



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUCAS JESUS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E
SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19**

SALVADOR
2023

LUCAS JESUS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E
SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado no processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Dr.^a Climene Laura de Camargo

Coorientadora: Dr.^a Maria Carolina Ortiz Whitaker

**SALVADOR
2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),

F363 Fernandes, Lucas Jesus

Itinerário terapêutico de pessoas quilombolas com sinais e sintomas
Sugestivos da Covid-19/Lucas Jesus Fernandes. – Salvador, 2023.

109 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Climene Laura de Camargo; coorientadora:
Prof^a. Dr^a. Maria Carolina Ortiz Whitaker.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2023.

Inclui referências.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Grupo com ancestrais do
Continente africano. 3. Itinerário terapêutico. I. Camargo, Climene Laura
De. II. Whitaker, Maria Carolina Ortiz. III. Universidade Federal da
Bahia. IV. Título.

CDU 616-083

com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LUCAS JESUS FERNANDES

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E
SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado no processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 23 de janeiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo (Orientadora e Presidente da sessão)
(Doutora – Universidade Federal da Bahia)



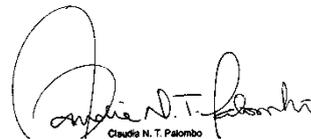
Dra. Cristina Andrade Sampaio (1ª Examinadora)
(Doutora - Universidade Estadual de Montes Claros)



Dra. Aisiane Cedras Morais (2ª Examinadora)
(Doutora - Universidade Estadual de Feira de Santana)



Dra. Claudia Nery Teixeira Palombo (1ª Suplente)
(Doutora – Universidade Federal da Bahia)



Claudia N. T. Palombo

DEDICATÓRIA

À comunidade quilombola de Praia Grande, pela receptividade e carinho com que participaram desta pesquisa. Sem vocês este estudo não seria possível. Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Nos últimos momentos, atento aos detalhes para finalizar a Dissertação, muitas memórias de pessoas que me auxiliaram e estiveram ao meu lado surgiram à mente.

Agradeço imensamente a minha orientadora, **Climene Laura de Camargo**, que me aprovou e na seleção e para além disso sempre se fez presente em todas as etapas deste trabalho, oferecendo apoio, suporte, me ensinando e ensinando a pensar além. Agradeço por ter compartilhado seus conhecimentos, por toda dedicação concedida à construção deste trabalho e, principalmente, por ter-me empoderado nas decisões relativas a esta dissertação. Sou extremamente orgulhoso por ter tido a senhora como orientadora e pela referência que é em minha vida.

Agradeço a **professora Maria Carolina Ortiz Whitaker**, pela co-orientação, olhar sensível e acolhida calorosa nessa etapa acadêmica, que não é fácil! A senhora é um ser humano incrível e de quem eu sempre lembrarei pra vida.

Aos meus colegas mestrandos; **Cláudio de Águiar, Selma Oliveira e a Doutoranda Linda Concita**, com os quais compartilhei todas emoções possíveis que perpassam um mestrado. Meu muitíssimo obrigado pela parceria.

A minha querida amiga **Marimeire Morais**, pelo suporte, apoio, parceria, momentos de riso e de desabafo... você foi fundamental para a conclusão desta etapa.

As **minhas “Luquetes” Laiane Farias Santos e Victoria Régia Silva Santos Oliveira**, que estiveram comigo e me auxiliaram nessa trajetória.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA** pelas oportunidades e experiências vividas.

À **comunidade quilombola de Praia Grande**, pela receptividade, acolhimento e por terem aberto para mim as portas de suas casas, compartilhando comigo experiências vividas com os sintomas gripais no período pandêmico.

financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

Cada um à sua maneira contribuiu para que isso se tornasse possível. Agora é seguir em busca do Doutorado.

Muito obrigado por tudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pelo financiamento ao estudo matriz denominado “Estratégias de Enfrentamento da Pandemia Covid-19 em Comunidades Quilombolas”.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

RESUMO

FERNANDES, Lucas Jesus. **Itinerário terapêutico de pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da covid-19**. Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Orientadora: Dr.^a Climene Laura de Camargo. Coorientadora: Maria Carolina Ortiz Whitaker

O Itinerário Terapêutico (IT) pode ser caracterizado como o conjunto de práticas e estratégias de cuidado adotadas por pessoas e famílias, englobando a motivação que direciona a busca por cuidados, que está associada ao contexto sociocultural e à disponibilidade de recursos. Descrever os IT de pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da Covid-19. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como suporte teórico a Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger. Para contextualizar o objeto de estudo, buscou-se aprofundamento nas temáticas: Itinerário Terapêutico na busca por cuidados em saúde, condições de vida e saúde da população negra no Brasil. O estudo foi desenvolvido na comunidade quilombola de Praia Grande, localizada na Ilha de Maré, em Salvador-BA, com vinte e seis entrevistados que apresentaram sinais e sintomas sugestivos da Covid-19. Os dados foram coletados de dezembro/2021 a janeiro/2022 por meio de entrevista semiestruturada, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 5.138.214. Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. As percepções acerca dos sintomas gripais apresentados no período pandêmico são plurais e abarcam desde fatores biológicos até problemas e necessidades relacionadas ao contexto social e geográfico da comunidade, que também influenciam na construção do IT. Com este estudo, permitimos que a população do quilombo compartilhasse suas experiências e expressasse as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde do subsistema formal, o que serviu de diagnóstico das fragilidades e insuficiência deste subsistema. Há necessidade de elaboração de políticas públicas que garantam à comunidade quilombola de Praia Grande o acesso integral aos serviços ofertados pelo sistema formal, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

FERNANDES, Lucas Jesus. **Therapeutic itinerary of quilombola people with signs and symptoms suggestive of covid-19**. Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Orientadora: Dr.^a Climene Laura de Camargo. Coorientadora: Maria Carolina Ortiz Whitaker.

The Therapeutic Itinerary (TI) can be characterized as the set of care practices and strategies adopted by people and families, encompassing the motivation that directs the search for care, which is associated with the sociocultural context and the availability of resources. To describe the TI of quilombola people with signs and symptoms suggestive of Covid-19. This is a descriptive study, with a qualitative approach, which had Madeleine Leininger's Transcultural Theory of Care as theoretical support. To contextualize the object of study, we sought to deepen the themes: Therapeutic Itinerary in the search for health care, living conditions and health of the black population in Brazil. The study was carried out in the quilombola community of Praia Grande, located on Ilha de Maré, in Salvador-BA, with twenty-six respondents who showed signs and symptoms suggestive of Covid-19. Data were collected from December/2021 to January/2022 through semi-structured interviews, after approval of the research by the Research Ethics Committee of the Federal University of Bahia, under protocol No. 5,138,214. For data processing, Bardin's thematic content analysis technique was used. The perceptions about the flu symptoms presented in the pandemic period are plural and range from biological factors to problems and needs related to the social and geographic context of the community, which also influence the construction of the IT. With this study, we allowed the Quilombo population to share their experiences and express the difficulties faced in accessing health services in the formal subsystem, which served as a diagnosis of the weaknesses and inadequacies of this subsystem. There is a need to develop public policies that guarantee the quilombola community of Praia Grande full access to services offered by the formal system, enabling the achievement of congruent care referred to by Leininger.

Keywords: Access to health services. Group with Ancestors from the African Continent. Therapeutic Itinerary

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ABECIM | Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CRESCER | Grupo de Estudos no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| FCP | Fundação Cultural Palmares |
| IT | Itinerário Terapêutico |
| PCT | Povos e Comunidades Tradicionais |
| PNPCT | Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais |
| SOMAR | SOMA de saberes; Som e Mar |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|--------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Modelo Sunrise proposto por Leininger | 36 |
| Quadro 1: Categorias e Subcategorias temáticas | 57 |

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1- Perfil Socioeconômico e Cultural da Comunidade de Praia Grande/Salvador- BA, Brasil,2022 | 45 |
| Tabela 2 - Dados referentes ao acesso às tecnologias da comunicação. Salvador, Bahia, Brasil, 2022. | 76 |

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 PROBLEMATIZAÇÃO | 21 |
| 3 OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 23 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 23 |
| 4 JUSTIFICATIVA | 24 |
| 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA | 25 |
| 5.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: PERCURSOS TRAÇADOS NA BUSCA DE ATENÇÃO E CUIDADO À SAÚDE | 25 |
| 5.2 O SER NEGRO E QUILOMBOLA | 27 |
| 5.3 A COVID-19 NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS | 29 |
| 6 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL | 32 |
| 7 MÉTODO | 38 |
| 7.1 TIPO DE ESTUDO | 38 |
| 7.2 LOCAL DO ESTUDO | 38 |
| 7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA | 40 |
| 7.4 COLETA DE DADOS | 40 |
| 7.5 ANÁLISE DOS DADOS | 41 |
| 7.6 ASPECTOS ÉTICOS | 42 |
| 8 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 44 |
| 8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS | 44 |
| 8.2 COMPREENDENDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19 | 57 |
| 8.2.1 A doença (des) conhecida | 58 |
| 8.2.2 Como transmite? | 59 |
| 8.2.3 Medidas de proteção e controle utilizadas (prevenção) | 61 |
| 8.2.4 Conhecimento acerca dos sintomas da covid-19 | 64 |
| 8.2.5 Importância da realização do teste | 65 |
| 8.3 ITINERÁRIO DE QUILOMBOLAS AOS SINTOMAS DA COVID-19 | 65 |
| 8.3.1 Tratamentos caseiros utilizados | 65 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.3.2 Automedicação | 68 |
| 8.3.3 Instituições procuradas | 72 |
| 8.3.4 Cuidados indicados pela instituição procurada | 73 |
| 8.4 INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES | 75 |
| 8.5 REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 PARA AS FAMÍLIAS QUILOMBOLAS | 83 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| APÊNDICES | 99 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 99 |
| APÊNDICE B – PERGUNTAS DISPARADORAS | 101 |
| ANEXOS | 103 |
| ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA | 104 |

1 INTRODUÇÃO

O itinerário terapêutico (IT) pode ser definido como um conjunto de ações, planos e estratégias voltadas para o tratamento de uma afecção, localizado em um dado contexto sociocultural e desenvolvido por indivíduos com histórias de vida, expectativas e realidades específicas. Estando diretamente relacionado aos aspectos subjetivos de cada sujeito, bem como seus interesses, emoções e atitudes, sendo influenciado por diversas áreas do saber, onde os conhecimentos são negociados entre aqueles que compartilham a experiência e suas interações com o lugar onde vivem (DEMETRIO; SANTANA; PEREISA-SANTOS, 2021).

