estado de Pernambuco, favorecendo realizar uma comparação do poder econômico municipal com a atual realidade da comunidade, além de compreender como as Políticas Públicas estão presentes nessa comunidade, como elas causam impactos sociais nos seus moradores dessa comunidade e como elas podem serem efetivas no dia a dia desses moradores.

5.2.6 Análise de dados: Classificação hierárquica descendente

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Esse software tem como objetivo analisar a estrutura e a organização do discurso, possibilitando informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa (Camargo; Justo, 2013).

O software, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que visa obter classes de conteúdo, a partir dos recortes do texto, chamados de Segmentos de Texto (doravante, ST), agregando-os tendo em vista a proximidade de vocabulário e afastando-os de acordo com o mesmo critério. Para isso, é feita uma avaliação da correlação entre as palavras presentes no texto, através da estatística de qui-quadrado (χ^2), formando os STs. Para essa correlação, quanto maior o valor da estatística de χ^2 , mais associada está a palavra com a classe e com o conteúdo pertencente à ela, desconsiderando as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p > 0,05$) (Camargo;

Justo, 2013). Esse procedimento permite um mapeamento do conteúdo, sendo possível verificar todos os STs de cada classe, o que traz clareza aos temas de maior destaque no material coletado. Ademais, foi utilizada a Nuvem de Palavras, a fim de agrupar as palavras e organizá-las graficamente, em função da sua relevância. As palavras maiores são aquelas que apresentaram maior frequência, considerando palavras com frequência igual ou superior a 10 (dez).

O *corpus* desta pesquisa foi constituído por 3 (três) textos, separados em 49 (quarenta e nove) STs, com aproveitamento de 27 (vinte e sete) STs (55,10%). Encontramos 1.681 (mil seiscentos e oitenta e uma) ocorrências – palavras, formas ou vocábulos –, sendo 486 (quatrocentas e oitenta e seis) palavras distintas e 341 (trezentas e quarenta e uma) palavras com uma única ocorrência.

Figura 5 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente



Fonte: O Autor (2024).

O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: Classe 1 – “Carência de assistência, informação e formação em saúde dos profissionais de educação para promoção da educação em saúde para a comunidade”, com 11 (onze) STs (36,67%); Classe 2 – “Conceito de educação em saúde”, com 12 (doze) STs (40,00%); e Classe 3 – “Diálogo entre a prática profissional em saúde com a educação em saúde da

comunidade quilombola”, com 7 (sete) STs (23,33%), como observamos na figura 5.

- *Classe 1 – Carência de assistência, informação e formação em saúde dos profissionais de educação e de saúde para promoção da educação em saúde na comunidade*

Essa classe compreende 29,63% – 8 (oito) STs – do *corpus* analisado, abordando a não ligação entre o profissional de educação e o profissional de saúde, o que dificulta o trabalho de educação em saúde para a comunidade quilombola, desenvolvido por parte dos profissionais de educação. A esse respeito, o profissional de educação afirmou que a falta de Unidades Básicas de Saúde (doravante, UBS), como, postos de saúde, é um fator que limita o desenvolvimento da educação em saúde, visto que seriam locais de assistência básica para facilitar o desenvolvimento dessa educação. Diante disso, compreendemos que os profissionais de educação não conseguem desenvolver a educação em saúde na comunidade investigada.

As falas dos participantes da pesquisa demonstraram que faltam profissionais, como, por exemplo, psicólogos(as), que poderiam fazer essa relação com a Pedagogia mais facilmente, devido à proximidade das temáticas abordadas nas áreas da Psicologia e da Pedagogia, proporcionando conhecimentos voltados para a área da saúde, o que dificulta, ainda mais, o acesso a informações sobre saúde, bem como a divulgação dessas informações pelos profissionais da educação.

Ademais, percebemos uma dependência da Secretaria de Saúde, com suas visitas e intervenções, demonstrando carência quanto ao recebimento e desenvolvimento de uma educação em saúde. Porém, a Secretaria de Saúde faz apenas visitas quinzenais, provocando uma precarização quanto à assistência em saúde e, conseqüentemente, uma educação em saúde muito defasada para a comunidade.

Minhas práticas são relacionadas mais à pedagogia de sala de aula. Agora, quanto à questão do grupo aqui, não. Porque não temos posto médico de saúde, não temos como dialogar com a psicóloga, com alguém também, porque a gente pede uma psicopedagoga, uma situação assim, mas nada na área diretamente (Participante 3).

Professores não enviam, não sabem aonde vai, nem a própria direção de escola. A não ser que a Secretaria mande alguma intervenção de um projeto que eles tenham tido lá entre

secretarias (Participante 3).

Quem dá, quem tem dado apoio aqui à comunidade é a Secretaria de Saúde daqui, do Cabo Santo Agostinho. E como a gente não tem um posto de saúde ainda, mas, assim, tem um atendimento de 15 em 15 dias (Participante 2).