Pode-se dizer, de maneira geral, que os estudos sobre IT buscam apreender os processos pelos quais os indivíduos ou grupos escolhem, avaliam e aderem ou não a determinadas formas de tratamento, partindo do pressuposto de que os indivíduos se deparam com diferentes formas para resolver suas questões de saúde, visto que essa é uma construção sociocultural, mas também subjetiva e situacional (DEMETRIO; SANTANA; PEREISA-SANTOS, 2021).

Desta forma, a congruência que direciona a busca por cuidados está atrelada ao contexto sociocultural que o indivíduo faz parte, de maneira que para resolver as questões de saúde, os sujeitos, nos mais variados contextos socioculturais, utilizam-se de múltiplas alternativas que são escolhidas de acordo as suas representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas de acordo ao universo que estão inseridas (SILVA; GONÇALVES; DEMÉTRIO, 2021).

Sendo assim, identificar as ações de atenção e cuidado à saúde adotadas por determinada população e os recursos utilizados para lidar com tais situações é imprescindível para a compreensão do itinerário terapêutico. Já que o mesmo, procura descrever e analisar os conhecimentos adotados a nível sociocultural e individual, bem como, as trajetórias cursadas pela população de baixa renda, na busca por solucionar as suas necessidades de saúde (OLIVEIRA ., et al 2019)

Desta maneira, além de considerar os fatores estruturais, sociais e econômicos que interferem no acesso da população aos serviços de saúde, faz-se necessário conhecer como que o itinerário terapêutico é utilizado pelos indivíduos em estudo, seus significados simbólicos e sua aceitabilidade de acordo com as suas crenças tradicionais individuais e/ou comunitárias.

De acordo com Kleinman (1980), as atividades de cuidado em saúde podem ser compreendidas como respostas sociais, estabelecidas frente às doenças e seus cuidados e podem ser observadas como um sistema cultural, “o Sistema de Cuidado à Saúde”, constituído pela

interligação de três diferentes categorias: familiar, popular e profissional, sendo estes setores do sistema cultural de atenção e cuidado a saúde. Essa abordagem busca compreender de que forma as pessoas de um grupo social ou de uma instituição pensam, agem e usam os seus símbolos. Onde, os indivíduos e seus familiares procuram à atenção à saúde, sem obrigatoriamente seguir o mesmo percurso ou ordem, percursos estes denominados de itinerários terapêuticos.

Sendo assim, o trajeto escolhido pelos indivíduos é determinado pela história de vida, suas famílias, sua cultura, as redes de apoio construídas em seu processo de viver, as experiências vividas por cada e os aparatos governamentais disponibilizados pelo sistema estatutário.

É importante destacar que as práticas culturais fazem parte do entendimento do processo de saúde-doença, bem como do itinerário escolhido para a promoção da sua saúde ou tratamento de doenças.

Como exemplo de grupos populacionais que se encontram em condições de vulnerabilidade social pode-se citar as comunidades tradicionais. De acordo com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), estabelecida a partir do Decreto 6.040 de 2007, Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são definidos como:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. (BRASIL, 2007)

Dentre os principais povos e comunidades tradicionais, pode-se destacar: os povos indígenas, remanescentes de quilombos, pescadores artesanais, ribeirinhos, quebradeiras de coco, caiçaras e inúmeros outros. Apesar de comporem uma parcela importante da população brasileira, essas comunidades ainda se tornam invisíveis a sociedade e ao poder público, o que reverbera na precariedade de políticas para as mesmas (SILVA, 2007).

Já entre os seguimentos populacionais negros que se encontram em vulnerabilidade social, pode-se mencionar a população remanescente de quilombos. No Decreto 4.887 de 2003, a população quilombola é definida como grupos étnico raciais, com suposta ancestralidade negra, e que se distribuem pelo território brasileiro conforme critérios próprios de auto distribuição.

Esses indivíduos, possuem direitos judicialmente similares à população em geral, e devem ser tratados como cidadãos, ou seja, gozarem do pleno direito de utilização dos serviços

e bens públicos, principalmente no que tange a Saúde e Educação. No entanto, historicamente este contingente populacional, tem sido alijado de seus direitos, em decorrência do racismo estrutural que permeia a sociedade brasileira.

Por sua vez, as comunidades quilombolas podem ser encontradas em todas cinco regiões brasileiras, resistindo e lutando vorazmente pela garantia dos seus direitos. De acordo com Base Territorial Censitária do IBGE (2019) existem 5.972 localidades quilombolas no país, distribuídas por 1.674 municípios o que representa 30% dos municípios brasileiros. Segundo informações da Fundação Cultural Palmares (FCP), o órgão responsável pela certificação das comunidades quilombolas, existem 3.475 comunidades oficialmente certificadas como remanescentes de quilombos no país, sendo a maior parte localizada no Nordeste (61%) (Fundação Cultural Palmares, 2021). Existem quilombolas em 24 estados brasileiros, exceto no Acre, Roraima e no Distrito Federal (BRASIL, 2019).

No entanto, de acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras e Rurais Quilombolas (CONAQ, 2020) estima-se que o número real de comunidades quilombolas seja cerca de 6 mil.

As comunidades quilombolas são detentoras de saberes e potencialidades construídos a partir de uma profunda relação material, simbólica e afetiva com seus territórios. Marcadas pela diversidade de origens culturais, considerando que foram povoados por pessoas de várias raças e etnias (como por exemplo os indígenas, europeus e principalmente os africanos e seus descendentes) os quilombos, além de espaços de resistência, historicamente podem ser considerados como espaços de ressignificação da cultura, podendo ser compreendidos como um projeto político e coletivo de liberdade, espaços onde foram recriadas sociedades relativamente autônomas e com tradições africanas (TORRES-OBREGON et al., 2017).

Apesar da riqueza, cultural e histórica nas contribuições para crescimento da nação brasileira as comunidades quilombolas apresentam condições de vida marcadas pelo emprego informal; baixo índice de renda per capita; precariedade de abastecimento de água, energia, saneamento básico, moradia; dificuldades de acesso à educação, bens materiais de consumo e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Nesse contexto destacam-se as disparidades e desafios ao acesso aos sistemas de saúde diante da pandemia COVID-19 para comunidades em vulnerabilidade social.

Tratando-se de um grupo populacional que tem menos acesso aos serviços de saúde e que vive em precárias condições de vida, no que tange a habitação e saneamento básico a população quilombola apresenta maior risco aos agravos de saúde de maneira geral. Esta vulnerabilidade torna-se maior diante da pandemia COVID-19, que vem assolando o mundo

em 2020. tanto na qualidade dos cuidados recebidos como nos resultados de saúde (IBGE, 2019b)

Da família Coronaviridae, o SARS-CoV-2, causador da pandemia de COVID-19, pode infectar animais e seres humanos, causando uma multiplicidade de doenças, que podem afetar o sistema gastrointestinal, hepático, neurológico e, principalmente, o trato respiratório (DI et al., 2020). Dentre os sintomas mais comuns destacam-se a tosse, pirexia, rinorreia, dor de garganta, anosmia, astenia, hiporexia, dispneia, ageusia e distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia) (BRASIL, 2020). No que concerne a sua transmissão viral, esta pode ocorrer por meio do contato com indivíduo e/ou local contaminado, por gotículas respiratórias e vetores passivos. Fazendo-se necessário a adoção de medidas de prevenção como: etiquetas respiratórias e higiene das mãos, cuidados ao tossir e espirrar, auxiliando dessa forma no controle de sua disseminação (KAKODKAR, et al., 2020).

Há evidências científicas de que a utilização de máscaras descartáveis e/ou de tecidos que cubram boca e nariz, assim como a lavagem frequente das mãos e o distanciamento de pelo menos 1 metro de outras pessoas são medidas preventivas para a contaminação pela Covid-19. Tais medidas são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da saúde (MS) e difundidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde de todo o País. A efetividade destas medidas depende do estabelecimento de políticas de proteção social e de apoio a populações em situação de vulnerabilidade, garantindo a sobrevivência dos indivíduos e de suas famílias (QUALLS et al., 2020).

O elevado potencial de infecção é uma característica marcante do patógeno (ANDERSON et al., 2020), relacionado a um acometimento abrangente de um extrato populacional susceptível e comunidades extremamente heterogêneas quanto às condições socioeconômicas, evidenciando os riscos diferenciados de ocorrência da COVI-19. Pessoas idosas, indivíduos com sistema imunológico debilitado e com doenças pulmonares representam um grupo de maior risco para evolução da forma mais grave da doença, assim como grupos populacionais vulneráveis e que vivem em aglomerados sociais (OPA, 2020).