- *Classe 2 – Conceito de educação em saúde*

Essa classe compreendeu 40,00% – 12 (doze) STs – do *corpus* analisado. Ela aborda os conceitos de educação em saúde elencados pelos participantes. Para a líder da comunidade, a saúde é a base para uma boa experiência de vida, inclusive, para a educação em si. Para o profissional de saúde, por seu turno, a educação em saúde tem relação com educar as pessoas sobre autocuidado em saúde, sobre comportamentos de saúde, como, por exemplo, alimentação adequada e exercícios físicos, além do cuidado com a saúde mental. Por fim, na perspectiva do profissional da educação, há um enfoque ainda maior para o conceito de educação em si, por meio do ensino de cuidados gerais, tanto emocionais quanto físicos. Esse profissional evidenciou que, com o advento da pandemia, foi necessária maior intensidade no desenvolvimento da educação em saúde por parte dos educadores da comunidade.

Educação e saúde é a gente ter uma saúde de base boa e uma educação de base boa. Se nós tivermos uma saúde legal, a gente vai chegar na educação

boa, porque sem saúde a gente não chega. E sem educação a gente não chega em lugar nenhum (Participante 1).

Educação é educar as pessoas sobre cuidar da saúde, uma alimentação saudável, praticar exercício físico, né? Também a questão da mentalidade, né? Que trava as pessoas que precisam muito é da mente que muitas pessoas têm doente (Participante 2).

Educação, nesse caso, para a gente que é da área de Ciências para as crianças, tanto nas outras disciplinas, a gente faz um trabalho de entendimento para uma criança se apresentar, durante o dia a dia dela, na questão emocional, na questão fisiológica, quando ela chega doente ou outros problemas. Então, além disso, a gente tem a ciência que é a nossa disciplina, que a gente trabalha uma educação para o corpo, uma educação para a questão social e humana e o atendimento que elas podem ter devido às situações que ela possa se

encontrar. Nessa época mesmo da pandemia, trabalhamos muito a questão da saúde quanto a vírus, né? E essas pessoas de limpeza, de higienização, e isso é muito comum na sala. E se dá naturalmente nessa situação (Participante 1).

- *Classe 3 – Diálogo entre a prática profissional em saúde com a educação em saúde da comunidade quilombola*

Essa classe compreende 22,22% – 6 (seis) STs – do *corpus* analisado e trata sobre o diálogo entre a prática profissional em saúde com a educação em saúde da comunidade quilombola. Para o profissional da saúde, há, sim, diálogo, pois ele busca compreender e utilizar o conhecimento e a cultura quilombola nas práticas de saúde. Diante disso, verificamos que a postura do profissional de saúde é acolhedora quanto às tradições de saúde da comunidade, uma vez que ele procura adaptar os métodos que utiliza no seu dia a dia de trabalho.

Além disso, há, também, intervenções em saúde provenientes de outras instituições – como, por exemplo, faculdades –, para além do próprio profissional de saúde atuante na comunidade, proporcionando, assim, educação e cuidados.

Existe, sim. Eu respeito [as práticas de educação em saúde da comunidade quilombola], não é? Porque é uma tradição da comunidade, onde tem pessoas que usa alguns chás medicinais. Uso também essa prática (Participante 2).

Na saúde, tem anemia falciforme, que precisa fazer um trabalho de base dentro da minha comunidade, e eu sei que tem, porque a gente tem uma, a gente tem um consórcio, uma parceria com as faculdades (Participante 1).

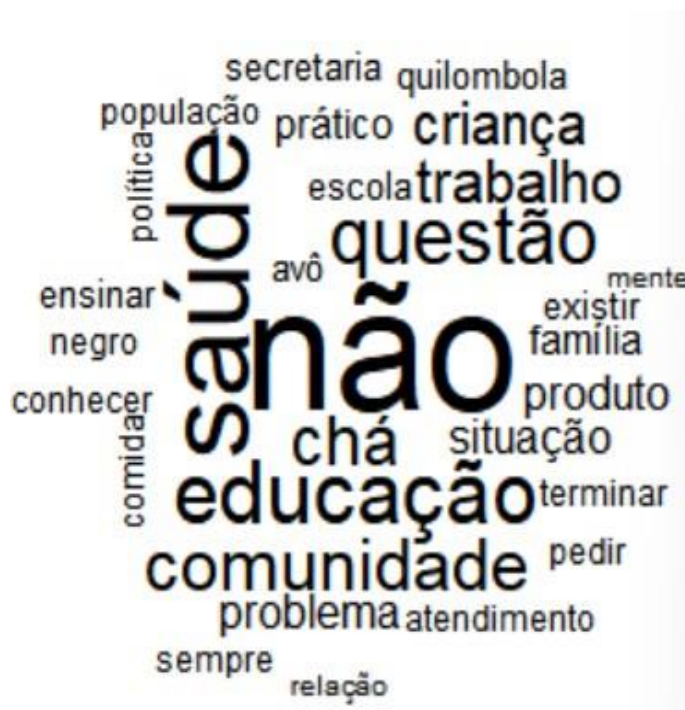
5.2.7 Nuvem de palavras

Analisamos a nuvem de palavras, desenvolvida por meio das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, e verificamos que as palavras mais recorrentes foram as seguintes: “não” (129); “saúde” (26); “educação” (18); “comunidade” (14); “chá” (3); “trabalho” (11); “criança” (10); “problema” (25); “produto” (7); “prático” (6); “família” (6); e “ensinar” (5), como podemos observar na

figura 6, a seguir.

Com a nuvem de palavras, constatamos que a palavra “não” foi muito frequente, devido às respostas negativas para grande parte das perguntas feitas durante a entrevista, principalmente aquelas relacionadas às Políticas Públicas de saúde.

Figura 6 – Nuvem de palavras



Fonte: O Autor (2024).

Destacamos a presença de três palavras como as mais recorrentes nas análises: “não”, em primeiro lugar; “saúde”, em segundo; e “educação”, em terceiro. A palavra “não” aparece com maior frequência, sendo, portanto, uma das respostas mais presentes nas falas dos profissionais de educação e de saúde. Por exemplo, quando perguntamos ao profissional da saúde se ele conhecia a PNSIPN, ele respondeu “não”. Isso demonstra que, muitas vezes, os entrevistados negaram ter conhecimento sobre o que foi perguntado. Por isso, a grande recorrência da palavra “não”.

5.2.8 Discussões sobre os achados das análises

Após a análise dos dados, ou seja, das entrevistas realizadas com a liderança e com os profissionais de saúde e educação, percebemos que muito ainda precisa ser

feito para o avanço das Políticas Públicas de educação em saúde na comunidade quilombola de Onze Negras.

O simples fato de o profissional da saúde – uma pessoa preta – que atende a comunidade não saber da existência da PNSIPN consiste num sério problema, pois, além de se tratar de uma política no âmbito do SUS, a PNSIPN deve fundamentar o atendimento à população negra. Portanto, o desconhecimento dela pode gerar possíveis iniquidades no trato da população dessa comunidade.

Além disso, percebemos, também, a falta de conhecimento sobre o PSE pelo profissional de educação. Isso fica claro na categoria “Classe 1 – Carência de assistência, informação e formação em saúde dos profissionais de educação para promoção de educação em saúde na comunidade”, que demonstrou que as questões relacionadas às Políticas Públicas em saúde não são bem tratadas nem pelo profissional da educação, nem pelo profissional da saúde, tanto em relação à PNSIPN quanto ao PSE, além da falta de conhecimento sobre outras possíveis políticas que poderiam atender ou que já atendem a comunidade. No que se refere à liderança comunitária, esta se mostrou mais atenta às Políticas Públicas de educação em saúde, afirmando conhecer bem a PNSIPN e as suas nuances.

Quanto ao conceito de educação em saúde, ele foi categorizado na “Classe 2 – Conceito de educação em saúde”. O conceito foi construído de formas diferentes: pela liderança da comunidade, como uma base da existência humana; pelo profissional da saúde, relacionado a questões de autocuidado e higienistas; e, pelo profissional da educação, esse conceito voltou-se para a educação em saúde no dia a dia, como, por exemplo, cuidados físicos e mentais. Esses três enfoques diferentes têm em comum a visão de educação em saúde mais voltada para as questões biomédicas, sendo, assim, difícil avaliar se os profissionais e as lideranças estão fazendo um trabalho de empoderamento sobre a saúde da população negra, a fim de fazer com que os atendidos por eles sejam capazes de atentar para a sua própria saúde e para a dos demais.

No entanto, nas falas da liderança da comunidade, por exemplo, percebemos que as práticas de educação em saúde repassadas de geração em geração se mostram presentes, constituindo, portanto, uma forma de educação em saúde tradicional.

Já o diálogo entre o profissional em saúde com a educação em saúde da comunidade quilombola investigada foi categorizado na “Classe 3 – Diálogo sobre a

prática profissional em saúde com a educação em saúde da comunidade quilombola”. Esse diálogo se mostrou presente quando o profissional da saúde afirmou respeitar as práticas tradicionais de educação em saúde da comunidade. Dessa forma, constatamos que, mesmo o profissional de saúde alegando não conhecer a PNSIPN, a sua prática tem respeitado as tradições de educação em saúde da comunidade.

- ***Fatores econômicos e a falta de acesso aos serviços na comunidade***

Mesmo o Cabo de Santo Agostinho sendo o 4º município mais rico do estado de Pernambuco, este estudo mostrou que apenas o fator financeiro não é determinante para o acesso à Políticas Públicas de qualidade, pois constatamos a dificuldade de acesso dos moradores da comunidade a serviços básicos, como, por exemplo, a demora para a chegada de energia elétrica e água encanada e, até os dias atuais, a falta de uma UBS. Mesmo não sendo uma comunidade com um grande número de famílias – os determinantes do SUS são de 600 a 1000 famílias –, o fato de as pessoas da comunidade precisarem se deslocar para outro bairro, muito distante da comunidade, localizado na zona rural, compromete o acesso a essas políticas.

Além disso, a escola da Comunidade oferece apenas o ensino fundamental I (anos iniciais), de forma que os alunos, no ensino fundamental II (anos finais) e no ensino médio, também precisam se deslocar até outros bairros, tendo, assim, uma educação formal que não está alinhada aos princípios de uma escola quilombola.