É sabido que a condição raça/cor não interfere na definição da evolução clínica da doença, no entanto a desigualdade social ao qual homens e mulheres negras e negros sempre estiveram expostos, determina de forma incisiva e cruel que a população negra seja a mais impactada pela covid-19. No Brasil, a população negra representa a maior parte dos usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, aqueles que não possuem plano de saúde e dependem do SUS para atender suas necessidades em saúde, desta forma, esse grupo é o que mais sofre com a precarização e sucateamento do sistema (IBGE, 2019).

Considerando as especificidades da população quilombola, que detém um aparato cultural próprio e diferenciado, a oferta de serviços de saúde deve ocorrer de forma específica, promovendo o acesso com equidade, de acordo com o que determina um dos princípios do SUS, bem como respeitando os valores culturais locais a fim de minimizar agravos sem descaracterizar sua identidade cultural, promovendo uma assistência que valorize a diversidade e universalidade do cuidado.

Neste contexto, para que se possa compreender o modo de vida de populações quilombolas, com vistas à compreensão de suas experiências no processo saúde-doença, como no cenário pandêmico, faz-se necessário utilizar referenciais teóricos e metodológicos em consonância com a diversidade cultural e cunhados em abordagens holísticas. buscando perceber a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir o modo de prover cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, famílias ou grupo cultural (LEININGER, 1978).

É característica de populações quilombolas viverem em uma rede familiar extensa, o que propicia desvantagens no que concerne ao enfrentamento da pandemia covid-19. Enfrentam ainda, outros desafios que vão desde a vida em situação de pobreza, em domicílios mal arejados, que não contam com abastecimento de água e/ou esgotamento sanitário.

Para além do contexto epidemiológico, a desigualdade social no Brasil, caracterizada pela heterogeneidade socioespacial e acentuada pelas condições de habitação, renda; estrutura demográfica; entre outros, tem como consequência o acometimento de populações mais vulneráveis ou grupos desproporcionalmente expostos ao risco de adoecimento, como é o caso de comunidades quilombolas, sem que disponham de acessos equânimes aos sistemas de saúde para enfrentamento e resolução dos seus problemas em saúde. Esta realidade demonstra a fragilidade e/ou escassez de mecanismos de vigilância capazes de identificar zonas de maior vulnerabilidade às manifestações graves da doença, o que aponta a necessidade de uma rede de assistência e controle de pessoas infectadas mais eficaz (SANTOS et al, 2020).

Ainda são escassos estudos desenvolvidos que possuem como foco as populações quilombolas e o percurso que esses indivíduos percorrem para solucionar seus problemas de saúde, demandando assim uma visão maior acerca da acessibilidade desse povo aos serviços de saúde.

Porém, quando falamos em saúde é necessário lembrar de dois aspectos cruciais: à Constituição Federal que a garante como um direito correspondente à cidadania e um dever do Estado e posteriormente, à definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a conceitua como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Desta forma, a saúde em sua

completude é caracterizada como a presença de qualidade de vida que engloba à alimentação, educação, lazer, ações de saúde, saneamento, transporte e habitação e outros elementos equivalentes à existência humana.

Nesse sentido, este trabalho se propõe a desvendar os caminhos que conectam os itinerários terapêuticos realizados por pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da Covid-19, considerando não somente a jornada dos indivíduos pelo sistema de saúde, mas também os sentidos que são atribuídos culturalmente ao cuidado.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

A covid-19 se disseminou atingindo quase todas as regiões do mundo, descortinando a relação entre os sistemas econômicos injustos; as condições adversas de vida e a vulnerabilidade de grupos populacionais ante aos agravos de saúde. Para seu controle é imprescindível a higiene das mãos, o autoisolamento e a utilização de máscaras, porém a adoção dessas medidas, não reflete a realidade das famílias quilombolas que vivem na Ilha de Maré. Esta população sobrevive aglomerada, com acesso limitado a água, sem saneamento básico. Assim, podemos afirmar que mesmo antes da pandemia, esta comunidade quilombola, já vivia em situação de predisposição às doenças transmissíveis.

Em um boletim do estado de Nova York utilizando dados sobre etnia/raça viu-se que dos 580 pacientes hospitalizados as piores taxas de mortalidade pela Covid-19 eram entre negros e minorias étnicas assim evidenciando impactos desproporcionais da pandemia entre grupos minoritários raciais e étnicos (CDC, 2020).

Estudos realizados em Chicago, onde a população negra representa 29% da população, mostrou que 70% das mortes são de afro-estadunidenses (MILAM et al., 2020; EINHORN, 2020). Em contrapartida, a população negra estadunidense representa um grupo que realiza menos testes para o diagnóstico do Covid-19, afro-estadunidenses são menos encaminhados para a realização de testes quando aparecem com sintomas sugestivos da Covid-19 (FARMER, 2020).

A partir 21º semana da pandemia Covid-19, após adotar o quesito raça/cor como referência, observou-se no Brasil que o número de casos confirmados com separação da raça/cor ignorada totalizava 51,3% (60.382) do total de 117.598 casos confirmados. Representando mais da metade de casos confirmados cuja raça/cor é desconhecida (Brasil, 2020).

Tratando-se de uma comunidade com um vasto acervo cultural, pressupõe-se que remanescentes de quilombos se utilizam de conhecimentos adquiridos ao longo de sua vivência para executar práticas capazes de garantir a sua saúde e prevenir agravos. Assim, compreender os recursos utilizados para o cuidado da saúde em uma comunidade quilombola poderá desvelar um IT complexo e rico que subsidiará a implementação de políticas de saúde locais.

Considerando a pluralidade cultural desta população, faz necessário ancorar o estudo na Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do cuidado de Leininger, por trazer em seu bojo discussões relativas a um cuidado onde é necessário, além de conhecer e respeitar, agir em consonância com os padrões culturais do da comunidade e/ou indivíduo.

Partindo desse contexto e buscando identificar como se traduzem a atenção e o cuidado à saúde nos quilombos, este estudo se faz com o propósito de responder aos seguintes problemas de pesquisa: Quais os itinerários terapêuticos utilizados por pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da covid-19? Quais são as estratégias utilizadas por pessoas quilombolas no manejo dos sinais e sintomas da covid-19?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o Itinerário Terapêutico de pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da Covid-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a percepção dos sinais e sintomas da COVID-19 por adultos quilombolas.)
- b) Identificar as trajetórias percorridas por adultos quilombolas na busca do diagnóstico e tratamento de sinais/sintomas da covid-19.)
- c) Identificar as dúvidas, preocupações e crenças na busca pela resolução/diagnóstico da covid-19.

4 JUSTIFICATIVA

Estudar o itinerário terapêutico realizado por pessoas quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da covid-19 justifica-se por se tratar de uma tentativa de aproximação e reconhecimento das práticas de atenção e cuidado à saúde em população invisibilizada. Buscando evidenciar os prováveis processos e dificuldades que permeiam os itinerários terapêuticos de quilombolas, de modo a construir conhecimentos que possibilitem refletir sobre as práticas de autocuidado por eles dispensadas a si e a seus pares, assim como sobre o cuidado à saúde prestado pelo sistema oficial de saúde.

Conhecer os Itinerários Terapêuticos de quilombolas e estudá-los sob a perspectiva do cuidado transcultural pode subsidiar a implementação de políticas locais de saúde.

No que concerne à relevância acadêmica, é perceptível, tratando-se de comunidades quilombolas, que os itinerários terapêuticos ainda são pouco investigados. Evidenciando possíveis lacunas existentes e a demanda pelo desenvolvimento de um maior entendimento sobre o tema, contribuindo para a formulação de novos estudos. Mapear o itinerário terapêutico de quilombolas pode transformar-se em uma importante ferramenta para compreender o percurso que estas pessoas realizam na busca por atenção ou cuidado à saúde.

Ademais, no Brasil, o cenário da pandemia se associa a condições desiguais impostas pelo racismo estrutural e institucional. De acordo com Almeida (2019), o racismo atua como meio estruturador das relações sociais, não há racismo que não seja estrutural já que o mesmo é fruto de práticas históricas, culturais e institucionais dentro de uma sociedade que frequentemente põe um grupo social em posição inferior comparado a outro. As repercussões da pandemia da Covid-19 numa sociedade sistematizada pelo racismo penalizam grupos vulneráveis, especialmente entre pessoas quilombolas, estando relacionada às múltiplas crises sanitárias, sociais, políticas e econômicas.

Buscando contemplar os objetivos propostos, bem como responder à pergunta de pesquisa, este projeto foi estruturado com a pretensão de trazer aos holofotes das discussões os diferentes itinerários terapêuticos realizados por pessoas quilombolas da comunidade de Praia Grande – Ilha de Maré, bem como a cultura e a historicidade das comunidades quilombolas se relacionam na busca de atenção e cuidado à saúde.

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

5.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: PERCURSOS TRAÇADOS NA BUSCA DE ATENÇÃO E CUIDADO À SAÚDE

As concepções simbólicas da doença, sob o ponto de vista da antropologia, vêm sendo analisadas por diversos autores, dentre eles pode-se destacar Kleiman (1980), Maliska et al (2007), Nabão et al (2009), Corin et al (1992); Rabelo; Alves & Souza (1999); Duarte&Leal (1998); Velho (1994). De acordo com os mesmos, os fatores associados aos processos de saúde/doença estão sujeitos ao desenvolvimento social envolvidos no prisma econômico, político, biológico, ambiental e social.

Geertz (2008), corrobora com o discurso de que existem sistemas culturais, como a religião, a arte e que estão atrelados ao sistema de cuidado à saúde, sendo este formado pela interação de três categorias distintas: familiar, popular e profissional. Influenciado pela antropologia interpretativa. Arthur Kleinman (1980), desenvolveu um modelo de análise na área da saúde, como resultado de suas pesquisas empreendidas na Ásia, mais precisamente na cultura chinesa. O mesmo afirma que todas as atividades de cuidado em saúde podem ser compreendidas como respostas sociais, estabelecidas frente às doenças e seus cuidados e podem ser observadas como um sistema cultural, “o Sistema de Cuidado à Saúde”.

Desta forma, o campo familiar seria simbolizado pelos indivíduos não profissionais que estão próximos ao doente, como familiares, amigos e conhecidos. O campo popular, também definido pelo autor como não profissional e não burocrático, engloba os peritos e/ou especialistas de cura, como curandeiros, benzedeiras, parteiras, rezadores e entre outros que não possuem sua atuação regulamentada oficialmente pelo sistema de saúde. Já o setor profissional é composto pelos profissionais de cura legitimados legalmente (KLEINMAN, 1980).

Burrile et al (2009) acrescentam que as redes informais são formadas por relações que não se dão através de instituições, e sim por dispositivos sociais a exemplo da posição e papel exercido na sociedade, ao passo que as redes formais são as relações estabelecidas em razão da posição e do papel social na instituição. Desta forma, eles definem os itinerários terapêuticos como os diferentes caminhos percorridos na procura por cuidados, no qual são desenhadas múltiplas trajetórias que variam em função das necessidades de saúde e da disponibilidade de recursos sociais existentes.

Para Nabão et al (2009), o itinerário terapêutico pode ser definido como a busca de cuidados terapêuticos que permeiam práticas socioculturais e individuais de saúde, nas trajetórias de saúde cursadas, com o objetivo de solucionar os seus problemas de saúde.

Já Maliska et al (2007) determinam o mesmo como um conjunto de estratégias e projetos, direcionados para o tratamento das aflições formando relações entre os aspectos socioculturais e o comportamento individual e particular de cada indivíduo.

Diante dos conceitos supracitados, compreende-se que o itinerário terapêutico engloba os percursos pelos quais os indivíduo e/ou grupos populacionais escolhem determinadas formas de tratamento e/ou terapias não convencionais. Para além disso, entender o itinerário terapêutico de um indivíduo não se confina apenas em indicar a disponibilidade de serviços de saúde ou a sua utilização, mas também a todo o processo que envolve a representação social da doença, bem como do corpo, direcionando o indivíduo à tomada de decisões relativas à sua saúde baseada nos parâmetros culturais.

Conforme Rabello e Alves (1994), a escolha é fruto de um processo de reflexão quanto as possibilidades que estejam acessíveis ao alcance dos indivíduos, sendo assim, a escolha do tratamento está diretamente ligada ao contexto sociocultural em que ela ocorre pois os distintos percursos se tornam possíveis em um cenário de possibilidades socioculturais que permite a implementação de planos de tratamentos específicos (VELHO, 1994).

Os diferentes itinerários terapêuticos são determinados por fatores que vão desde ordem socioeconômicas a simbólicas. Desta forma, é de grande relevância avaliar as facilidades de acesso aos serviços de saúde, assim como as bases culturais que organizam a vida das populações. Por se tratar de aspectos dinâmicos, estes podem variar de acordo com a trajetória vivenciada por cada indivíduo bem como seu ambiente de convivência.

Ao apresentar sinais e sintomas de doença, o percurso natural é a busca por tratamentos imediatos para os seus sofrimentos e que lhe proporcionem alívio, nesse rumo, os indivíduos acabam por recorrer às diversas alternativas de curas existentes, preferindo pela que melhor lhes atendem de acordo com suas crenças, valores e cultura. Desta maneira, eles podem aderir ou não aos tratamentos de saúde do sistema profissional, popular ou familiar (LAGO ET AL, 2010).

Apesar da ampla divulgação das práticas culturais em cuidados à saúde nos últimos tempos, é notório que o modelo biomédico de tratamento ainda se constitui como o modelo dominante amplamente difundido, fazendo com que o indivíduo busque o modelo tradicional que em muitas vezes não contempla e nem aprova as práticas adotadas com base no contexto cultural em que o mesmo está inserido.

As condições socioculturais desempenham um papel indiscutível na forma com que as doenças se manifestam, assim como na busca de tratamentos. Desta maneira, para uma melhor atenção à saúde dos indivíduos é fundamental conhecer seu universo sociocultural. Kleinman

(1980) salienta que não podemos compreender as reações das pessoas à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram por convivência.

Investigar os itinerários representa priorizar e valorizar as experiências individuais de cada indivíduo, assim como a confluência dos aspectos culturais, sociais e etnográficos na tomada de decisão para a resolução de determinado problema, indo além do modelo tradicionalmente adotado de saúde apenas como sinônimo de cura de uma enfermidade, oriundo do modelo biomédico, mas que abrange também a solução das aflições, angústias e problemas da alma.

5.2 O SER NEGRO E QUILOMBOLA

Originária da etimologia banto (língua africana), quilombo ou “kilombo” é definido como acampamento ou fortaleza utilizada pelos colonizadores para denominar os aglomerados construídos por escravos fugidos (MUNANGA, 1996).

Com a criação do Movimento Negro Unificado (MNU), em 1978, o termo “quilombo” passa a ser utilizado para representar a resistência e luta (TRAPP, 2010). Em um cenário de modificações sociais, Abdias do Nascimento (1980) apresenta uma nova função social ao termo quilombo, chamado de Quilombismo. Abdias Nascimento defendia que o povo negro deveria buscar em suas próprias experiências e história a mobilização política para obterem as mudanças desejadas.

No Brasil, o conceito de quilombo é uma discussão que gera controvérsias, dado que nem todo quilombo no país foi organizado, socialmente, por escravos fujões. Desta forma, reportando-se as variações existentes na tradição popular brasileira, onde a palavra quilombo pode ser associada a um lugar, a um estabelecimento ímpar, a um povo que vive neste lugar, as etnias que o compõem e até mesmo manifestações populares (CARVALHO, 2013).

A manifestação de característica da insubordinação negra foi o que se convencionou a chamar quilombo, sendo esta uma resposta e luta contra as repressões vivenciadas pelos escravos. Diversos negros foragidos reuniram-se em localidades distantes para resistir ao sistema escravista, assim formando os quilombos, ambiente de asilo dos negros escravizados. Tornando-se a única alternativa possível diante da escravidão: abrigar-se em um local de acesso dificultoso e lutar para sobreviver. (FREITAS, 1984)

Na constituição brasileira, no artigo 68, foi conferido às comunidades remanescentes de quilombos aquiescência à titularidade das terras onde vivem, onde produzem e reproduzem sua identidade específica, tiram seu sustento e realizam a manutenção de suas características

étnicas. A territorialidade foi definida por antropólogos como “o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo assim em seu território” (LITTLE, 2002).

Ambiente plural, com diversas formas de organizações econômicas, políticas e sociais, os quilombos eram muito mais que fontes de resistências isoladas, estes eram peças chave na resistência negra contra a violência e opressão do sistema escravista, possuindo caráter revolucionário e sendo espaços de articulações de caráter social contra o sistema vigente. Estes tradicionais resistiram ao tempo, mantendo vivos os valores e tradições cultivadas em seus espaços como a resistência e fuga aos padrões de opressão estabelecidos.

Historicamente as populações quilombolas vem sofrendo os efeitos do racismo estrutural (ALMEIDA, 2018). As vulnerabilidades das comunidades quilombolas podem ser percebidas nas dificuldades de acesso a políticas públicas fundamentais, como as de educação, saúde e de regularização e legalização fundiária de seus territórios, barreiras presentes há gerações.

A Principal legitimação da identidade étnica quilombola é a existência de um território, conquistado no passado e perpetuado ao longo do tempo pelas sucessivas gerações de famílias, ligadas pela consanguinidade e pela manutenção de seus hábitos nos mesmos locais que seus antepassados. Além disso, é necessário reconhecer que a consolidação do território brasileiro se deu às custas da desterritorialização de diversos grupos tradicionais, a cultura nacional se construiu com base na apropriação de força de trabalho das populações que ia se estabelecendo no território onde os sistemas sociais baseava-se na primazia o lucro sobre a necessidade (RIBEIRO, 1995). E os conflitos atuais entre as comunidades tradicionais sobreviventes e os grandes proprietários de terras não representa meramente um resquício histórico, mas revela que tal incomunicabilidade se manteve e tomou novos contornos frente às contingências.

Comunidades remanescentes quilombolas, apoiadas por movimentos sociais lutaram para que fossem reconhecidas pelo Estado Brasileiro (CARVALHO, 2013; RODRIGUES, 2010), nesse contexto, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) teve atuação fundamental na reestruturação do conceito de quilombo e amplia o conceito sobre remanescentes de quilombos. Os quilombolas e a ABA, em associação com o Ministério público, elevaram a categoria a uma nova definição. Desta forma “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” (FABIANI, 2005, p. 205) é um quilombo. Este novo conceito, possibilitou que as comunidades quilombolas fossem enxergas por outras perspectivas, ampliando assim a valorização de suas questões socioculturais.

Para mais, a implementação de alguns outros dispositivos legais, como a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), possibilitou a promoção dos direitos das populações remanescentes de quilombos, garantindo a essas comunidades a liberdade de se auto definirem.

As famílias da comunidade quilombola são descendentes de negros escravos habitando uma comunidade rural onde se organizam em sua cultura, hábitos e costumes. O formato geral é o de família extensa, devido à proximidade de casas onde moram familiares, ligados à origem quilombola do local e em algumas situações baseadas em modelo de família matrifocal. Criam-se assim as bases para formação de modelos familiares diferenciados dos convencionais onde, ou seja, é a mulher, quem direciona os caminhos feitos pela família, trazendo novos conceitos e arranjos familiares que são incorporados àqueles já existentes (SALES; MATOS; LEAL, p.53, 2004).