Isso impacta diretamente no dia a dia dos moradores da comunidade, pois, na maioria das vezes, eles são atendidos em outros bairros, ou seja, fora da comunidade, como relatado pelo profissional da saúde, uma vez que, apenas a cada quinze dias, há atendimentos médicos na própria comunidade.

Os estudantes, por seu turno, têm que se locomover, diariamente, até as escolas fora da comunidade, o que impacta a educação desses jovens, pois o ideal é que eles sejam educados perto da sua comunidade para uma melhor integração social com esta e uma aproximação das famílias desses estudantes com a escola.

Isto não significa que o município não se faz presente na comunidade, mas a presença dele está aquém do esperado para atender da melhor forma possível as necessidades dos membros da comunidade.

- ***As Políticas Públicas de educação em saúde da população negra na comunidade quilombola de onze negras***

Primeiramente, salientamos que não somos formuladores nem avaliadores de Políticas Públicas .

Uma avaliação em profundidade permite ao avaliador explicar quais as causas do sucesso ou insucesso de determinada Política Pública, e esclarecer quais os determinantes que a levaram para caminhos, muitas vezes, distintos daqueles definidos em sua formulação e seu planejamento (Almeida Paula, 2022, p. 56).

Mas, procuramos, a partir das falas de alguns agentes públicos que desempenham essas funções, entender como estão as Políticas Públicas de educação em saúde, em especial, a PNSIPN e o PSE.

Dos(as) três entrevistados(as), apenas a liderança da comunidade tinha conhecimento sobre a PNSIPN. Sendo assim, percebemos que as formações sobre essa política, bem como a sua divulgação para o profissional de saúde e da educação são escassas ou, talvez, inexistentes. Chamamos a atenção para a falta de conhecimento acerca dessa política pelo profissional da saúde, visto que essa política é de suma importância no âmbito do SUS. No entanto, mesmo assim, percebemos que muitas coisas que estão previstas na PNSIPN, como, por exemplo, o respeito às práticas de educação em saúde ancestrais da comunidade, foram evidenciadas na fala do profissional de saúde.

O PSE, por seu turno, foi tido como desconhecido pelo profissional da educação. Acreditamos que isso é mais comum do que se imagina, pois, apesar de ser um programa interministerial entre educação e saúde, ele está mais ligado à área da saúde, então as suas ações podem ser levadas às escolas, muitas vezes, como ações de saúde, sem especificar que se tratam de ações do PSE.

Essas demonstrações de desconhecimento acerca das Políticas Públicas pelos agentes do Estado, mais especificamente pelos agentes públicos municipais, coloca em cheque a avaliação dessas políticas, pois como podemos avaliar algo que, de acordo com as falas dos entrevistados, não se personifica na comunidade, caminhando para a não ação do Estado ou dos agentes públicos envolvidos? Dessa forma, reiteramos a nossa pergunta de pesquisa: qual a efetividade das Políticas Públicas de educação em saúde em comunidades

quilombolas do estado de Pernambuco?

Como efetividade é a habilidade de conseguir os resultados pretendidos, e a política não se mostrou presente, como observamos na fala de alguns entrevistados, em especial, o agente público da saúde, o princípio da universalidade da PNSIPN, bem como a superação de barreiras estruturais – outro princípio dessa política – se mostraram falhos, visto que a locomoção para conseguir ter atendimento médico, por exemplo, consiste numa barreira geográfica, demonstrando, portanto, falhas no que se espera da PNSIPN

Mas, os atendimentos no que tange à saúde realizados, a cada quinze dias, dentro da comunidade demonstram a presença da Política Pública de saúde na comunidade, pois, essa ação consiste numa Política Pública de educação em saúde. Além disso, há a participação da assistência social nas ações do município dentro da comunidade.

- ***As práticas tradicionais de educação em saúde e sua relação com as políticas de educação em saúde***

Um dos objetivos desta pesquisa foi investigar as práticas tradicionais de educação em saúde da população negra – chás, mandingas, práticas corporais, entre outras – e sua relação com as Políticas Públicas de educação em saúde. Vários foram os achados sobre essas práticas, encontramos, inclusive, práticas ancestrais e atuais na comunidade, como observamos na fala da liderança da comunidade:

A gente nunca foi tomar remédio. Minha avó nunca deixava que a gente tomava os remédios de farmácia. Farmácia com a gente não tinha no tempo da minha avó, da minha mãe, não tinha saída. Minha avó dava remédio para verme, o que era que minha avó dava para verme: a semente do melão, da melancia, do jerimum. Torrava e pisava, fazia o chá abafado e dava para a gente. Ou, então, o chá do melão São Caetano, mas o melão São Caetano, ele é muito forte... Até abortar, aborta. Então, minha avó dava a melancia, Dava o jerimum pra febre, aquela febre intestinal que vai e volta, vai e volta... Minha avó pisava a semente da melancia, fazia o chá abafado e a gente tomava. A febre ia simhora e não voltava, então... Pra disenteria... É. Minha avó dava a gente, até hoje, a gente toma: a folhinha de botão, as folhinha de botão, a raiz com pitanga, o olho da goiaba branca é... A quixaba. A Quixaba... É... Você tiver oibrando sangue, você toma. Então, assim, a gente sempre usou planta medicinal,

inclusive a gente está com uma horta comunitária, onde nessa horta a gente vai plantar planta medicinais (Participante 1).