No que concerne à saúde, políticas públicas destinadas as comunidades quilombolas são ordenadas numa proposta de expansão da cobertura de intervenções já existentes, dado como exemplo da Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) (GOMES, 2013); Além da Política dos Povos e Comunidades tradicionais (PPCT) e Política Nacional de Saúde Integral da População negra (PNSIPN), que buscam garantir a ampliação do acesso da comunidade quilombola aos serviços de saúde, definindo objetivos característicos para melhorar os indicadores dessa população (BRASIL, 2017; BRASIL, 2015; RODRIGUES, 2010). Além de programas como o Programa Brasil Quilombola (PBQ) e a Agência Social Quilombola instituída pelo Decreto Federal nº 6.261, de 2007, atuando através da articulação de a diversas políticas públicas com o objetivo de alcançar as comunidades quilombolas brasileiras, que conforme já mencionado, vivem em situação de insegurança social, estando dividida em quatro eixos estratégicos: 1) acesso à terra; 2) infraestrutura e qualidade de vida; 3) inclusão produtiva e desenvolvimento local; e 4) direitos e cidadania (art. 2º) (SILVA, 2008)

5.3 A COVID-19 NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Nas últimas décadas, diversos vírus vêm despertando o interesse da comunidade acadêmica e científica, principalmente por serem uma grande ameaça para a saúde mundial, entre eles estão os coronavírus. Sabe-se que vários coronavírus podem provocar infecções respiratórias que variam entre a gripe mais comum até doenças mais graves, a exemplo da Síndrome Respiratória Aguda (SARS), Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e o SARS-CoV-2, agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, causadora da pandemia COVID-19 (WHO, 2020).

Os indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 podem ser sintomáticos, apresentando manifestações clínicas como: tosse, dores de garganta, dificuldade para respirar, febre entre outras e assintomático, possuindo grande importância epidemiológica por serem potenciais transmissores (WHO, 2020).

Medidas não farmacológicas como distanciamento social, isolamento de casos e contatos e o bloqueio total (lockdown) auxiliam na contenção da pandemia (WHO, 2019); porém, a aplicabilidade dessas estratégias ocorre de diferentes maneiras, de acordo com a realidade de cada país e grupos sociais. Tais dificuldades podem auxiliar na compreensão dos mais de 191 milhões de casos registrados em todo o mundo até o início do segundo semestre de 2021 e os mais de 4,1 milhões de óbitos, sendo as américas o continente mais afetado (WHO, 2021).

Em julho de 2021, o Brasil ocupava a segunda posição em total de casos diagnosticados e óbitos por COVID-19 no mundo. De acordo com dados da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ, 2021), a população negra é a mais afetada com a pandemia, essa incidência pode ser observada tanto no número de infectados quanto no número de mortos. A histórica situação de vulnerabilidade a que pessoas negras e comunidades quilombolas estão submetidas, faz com que estes sejam os que mais sentem os impactos gerados pela pandemia.

Tratando-se de um país que possui dimensões continentais, o Brasil é composto por uma população muito diversificada racialmente e culturalmente. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2021), pretos e pardos constituem a maioria da população brasileira. Além disso, os dados relevam que 9,4% da população se autodeclara preta e 46,8% como pardos. Somados, representam 56,2% da população, ao mesmo tempo que os brancos são 42,7% (IBGE, 2019a). No entanto, essa rica diversidade étnico-racial, está ancorada em uma estrutural desigualdade e os quilombos são parte dos grupos afetados por essa desigualdade.

As disparidades de saúde encontradas entre grupos étnicos e racialmente distintos comumente ocorrem em decorrência das desigualdades econômicas e sociais que são mais comuns entre algumas minorias populacionais do que entre pessoas brancas. Tratando-se de uma emergência de saúde pública, tais diferenças tendem a afastar esses indivíduos dos recursos necessários para responder a tais agravos (CDC, 2020).

Os quilombos brasileiros têm sido expostos, historicamente, a diversos fatores que complexificam a sua sobrevivência. É forçoso atentar, de acordo com dados da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), para a

susceptibilidade da população quilombola em tempos de Covid-19. Há, no Brasil, mais de seis mil comunidades quilombolas onde juntas formam um contingente populacional estimado em 16 milhões de pessoas, destes 30% são idosos, sendo um dos grupos de riscos para a forma mais grave da doença (GUIMARAES, 2020). Além de que, indivíduos negros possuem maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), comorbidades relacionadas aos casos de óbitos causados pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020).

A ausência de informações acerca da situação e impactos da Covid-19 nas comunidades e territórios quilombolas vêm sendo contornada através de iniciativas das próprias organizações quilombolas, em parceria com universidades ou organizações da sociedade civil. Como por exemplo: Articulação das Comunidades Negras e Rurais Quilombolas (CONAQ) e o Instituto Socioambiental (ISA) que criaram a plataforma Observatório da Covid-19 nos Quilombos. Esta iniciativa denuncia a invisibilidade da pandemia naquelas comunidades, além de efetivamente monitorar a incidência da Covid-19 nas comunidades quilombolas em todo o país.

Por se tratar de um monitoramento feito com base na militância política voluntária e depender de uma cadeia de comunicação feita por meio de contatos pessoais com recursos próprios, é inevitável que essas informações apresentem inconsistências e reproduzam, em algum nível, ainda que por outras razões, a subnotificação oficial, impactando negativamente no registro do número exato de comunidades ou municípios com óbito quilombola por Covid-19, pois este é prejudicado pela supressão de informações no momento de registro dos casos na plataforma.

Neste contexto, a pandemia Covid-19 não atinge as pessoas de forma democrática, pois os mecanismos de ação do Estado são sistemáticos e silenciosos no caminho do genocídio das populações negras, em destaque as comunidades quilombolas.

6 REFERÊNCIAL TEÓRICO: TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

O estudo será ancorado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (também chamada de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado), visto que esta teórica aborda a influência das bases culturais no comportamento das pessoas em todos os âmbitos da vida, incluindo nos cuidados adotados em situações de saúde.

Precursora da enfermagem transcultural, Leininger desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC). Desde a década de 50 a mesma vem estudando como aplicar este conhecimento na atuação da enfermagem. Fundamentando-se em disciplinas da sociologia, psicologia e antropologia construiu a TDUCC, tendo como principal objetivo proporcionar o cuidado de acordo com a cultura, numa abordagem holística com ênfase na enfermagem científica e humanística. O cuidado cultural busca apreender a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e, desta forma, mostrar as formas de prover cuidados em uma perspectiva cultural, congruentes para diferentes pessoas, famílias ou grupos culturais (SOUZA; ZAGONEL; MAFTUM, 2007).

Sendo a primeira enfermeira no mundo a obter o título de doutora em antropologia, Leininger elaborou a sua teoria a partir da observação das diferenças comportamentais de crianças em um lar de orientação, local onde trabalhava, relacionando-as com a sua base cultural. Com base nisso, ela visualizou que a ausência de conhecimento das culturas era o elo que faltava à enfermagem para que entendesse as alternâncias no cuidado aos clientes (SEIMA et al., 2011)

Madeleine Leininger, divulgou a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural em 1985, partindo do ponto de vista que as populações de cada cultura são aptas a conhecer e interpretar as maneiras como eles testam e compreendem o seu cuidado (RAMOS; MENEZES, 2012). A teoria exerceu forte influência na enfermagem brasileira, possibilitando associar os aspectos culturais dos pacientes a oferta de um cuidado adequado à cultura dos mesmos, considerando a formação multicultural do povo brasileiro (BETIOLLI, et al., 2013).

A principal base da Teoria Transcultural concebe o cuidado como fundamento da prática e do saber. Para Leininger, o cuidado além de fundamental para a vida é também uma prática cultural. Desta maneira, compreende-se que cada povo tem seu próprio modo de se cuidar (LOPES; FIGUEIREDO, 2011)

A valorização do contexto sociocultural na construção do Itinerário Terapêutico é fundamental, pois este interfere diretamente na compreensão do sujeito a respeito do que é

saúde, doença e cuidado adequado, norteados a tomada de decisões, levando em conta que a assistência alcançada tenha significado e o represente dentro do seu contexto cultural.

A valorização da cultura e modo de viver de cada indivíduo faz com que aqueles que fazem uso dos serviços de saúde sintam-se contemplados e respeitados pela assistência prestada. A realidade da enfermagem brasileira a torna a extensão ideal para a aplicação da teoria tendo em vista as diferenças regionais e socioculturais existentes no país, o que incita diferentes significados, expectativas e imposições de cuidado (SEIMA et al., 2011).

A teoria se justifica na validação de que “em todas as culturas o cuidado é primordial para sustentação e fortalecimento da saúde e a persistência humana” (MARTINS; AIVIM, 2012). A aplicação da teoria transcultural de forma proporcional aos valores, crenças e costumes de cada indivíduo simboliza a busca por aproximar os aspectos da vida do ser humano e suas complicações, vendo as pessoas como seres de relações (HENCKEMAIER, et al., 2014).

O estado de saúde é produto de um construto social, resultado das interferências sofridas nas diferentes situações vividas e do acesso a bens e serviços, sendo construído coletivamente ou individualmente, por ações governamentais, da população e/ou de cada pessoa (SECCO, et al., 2017).

De acordo com Soares, et al (2014), o estado de saúde-doença das pessoas está diretamente relacionado à cultura, de modo que a saúde é a soma das relações socioculturais impostas pela sociedade no convívio cotidiano. Diante disso, os programas de políticas públicas do governo precisam levar em conta o conhecimento da população, visto que esses podem influir nas formas de controle de doenças.