Essa fala demonstra a existência das práticas de educação em saúde da comunidade e como elas são importantes para superar o parâmetro biomédico farmacêutico no trato com a saúde. Além disso, demonstra, também, que a comunidade, mesmo diante das dificuldades do acesso à saúde, desenvolveu práticas próprias de educação em saúde, que fizeram e fazem com que a saúde dos seus membros continue a ser tratada. Há, ainda, na prática do profissional de saúde, o diálogo entre as práticas tradicionais e as políticas de atenção básica à saúde ofertadas na comunidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso deste trabalho foi árduo, mas também gratificante. Como qualquer outro trabalho científico, mudanças foram realizadas no decorrer deste estudo, demonstrando como são dinâmicas as relações de uma pesquisa e como o campo, a amostra ou os participantes fazem com que o estudo precise ser remodelado.

Ainda que com todas essas nuances no caminho, grande parte do que estava previsto, no início da pesquisa, conseguiu ser realizado de forma total ou parcial, como, a descoberta das práticas tradicionais de educação em saúde da comunidade investigada, que dizem respeito à grande gama de conhecimentos de como os antepassados da comunidade lidavam com a educação em saúde e de como lidam os mais novos, além de suas relações com os entes da educação e saúde da comunidade, demonstrando uma conexão entre as tradições da comunidade e a educação e saúde institucionalizadas do município.

Outra descoberta refere-se à falta de conhecimento do(a) profissional de saúde sobre a PNSIPN, o que demonstra possíveis problemas na organização em saúde do município ou da unidade de saúde que atende à comunidade, como também a falta de conhecimento sobre o PSE pelo profissional da educação, demonstrando, também, problemas na organização dessa política na escola dessa comunidade.

Essas questões sobre a falta de conhecimento sobre quais Políticas Públicas de educação em saúde atendem à comunidade mostram-se bem interessantes, pois os entrevistados não sabiam o nome da política, mas falavam sobre as ações dela, como, por exemplo, na escola, com as ações de saúde que já aconteceram no passado ou na fala do profissional de saúde, sobre como as práticas tradicionais de educação em saúde da comunidade são respeitadas na sua prática profissional, o que demonstra que, mesmo os participantes da pesquisa não conhecendo a PNSIPN por nome, há as ações dessa política que estão presentes na comunidade.

Assim, levando em consideração as descobertas sobre a comunidade, sobre como estão as Políticas Públicas de educação em saúde, as práticas

tradicionais de educação em saúde e sobre como a comunidade se organiza em relação a essas questões, além das ações do campo da educação e da saúde municipal, concluímos que as Políticas Públicas de educação em saúde na comunidade quilombola de Onze Negras se fazem presentes.

Mas, ainda há demandas, como, por exemplo, quando as ações em saúde acontecem longe da comunidade, ou seja, fora dela, de forma que o povo – com a sua história, sua organização social e de vida – acaba sendo atendido por pessoas que podem não conhecer a realidade da comunidade. Ademais, na escola, ambiente de primazia do conhecimento institucionalizado e campo de formação do saber, a educação em saúde mostrou-se apenas como uma educação biomédica, como percebemos nas falas dos(as) entrevistados(as).

No entanto, uma educação biomédica não supera as barreiras para a promoção plena de uma educação em saúde, a qual é voltada para a formação humana. Essas descobertas reforçam as iniquidades do atendimento das Políticas Públicas voltadas à população negra.

O Brasil, em seus diferentes contextos socioculturais, encontra-se atravessado pela experiência da dominação colonialista e, consequentemente, da colonialidade imperante. O capitalismo e toda sua maquinaria, bem como a constituição da ideia de uma nação brasileira e/ou de um estado nacional, se forjaram a partir da subjugação racial das comunidades indígenas, negras, sertanejas, quilombolas, ribeirinhas, entre outras – em sua grande maioria, uma população negra (preta e parda), marcada pelo imperativo da miscigenação e do embranquecimento (Lima; Gaudenzi, 2023, p. 2).

Essa prática do racismo perpassa todas as classes sociais, estando presente também nas organizações públicas e privadas, o que afeta suas ações. Isso ficou claro na comunidade, seja pela luta por terra, seja por ter sido invadida por uma empresa privada, seja pela omissão do estado, demonstrando que, mais uma vez, o que é discutido na literatura, isto é, as más condições de atendimento público à população negra, em particular, à comunidade quilombola de Onze Negras, realmente acontece.

Diante das dificuldades vivenciadas pela comunidade, esperamos que este trabalho possa incentivar outros pesquisadores a voltar o olhar para a comunidade quilombola de Onze Negras, discutindo soluções para as dificuldades enfrentadas pela comunidade em relação às Políticas Públicas de educação em saúde, como também ao acesso a uma educação em saúde

mais próxima às práticas e às experiências da comunidade, a fim de colaborar com a qualidade de vida dos seus moradores.

REFERÊNCIAS

AGENCIA SENADO, Negro continuará sendo oprimido enquanto o Brasil não se assumir racista, dizem especialistas. Reportagem, Ricardo WESTIN. Agência Senado, 22 jun. 2020. Disponível em:
<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2020/06/negro-continuara-sendo-oprimido-enquanto-o-brasil-nao-se-assumir-racista-dizem-especialistas>

AGUIAR, Julio Cesar; HABER, Melina Tostes. Controle jurídico das políticas públicas: uma análise a partir dos conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 17, n. 70, p. 257-280, 2017. Disponível em:
<https://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/823>

AGUM, Ricardo, RISCADO, Priscila, MENEZES, Monique Políticas Públicas : conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 12-42, jun., 2015.

ALMEIDA, Brunna. PAULA, Silvio. O papel da avaliação de Políticas Públicas no contexto dos governos locais. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S. l.], n. 42, p. 52., jan./jun., 2022. Disponível em:
[//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/261](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/261). Acesso em: 21 jan. 2024.

ALMEIDA, Luiz Eduardo. Políticas públicas de educação em saúde: uma abordagem multidisciplinar. **Revista Brasileira de Educação**, v. 27, n. 1, p. 55-72, 2022.

ALVES, Raimundo N.; SANTOS, Solange M.. Etnobotânica e as práticas de saúde de comunidades afrodescendentes no Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v. 15, n. 4, p. 583-594, 2013.

ANUNCIAÇÃO, Diana; TRAD, Leny; FERREIRA, Tiago. “Mão na cabeça!”: abordagem policial, racismo e violência estrutural entre jovens negros de três capitais do Nordeste. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Manoel C.; RODRIGUES, Leila C.. Crenças e práticas de saúde entre afro-brasileiros: um estudo sobre as mandingas e o uso de ervas em rituais religiosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 835-844, 2012.

BÉHAR, Beatriz Hochmann. “Que tal a gente dar o nome de Onze Negras?": o processo de reconhecimento da Comunidade Onze Negras como remanescente de quilombo. **Revista Tempo Histórico**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-20, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistatempohistorico/article/view/2437>

BEZERRA, Juliana. História de Pernambuco. Toda Matéria. 202x. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/historia-de-pernambuco/>. Acesso em: 25 ago. 2024.

BOBBIO, Norberto. Política. In: BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). **Dicionário de Política**. 12. ed. Brasília: Editora da UnB, 2002.

BOBBIO, Norberto. Estudos por uma Teoria Geral do Direito. 1. ed. Barueri: Manole. 2015.

BOORSE, Christopher. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, n. 4, p. 542-573, dez., 1977.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. O que é educação. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Constituição 1998. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Art. 68. 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cabo de Santo Agostinho. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/cabo-de-santo-agostinho/panorama>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 41. ed. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso

em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Documentação do Censo 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Garanhuns. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/garanhuns/historico>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 6.286, de 26 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a criação de ações integradas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença Falciforme. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-falciforme>. Acesso em: 05 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 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. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-articulacao-institucional-e-acoes-tematicas/coordenacao-geral-de-programas-e-acoes-de-saude/acoes-de-saude/politica-nacional-saude-integral-populacao-negra1.pdf>

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo horizonte. V.36, N.1, P.40-50, Jan. 2012.

CAMARGO, Brígido.; JUSTO, Ana. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CERTIFICAÇÃO Quilombola. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 11 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>. Acesso em: 1 jun. 2024.

CUNHA, Maria de Fátima. Políticas públicas em saúde: uma abordagem multidisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 321-330, 2020.

DIANGELO, Robin. Não basta não ser racista: sejamos antirracistas. Faro Editorial, 2023.

FALKENBERG, Mirian, MENDES, Thais. MORAES, Eliane. SOUZA, Elza. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847–852, mar. 2014.

FONSECA, Dirce Mendes da. A pedagogia científica de Bachelard: uma reflexão a favor da qualidade da prática e da pesquisa docente. **Educação e pesquisa**, v. 34, p. 361-370, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/CBVGTw8r6K8tf8rfGNrDt8K/?lang=pt>

FORQUIN, Jean-Claude. Escola e cultura: as bases sociais e epistemológicas do

conhecimento escolar. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas** . [S. l.], n. 23, p. 7-70, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72/82>. Acesso em: 24 ago. 2020.

GIL, Antonio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HITA, Maria Gabriela. Raça, racismo e genética: em debates científicos e controvérsias sociais / Maria Gabriela Hita (Organizadora); prefácio Lilia Moritz Schwarcz, Paula C. Barreto. - Salvador: EDUFBA, 225 p. ISBN 978-85-232-1574-3. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32042/1/raca-racismo-e-genetica-repositorio.pdf>

IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Quilombolas Primeiros resultados do universo. Brasília: IBGE, 2022.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Atlas da Violência 2020. Brasília: IPEA, 2020.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 ago. 2020.