O processo de saúde-doença pode ser compreendido a partir da concepção do homem sobre o que é adoecimento. O modo como o ser humano compreende-se saudável, ou as circunstâncias nas quais são alcançadas a sensação de “estar saudável” ou “estar doente” estão compreendidas dentro de uma perspectiva cultural (SIQUEIRA, et al., 2018).

Nesse ponto de vista, a teoria do cuidado cultural propõe apresentar as diferentes possibilidades de aplicar o cuidado culturalmente a indivíduos e populações de culturas distintas (diversidade) ou semelhantes (universalidade), com o propósito de preservar ou retomar o bem-estar (saúde), e até mesmo enfrentar a doença de forma culturalmente adequada (CAMARGO, et al., 2014)

Leininger, na elaboração desta teoria, tinha o desejo de entender o universo da enfermagem e as formas como a área se diferencia da medicina em relação a prática e conhecimentos. Acreditando que sua teoria deu às enfermeiras um modo completamente diferente de compreender indivíduos, famílias e culturas (LEININGER, 1988).

A compreensão acerca de um cuidado cultural foi até meados do século passado e ainda é, nos dias atuais, em alguns lugares do globo, uma das grandes lacunas de conhecimento da enfermagem. Desta maneira, foi elaborado os fundamentos para o cuidado transcultural, considerando que o objeto de trabalho da enfermagem pe o cuidado e que este é permeado pelos aspectos culturais. (LEININGER, 2002).

De acordo com Leininger (1991a), a enfermagem atua com pessoas de culturas distintas e, devido a isso, o cuidado oferecido não deve presumir que todas as pessoas são iguais, mas necessitam ser sensíveis às diversidades culturais existentes, distanciando-se de desfechos desconfortáveis.

O entendimento acerca das características culturais de cada indivíduo no serviço prestado pela enfermagem possibilita a edificação de um cuidado consoante com as expectativas do paciente e sua rede familiar/social, transformando a assistência de enfermagem oferecida em um processo representativo e significativo sobre a ótica cultural e biológica, sendo um diferencial profissional quando comparada a outras áreas de atuação que possuem os seus processos de cuidado engatados ao tratamento tecnológico da doença e os itinerários terapêuticos resumem-se a procura de tratamento para enfermidade, desvalorizando a motivação do indivíduo no seu processo. Este modo de inovador de prestar cuidado, oferecido por Leininger, possibilitou a ampliação das perspectivas da enfermagem, desvelando novas perspectivas para a profissão, chamada de Enfermagem Transcultural.

Para Leininger (1991b), o cuidado está relacionado ao fornecimento de apoio, capacitação ou auxílio para um indivíduo ou grupo afim de aperfeiçoar ou melhorar a sua condição de vida. “Os enfermeiros estão aprendendo que cuidar é mais que fazer ou realizar tarefas a nível físico. O cuidado tem significados culturais e simbólicos, tais como cuidado como proteção, cuidado como respeito e cuidado como presença” (LEININGER, 2006, p. 12).

A saúde pode ser caracterizada como um completo estado de bem-estar e, dentro de uma perspectiva cultural, pode ser definida pela capacidade, prática e valorização de um indivíduo ou grupo em realizar atividades de acordo com os padrões desejados em determinada cultura (LEININGER, 1991b). Nesse cenário, o itinerário terapêutico escolhido diz respeito às percepções individuais sobre o que é estar saudável, de maneira que os percursos traçados possibilitem a manutenção da saúde, orientado nas práticas que, afinam com suas crenças, valores e cultura.

Já a cultura é determinada pelo conjunto de crenças, valores, normas e práticas de vida assimiladas, compartilhadas e difundidas por um determinado grupo e que conduzem a tomada de decisões, ações e maneiras de pensar. Originando os valores culturais, que são perpetuados

pela cultura ao longo do tempo e orientam e indicam as tomadas de decisões de seus membros assim como as maneiras desejáveis de ação e conhecimento (LEININGER, 1991b).

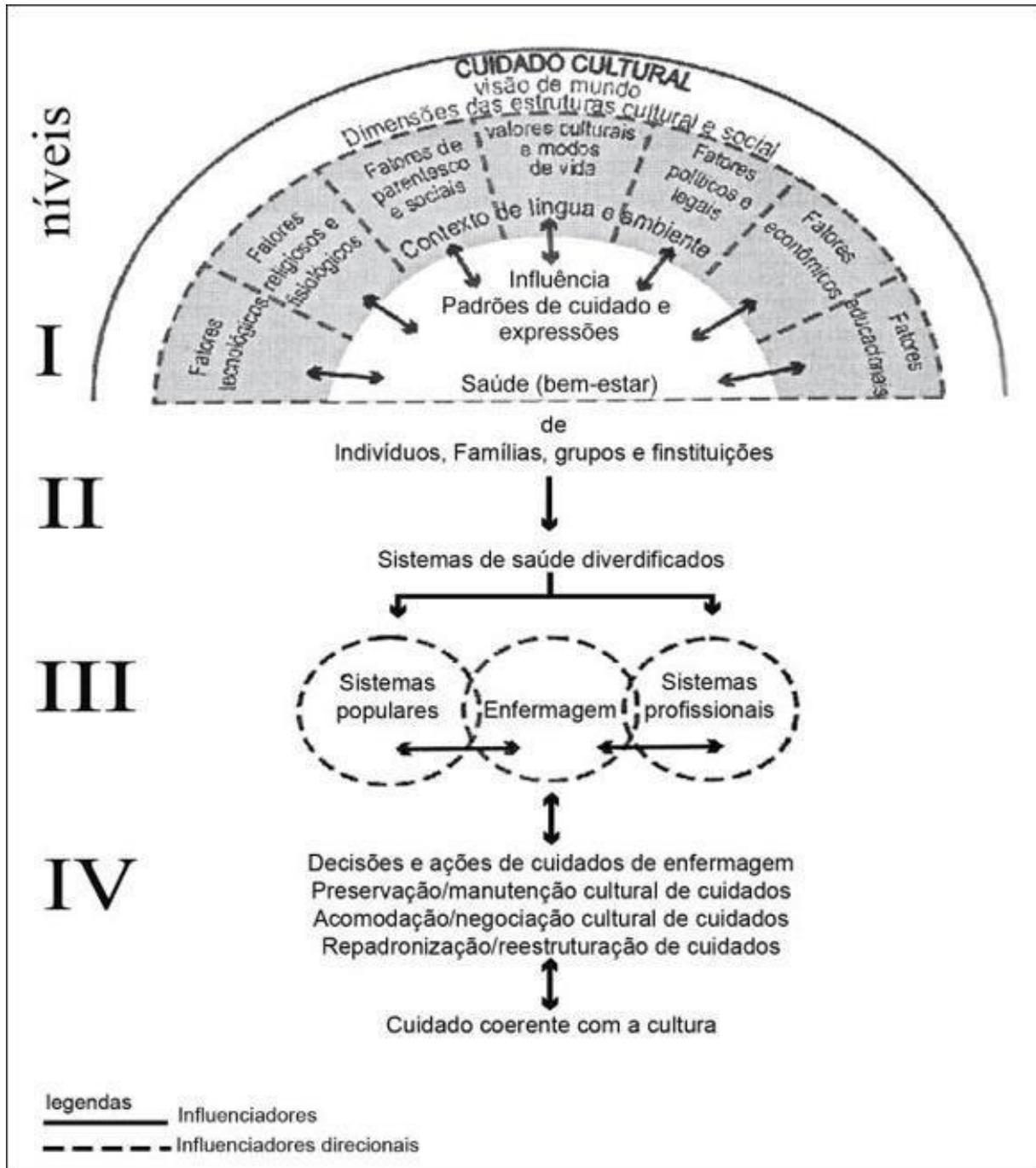
Ademais, além dos conceitos supracitados, a teoria desenvolvida por Leininger difunde uma grande variedade de suposições sobre o cuidado relacionado à cultura do indivíduo e muitos conceitos cujo entendimento é fundamental. Dentre eles, é possível destacar: cuidado, cultura, valores culturais, cuidado cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular e profissional de saúde, saúde, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado, repadronização cultural do cuidado. Para melhor entendimento do referencial teórico-metodológico proposto, alguns destes conceitos serão explanados a seguir por serem considerados significativos.

Na teoria, encontramos o modelo esquemático conhecido como Sunrise Model ou Modelo do Sol Nascente, desenvolvido por Leininger afim de representar a sua teoria. Segundo Leininger (1988) o modelo foi elaborado para figurar os componentes que integram a teoria, não se tratando da teoria propriamente dita e sim uma representação conceitual que possibilita o entendimento dos seus componentes e a sua influência no estado de saúde e cuidados do indivíduo, famílias, grupos e intuições socioculturais. Desta forma, possibilitando a enfermagem reconhecer as interferências que a cultura possui na vida do indivíduo e, de forma dinâmica, traçar um cuidado individualizado e coerente às suas necessidades e crenças.

O modelo mostra como é desenvolvido o cuidado cultural congruente por meio de ações e decisões que envolvem: preservação/negociação do cuidado cultural; acomodação/negociação do cuidado cultural; repadronização/reestruturação do cultural (LEININGER 1991b). Este modelo pode ser utilizado para orientação de estudos e pesquisas qualitativas com abordagem etnográfica, na perspectiva de explorar e descobrir a essência e o significado do cuidado (BONFIM et al., 2018).

Figura 1: Modelo Sunrise proposto por Leininger.

Fonte: Leininger (Leopardi, 1999)



Fonte: Leopardi, 1999.

Neste modelo, existem quatro níveis de abstração e análise do cuidado, para este estudo os dados foi visto a luz do primeiro nível. O nível I, sendo o nível de maior abstração, compreende o sistema social e a percepção do mundo. É neste nível que são obtidos dados acerca das estruturas sociais e culturais de cada indivíduo, assim possibilitando a aquisição de informações sobre sua religião, linguagem, educação, tecnologia, filosofia, contexto ambiental,

parentesco e etc. No nível II, o de menor abstração, são investigados os cuidados e a saúde, neste nível estão contidos os indivíduos, as famílias e suas culturas na perspectiva de um sistema de saúde na busca pela compreensão de seus significados e expressões, equivalendo-se a aplicação das informações obtidas no nível I. No Nível III são apresentados os sistemas de saúde presentes na sociedade, o sistema formal (profissional) e o sistema informal (folk), afim de determinar no que se aproximam e se distanciam. E o nível IV, representa as ações e decisões que serão tomadas pela enfermagem na promoção do cuidado, consoante a cultura do cliente.

Estudar os Itinerários Terapêuticos na perspectiva transcultural torna-se possível e necessário pelo desenvolvimento do método de pesquisa com estas características - a etnoenfermagem. Focalizando o estudo no indivíduo, correlacionando o cuidado a cultura e sua influência na saúde e bem-estar.

7 MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa norteado pelos pressupostos da etnografia. Para tanto, a coleta de dados ocorreu pela observação participante e entrevista.

O estudo descritivo é aquele que consente ao pesquisador observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem modificá-los, procurando conhecer características do comportamento humano como as relações sociais, políticas, econômicas tanto na coletivamente, da complexa vivência em comunidade, quanto individualmente (FELIPE, 2018;TAVARES, 2020).

A abordagem qualitativa será utilizada por permitir analisar e interpretar aspectos mais profundos, expondo a multiplicidade do comportamento humano possibilitando uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências comportamentais (MATOS, 2020).

7.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi produzido na Comunidade de Praia Grande, uma das onze comunidades existentes na Ilha de Maré, localizada na cidade de Salvador, no estado da Bahia. Esta foi selecionada como lócus de pesquisa por possuir em seu território uma Unidade Básica de Saúde, o que certamente influenciará no IT desta comunidade no enfrentamento da COVID- 19.

Com aproximadamente 2.500 Habitantes, Praia Grande sobressai como a mais extensa comunidade da Ilha de Maré e a segunda mais populosa, encontrando-se atrás de Santana (PREFEITURA DE SALVADOR, S.D.). Localizada a oeste da Ilha, tem vista privilegiada para Madre de Deus e a Ilha de Paramana. Ruas denominadas Cidade de Palha, Beco, Major, Caieira, Apicum e Tuíca (RODRIGUES, 2012).

No que diz respeito à infraestrutura, existem Instituições públicas de educação e saúde, da mesma forma que organizações comunitárias. Quanto à educação, os residentes da comunidade dispõem da Escola Municipal Ilha de Maré, fundada em 1992, com capacidade para 609 alunos, com oferta de vagas que vão da creche (limite de 3 anos de idade) até o Ensino Fundamental II (9º ano). Ademais, nos turnos matutino e vespertino é oferecida a Educação de Jovens e Adultos (EJA) (PREFEITURA DE SALVADOR, S.D.). Faz-se notório que apesar de ter sido fundada em 1992, a construção da escola no atual prédio data de 2016.

No que concerne à assistência à saúde, há na comunidade uma USF, integrada por uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem,

dentista, auxiliar de consultório odontológico e agentes comunitário de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2017) e que atualmente funciona 24 horas.

Existem na comunidade algumas organizações não governamentais (ONG), dentre as quais pode-se destacar duas: Sociedade dos Amigos de Praia Grande de Ilha de Maré e Adjacências e a Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré (ABECIM). Há também uma fábrica comunitária denominada SOMAR (SOMA de saberes; Som e Mar), sendo está construída pelo Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CRESCER-UFBA) no ano de 2010 e estando a serviço de toda população local para o desenvolvimento de economia sustentável fundamentada na reutilização de resíduos da Canabrava (abundante na região) para a criação de doces caseiros e confecção de placas acústicas (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (2018), a condição do saneamento ambiental na comunidade é responsabilidade da administração municipal de Salvador, evidenciando a negligência e ausência de assistência, contraposta a um retardo de desenvolvimento perante a capital baiana. Desta forma, encontram-se precariedades no que se refere ao abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais.

No que tange ao abastecimento de água, embora tenha sido implantado o serviço pela concessionária EMBASA em 1999, entende-se que tal ação não apresentou uma solução para a questão hídrica na ilha, permanecendo com uma distribuição inconsistente e irregular de água, posto que muitas regiões passam dias – e até mesmo semanas – sem serem abastecidas pela água da rede, que provém da adutora subaquática de Candeias, que recebe água da Barragem de Pedra do Cavalo (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Em se tratando do esgotamento sanitário, SIQUEIRA e colaboradores (2017) relatam que a ilha não dispõe de um sistema com esta finalidade, de maneira que a comunidade se utiliza de fossas sépticas rudimentares e valas a céu aberto para despejo dos dejetos excretados. Há também a ausência de um sistema de manejo das águas pluviais na ilha, de modo que as águas das chuvas se misturam aos esgotos expostos a céu aberto, contribuindo para a contaminação do solo, aparecimento de doenças de veiculação hídrica e contaminação das águas subterrâneas. À vista disso, agrava-se o processo de controle de vetores, já que a drenagem das águas pluviais é um dos métodos de controle de proliferação de mosquitos e de outros insetos, além de reduzir o contato da comunidade com águas infectadas com urina de ratos.

Considerando-se os aspectos supracitados acerca das comunidades que compõem a Ilha de Maré, Praia Grande foi selecionada como cenário para este estudo por se tratar do lócus de

estudo de diversas pesquisas do grupo CRESCER, o que possibilita e facilita uma maior aproximação com a comunidade.

7.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O público-alvo do estudo foram pessoas, adultas, independente do gênero, residentes da comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, que apresentaram sinais e sintomas sugestivos da Covid-19 ou tiveram diagnóstico confirmado.

Para detecção dos moradores foi utilizada a técnica Snowball ou bola de neve, onde a própria população nos indica e direciona a outras pessoas que atendam aos critérios de inclusão para composição da amostra da pesquisa (SCARPARO et al., 2012). Além da indicação de agentes comunitários de saúde (ACS), liderança comunitária e representantes das ONG). Além da indicação de agentes comunitários de saúde (ACS), liderança comunitária e representantes das ONG

Os critérios de inclusão a serem utilizados foram: ser habitantes de Praia Grande no momento da realização da pesquisa, ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados, não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal e ter apresentado algum sinal ou sintoma da covid-19. Como critério de participação: aceitar participar livremente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Desta forma, o universo de participantes foi composto por 26 pessoas, de ambos os sexos. Este número não foi delimitado previamente, de forma que as entrevistas foram realizadas até que se observasse repetição das respostas e consequente saturação teórica dos dados, tornando-os redundantes

7.4 COLETA DE DADOS

Antes de adentrar o campo para o início da coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas piloto por indicação da liderança comunitária da comunidade quilombola de Praia Grande. O estudo piloto foi conduzido com duas pessoas que se enquadraram nos critérios de inclusão, a fim de identificar a necessidade de ajustes no instrumento, o que não foi necessário. As entrevistas foram descartadas, duas perguntas foram reformuladas para fins de compreensão das perguntas feitas. Com o instrumento testado e reformulado, uma das pessoas que participou indicou outra pessoa que pudesse ser o “informante semente”.

Os dados foram coletados através do roteiro de entrevista estruturada contendo perguntas disparadoras (ANEXO B), utilizando de linguagem simples afim de identificar as percepções dos participantes sobre a Covid-19, medidas preventivas; reconhecimento dos sinais

e sintomas e tratamento. Foram também realizadas observações, conversas não formais e entrevistas não gravadas efetuando registros em diário de campo.

A pesquisa participativa ou dialógica permite além da coleta dos dados necessários, firmar um relacionamento afetivo entre entrevistador e entrevistado. Além disso, esse tipo de entrevista permite conhecer opiniões, críticas e sugestões do entrevistado (LEAL, 2018).

Para Lakatos e Marconi (2011) a entrevista semiestruturada, conhecida como assimétrica, antropológica ou livre, possibilita ao entrevistador a liberdade de desenvolver cada situação na direção considerada melhor, permitindo explorar mais amplamente a questão.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pelos participantes, gravadas por um gravador de voz digital (com consentimento prévio das mesmas) e tiveram duração média de vinte minutos. Posteriormente, as entrevistas passaram pelo processo de transcrição, onde foram mantidas a integridade das falas, sendo esta etapa realizada pelo pesquisador responsável e bolsistas do Grupo Crescer. No entanto, todas as transcrições foram rigorosamente revisadas pelo pesquisador. Após transcritas, as entrevistas foram codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E12, de forma a manter o anonimato e confidencialidade das participantes.

7.5 ANÁLISE DOS DADOS

Posteriormente a coleta de dados, foi realizada a análise dos mesmos na qual foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2011, p.44), a análise de conteúdo apresenta-se como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações [...]”, cujo objetivo desse processo é obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, “[...] indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44).

De acordo com a autora supracitada, o objetivo da análise de conteúdo é o trabalho com mensagens (conteúdos e expressões desse conteúdo), de modo que eles ressaltem os indicadores que irão permitir inferências sobre outra faceta que não a da mensagem. Ou seja, a análise de conteúdo pode vir a revelar aspectos do discurso que não saltam aos olhos à primeira vista (BARDIN, 2011). No entendimento de Severino (2007, p. 121), a análise de conteúdo

A análise de conteúdo articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores determinantes da sua característica: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1999).

A análise dos dados ocorreu em três etapas, sendo elas 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação.

Primeiramente, foi feita uma pré-análise, etapa na qual o pesquisador teve seu primeiro contato com os dados coletados, de forma a lê-los, analisá-los e transcrever as falas extraídas da entrevista.

Na segunda etapa da análise todo o material foi lido novamente, onde foram identificados os dados que apresentam similaridade e, a partir daí, foi feita a categorização dos dados, ou seja, a classificação e agrupamento dos mesmos de acordo com a sua similaridade em categorias temáticas.

Na última etapa dessa técnica de análise foi realizada a construção dos resultados, o que subsidiará a interpretação dos mesmos. As informações fornecidas pela análise foram condensadas e postas em relevo a partir de operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) (BARDIN, 2010).

Após definidas as categorias, foi realizada uma nova leitura das entrevistas, classificando os dados a partir de unidades de registro que foram agrupadas em temas a partir da identificação de similaridade nas falas dos entrevistados, o que possibilitou o agrupamento de acordo com suas semelhanças em subcategorias temáticas. Cada uma das subcategorias recebeu uma cor, que permitiu a sua identificação nas entrevistas, sinalizando-as em cores.

7.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo faz parte de um projeto guarda-chuva denominado “Estratégias de Enfrentamento da Pandemia Covid-19 em Comunidades Quilombolas”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e está de acordo com a resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia com CAAE 38461320.6.0000.5531.

Na coleta das informações foram considerados os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a obedecer às diretrizes e normas quanto à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, assegurando os direitos dos participantes da pesquisa.

Todos os participantes que colaboraram para esta pesquisa foram informados acerca dos objetivos e relevância desse estudo, podendo estes aceitar ou não participar da pesquisa. Foram esclarecidos acerca da sua participação, que ocorreu mediante a leitura e assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em conformidade com a Resolução supracitada.

Foram respeitadas normas sanitárias para prevenção do contágio e transmissão pelo vírus que provoca COVID -19. O grupo de pesquisadores usaram e forneceram máscara aos participantes, disponibilizarão álcool gel e mantiveram a distância de 1,5m durante as entrevistas. Aos participantes foi assegurado, também, o direito de desistir de sua participação a qualquer momento, podendo entrar em contato com os pesquisadores por telefone ou e-mail, que foram disponibilizados para os mesmos no TCLE.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiramente, os dados serão apresentados através da caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo. Em seguida, será dada voz aos atores sociais que concederam as entrevistas, apresentando o IT adotado pelos indivíduos da comunidade quando apresentados sinais e sintomas sugestivos da Covid-19.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Os dados foram coletados a partir da realização de entrevistas, entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, com um universo composto por 25 participantes, todos moradores da comunidade de Praia Grande/Ilha de Maré, que se encontravam no lócus de pesquisa no momento da coleta de dados e que corresponderam/atenderam aos critérios de inclusão determinados previamente, indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, residentes na Comunidade no período pandêmico e que tivessem apresentado sinais e sintomas da covid-19. Os critérios de exclusão para a pesquisa foram pessoas menores de 18 anos e que não fossem residentes da comunidade em estudo.

Os dados foram coletados a partir de duas estratégias: 1) questionário adaptado contendo perguntas sobre os aspectos socioeconômicos, culturais, saúde, escolaridade, gênero, tipos de ocupações, raça/cor, religião e renda e 2) Observação da realidade local.

Após aplicação do questionário, os dados foram digitados num banco de dados, processados e tabulados através do Google Forms, onde foram construídos gráficos e tabelas para análises descritivas.

Por fim, os procedimentos éticos em pesquisa foram observados com base nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde de n. 466/12 e n. 510/16, tendo todos os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia com CAAE 38461320.6.0000.5531.

As informações obtidas a partir da aplicação do questionário foram tabuladas e sua síntese encontra-se na Tabela I. Em seguida, serão apresentados e discutidos os dados.

Tabela 1- Perfil Socioeconômico e Cultural da Comunidade de Praia Grande/Salvador-BA, Brasil,2022.

| Variáveis | N | % |
|--------------------------------------------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Feminino | 19 | 76 |
| Masculino | 6 | 24 |
| Outro | - | - |
| Idade | | |
| 19-32 | 10 | 36 |
| 33-58 | 15 | 64 |
| 60 ou mais | - | - |
| Estado Civil | | |
| Solteiro(a) | 11 | 44 |
| Casada | 8 | 32 |
| União estável | 6 | 24 |
| Cor autorreferida | | |
| Preto | 17 | 68 |
| Pardo | 6 | 24 |
| Branco | 1 | 4 |
| Outro | 1 | 4 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental Incompleto | 7 | 28 |
| Fundamental Completo | 1 | 1 |
| Ensino Médio Incompleto | 5 | 20 |
| Ensino Médio Completo | 9 | 36 |
| Superior Incompleto | 1 | 4 |
| Superior Completo | 1 | 4 |
| Sem Escolaridade | - | - |
| Ocupação | | |
| Marisqueira | 8 | 32 |
| Pescador | 7 | 28 |
| Artesão | 1 | 4 |
| Dona de casa | 3 | 12 |
| Comerciante/Autônomo | 5 | 20 |
| Auxiliar de desenvolvimento Estudantil | 1 | 4 |
| Benefício do Governo (Bolsa família, auxílio pescado) | | |
| Sim | 1 | 64 |
| Não | 6 | 36 |
| Renda Familiar | | |

| | | |
|------------------------------|--------|----|
| Até ½ salário mínimo | 1 0 | 40 |
| Menos 1 Salário Mínimo | 8 | 32 |
| 1 ou 2 salários mínimos | 3 | 12 |
| 3 salários mínimos ou mais | 1 | 4 |
| Sem renda | 3 | 12 |
| Religião | | |
| Protestante | 11 | 44 |
| Católica | 4 | 16 |
| Testemunha de Jeová | 1 | 4 |
| Islã | 1 | 4 |
| Não Possui | 8 | 32 |
| Religiões de Matriz Africana | - | - |

* o salário mínimo na época da coleta de dados era de R\$ 1212,00.

A partir do formulário de coleta de dados sócio demográficos temos que, do total de participantes que apresentaram sintomas de Covid-19, 19,76% são do sexo feminino e seis (24%) do sexo masculino conforme disposto na Tabela I, essa variação está em acordo com os indicadores de Covid-19, apresentado pela Secretária Municipal de Saúde de Salvador/BA (SMS), que aponta que a maioria dos casos positivos (56%) são constituídos por mulheres (SMS, 2022).

Cabe salientar, que o maior interesse em participar da pesquisa, foi manifestado principalmente por indivíduos do sexo feminino, bem como demonstravam maior conhecimento sobre os cuidados adotados frente a sintomatologia da Covid- 19

De acordo com Torales; Vargas; Oliveira (2018), as mulheres, além de estarem mais presentes no âmbito doméstico, devido ao processo de socialização, desenvolvem habilidades perceptivas e técnicas intrínsecas ao mundo do cuidado familiar que permitem a elas maior capacidade de descrição dos acontecimentos do que os homens.

Para, Cardim (2012), Vilela et al. (2016), Brito et al (2011) e Budó (2018), este acontecimento está associado ao protagonismo da figura feminina no fornecimento dos cuidados em saúde e a responsabilidade social atribuída às mulheres pelo cuidado com a família, sendo está a principal e, muitas vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado no contexto familiar, emergindo assim como principal agente do cuidado.

Tais características demonstram modos de ser e atuar na sociedade e determinam os modos de interação e visão de mundo, das relações sociais, com o meio ambiente e com a sua própria existência. O “Cuidado” pode ser definido como as relações de centralidade dos modos de ser do homem e da mulher, assim como as formas de compreenderem a si mesmo e a seu

mundo, seus modos de agir e interagir (HEIDEGGER, 2005). Nós somos “cuidado”. É pelo cuidado que o ser humano se “humaniza”. É pelo cuidado que conseguimos compreender o ser humano (LACERDA, 2021).

Associado a isto, dialogam com os construtos históricos sociais oriundos da divisão do trabalho a partir do gênero e perpetuados pelo modelo de produção e acumulação de papéis sociais que posicionam a mulher nas tarefas relacionadas ao cuidado – seja da casa, dos filhos ou cuidados familiares, em tempo que os homens são direcionados às atividades associadas a força física (LACERDA, 2016).

Torales; Vargas; Oliveira (2018) corroboram com esta afirmativa ao acrescentarem que a construção cultural da mulher na sociedade está atrelada ao cuidado, considerado como uma responsabilidade inata ou natural, sendo a divisão de papéis por gênero fruto de um longo processo de socialização no qual às mulheres estiveram restritas às tarefas de mãe, esposa e cuidadora da família e do lar e este padrão cultural se mantém enraizado na maioria dos grupos sociais, apesar de todas as conquistas femininas do século XXI.

Diante deste contexto, podemos afirmar que a mulher tem um papel imprescindível para a compreensão dos itinerários terapêuticos individuais ou familiares em diferentes estratos sociais, principalmente em comunidades tradicionais onde o modelo patriarcal é dominante.

Pensar o cuidado para além da perspectiva associada ao senso comum, que é o conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento (AYRES, 2000), é uma prática constante no cotidiano das mulheres afro-brasileiras.

Refletir acerca da associação do cuidado à experiência da mulher nas relações humanas demanda a observação das dimensões envolvidas nessa relação. Para além da dimensão biológica, conotada ao associar a propensão ao cuidado à condição de geradora de vida, percebe-se a força da construção social desta associação. Nesse sentido, a compreensão do conceito de gênero assume papel relevante na