MACHADO, Rafael. Veja quais as doenças mais frequentes na população negra. Drauzio, 2019. Disponível em: <https://drauziovarrella.uol.com.br/saude-publica/veja-quais-as-doencas-mais-frequentes-na-populacao-negra/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MARINGONI, Gilberto. O destino dos negros após a Abolição. IPEA Desenvolvimento e Desafios. **Revista de Informação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, ano 8, n. 70, 29 dez. 2011. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28

MATOS, Alexandra Gomes. A abolição da escravatura e os seus “legados”: diálogos literários, legislação e realidade—uma análise da poesia de nísia floresta cantando humanidade sob o enfoque de tatah CAFÉ. **Novos Olhares Sociais**, v. 5, n. 1, p. 278-315, 2022. Disponível em:

file:///C:/Users/lucas/Downloads/13.MATOS_temas+livres_p.+278-315+1.pdf

MEGGINSON, Leon. et al. Administração: conceitos e aplicações. 4. ed. São Paulo: Harbra, 1998.

MENDES, Karina.; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, out., 2008.

MENEZES, Tassiana. SUS, um sistema universal que tem cor e raça. **Centro de Tecnologia UFRJ**, 2020. Disponível em: <https://ct.ufrj.br/sus-um-sistema-universal-que-tem-cor-e-raca/#:~:text=Criado%20em201988%2C%20como%20consequ%C3%Aancia,serve%C3%A7os%20de%20atendimento%20%C3%A0%20popula%C3%A7%C3%A3o..> Acesso em: 20 jan. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). Pesquisa social: teoria, método e

MUNANGA, Kabengele. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, São Paulo, v. 28, p. 56-63. Dezembro 1996.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Brasília: Nações Unidas Brasil, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%Bade-mental-depender-de-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial> Acesso em: 25 jun. 202

NOGUEIRA, Fernanda Dias. Saúde da população negra: políticas e práticas de cuidado. São Paulo: Hucitec, 2019.

PREFEITURA DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. O Cabo De Santo Agostinho.

2022. Disponível em: <https://prefeitura.cabo.pe.gov.br/pagina/cidade/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PRUDENTE, Eunice. A escravização e racismo no Brasil, mazelas que ainda perduram. *Jornal da USP*. 10/06/2020 - Publicado há 4 anos. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=328593>

PRUDENTE, Eunice. Dados do IBGE mostram que 54% da população brasileira é negra. *Jornal da USP*, 31 jul. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=342504>.

RIBEIRO, Elisa. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. In: *Evidência, olhares e pesquisas em saberes educacionais*. Araxá: Centro Universitário do Planalto de Araxá,. p129-148. 2008

RIBEIRO, M.; CARVALHO, E.. Saúde da população negra no Brasil: determinantes sociais e desafios para políticas públicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1731-1740, 2015.

RUIZ, Vanessa Romeiro; LIMA, Alessandra Ribeiro; Machado, Ana Lúcia. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 190-196, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200010>. Acesso em: 3 de novembro de 2023.

SANTOS, Helena. Educação em saúde e políticas públicas: interfaces e desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 4, p. 1-15, 2022.

SAVIANI, DEMERVAL. GERMINAL: marxismo e educação em debate, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 286- 293, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/13575>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SAVIANI, Demerval. Sobre a Natureza e Especificidade Da Educação. *Germinal: marxismo e educação em debate*, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 286–293, 2015. DOI: 10.9771/gmed.v7i1.13575. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/13575>. Acesso em: 1 jun. 2024.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas : conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SILVA, Flávio J.; GOMES, Monique A.. Educação e desigualdade racial no Brasil: uma análise da escolaridade da população negra. **Revista Brasileira de Educação**, v. 25, n. 1, p. 1-23, 2020.

SOUZA, Cinoélia Leal de; ANDRADE, Cristina Setenta. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4113-4122, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4113.pdf

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar., 2010.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. O que é uma política pública e como ela afeta sua vida? Todos Pela Educação, 02 maio 2020. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br/noticias/o-que-e-uma-politica-publica-e-como-ela-afeta-sua-vida/>

VIEIRA, Lidiane Dias. Políticas Públicas e negritude: efetividade do ensino na saúde? Um estudo de caso sobre saúde da população negra. Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque. 2020. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/219366/001123829.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 jun. 2024.

APÊNDICE A – Carta de anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que aceitaremos o(a) pesquisador(a) **Nildson Elias de Santana**, a desenvolver a sua pesquisa, intitulada, **POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: um estudo sobre sua efetividade em comunidade quilombola de Onze Negras em Pernambuco** sob a coordenação/orientação do(a) Prof.(a) Dr. Vilde Gomes de Menezes. O objetivo do estudo é identificar a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e suas ações na comunidade quilombola de onze negras no estado de Pernambuco.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu), do Centro de Educação (CE), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife- PE. Telefone: (81) 2126-8000.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do(a) pesquisador(a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o(a) pesquisador(a) deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em / / .

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável onde a pesquisa será realizada

APÊNDICE B – Questionário socioeconômico para líder da comunidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA LÍDER DA COMUNIDADE

Prezada liderança, gostaríamos da sua contribuição para responder este questionário, que tem como objetivo conhecer melhor a realidade social do entrevistado.

1. Qual seu nome?
2. Qual seu gênero?
() Masculino () Feminino () Outro
3. Qual sua idade?
4. Há quantos anos é liderança de sua comunidade?
5. Qual sua escolaridade? ()
Sem escolaridade
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
() Superior Incompleto () Superior Completo
() Pós-graduação Incompleta () Pós-graduação Completa

APÊNDICE C – Questionário socioeconômico para profissional da saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Prezado(a) profissional da saúde, gostaríamos da sua contribuição para responder este questionário, que tem como objetivo conhecer melhor a realidade social do entrevistado.

1. Qual seu nome?
2. Qual seu gênero?
() Masculino () Feminino () Outro
3. Qual sua idade?
4. Qual sua profissão dentro da área da Saúde?
5. Qual sua escolaridade?
() Ensino Médio Completo
() Superior incompleto
() Superior Completo
() Pós-graduação Incompleta
() Pós-graduação Completa

APÊNDICE D– Questionário socioeconômico para profissional da educação**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO****QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA PROFISSIONAL DA
EDUCAÇÃO**

Prezado(a) profissional da educação, gostaríamos da sua contribuição para responder este questionário, que tem como objetivo conhecer melhor a realidade social do entrevistado.

1. Qual seu nome?
2. Qual seu gênero?
() Masculino () Feminino () Outro
3. Qual sua idade?
4. Qual sua função dentro da escola?

5. Qual sua disciplina de atuação?

6. Qual sua escolaridade?

- () Ensino Médio
Completo () Superior
Incompleto
() Superior Completo
() Pós-graduação
Incompleta () Pós-
graduação Completa

APÊNDICE E– Roteiro da entrevista com o líder comunitário



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O LÍDER COMUNITÁRIO

1. Na sua opinião, o que é educação em saúde?
2. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?
3. Você poderia citar ações de educação em saúde que acontecem no dia a dia da sua comunidade?
4. Você conhece alguma Política Pública de educação em saúde que atende à sua comunidade?
5. A organização da sua comunidade tem alguma ação própria de organização em saúde?
6. Fora a liderança da sua comunidade, você desempenha outra função na comunidade?

APÊNDICE F – Roteiro da entrevista com profissional da saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA SAÚDE

1. Na sua opinião, o que é educação em saúde?
2. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?
3. A sua prática como profissional da saúde respeita aquilo que é previsto na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?
4. Existe diálogo entre a sua prática como profissional da saúde e as práticas de educação em saúde da comunidade quilombola na qual você trabalha?
5. Você conhece alguma Política Pública de educação em saúde que atende a comunidade quilombola na qual você trabalha?
6. Sua unidade de saúde tem autonomia para desenvolver ações de saúde próprias para a sua ou as suas comunidades atendidas?
7. A unidade de saúde que você faz parte e que atende a comunidade dialoga com as práticas de educação em saúde da sua comunidade?

APÊNDICE G – Questionário para profissional da educação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO

1. Na sua opinião, o que é educação em saúde?
2. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)?
3. Existe alguma ação ou programa de educação em saúde dentro da escola da comunidade na qual você trabalha?

APÊNDICE H– Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze Negras em Pernambuco** que está sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Nildson Elias De Santana**, nildsoyahoo.com@gmail.com, sob a orientação de Vilde Gomes de Menezes, vilde.menezes@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o(a) responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o(a) pesquisador(a) responsável.

O(a) senhor(a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu), do Centro de Educação (CE), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado na Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife-PE, telefone: (81) 2126-8000, sendo parte da integralização do curso de Mestrado em Educação do(a) pesquisador(a) **Nildson Elias de Santana**.

Este estudo justifica-se devido à inquietação do pesquisador em saber sobre a saúde da população negra, em especial, sobre as práticas de educação em saúde e a relação delas com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

numa comunidade quilombola. O objetivo é Identificar a(s) política(s) pública(s) de educação em saúde e suas ações na comunidade quilombola de onze negras no estado de Pernambuco.

Como procedimentos metodológicos, realizaremos entrevistas com questões abertas, que serão gravadas em áudio no celular do pesquisador. A entrevista será realizada individualmente na própria comunidade, na escola ou em outro local, possibilitando melhor comodidade ao entrevistado.

Os riscos desta pesquisa consistem no vazamento dos dados do entrevistado, como também em possíveis análises incorretas dos dados. No entanto, para que isso não aconteça, o pesquisador irá armazenar os dados em seu computador pessoal e fará a análise dos dados seguindo padrões

predefinidos em sua pesquisa.

Os benefícios desta pesquisa relacionam-se aos dados que serão gerados, os quais podem permitir saber como estão sendo tratadas as questões de educação e de saúde na comunidade investigada. Acreditamos que isso pode servir para melhorar a qualidade da oferta de serviços, sobretudo relacionados a essas duas áreas, fornecidos para a comunidade pelo poder público.

Esclarecemos que os participantes desta pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, por meio de entrevistas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador **Nildson Elias de Santana**, pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n, 1º Andar, sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE I– Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo, **POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: um estudo sobre sua efetividade na comunidade quilombola de Onze Negras em Pernambuco**

como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.



Local e data:

Assinatura do participante:

Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: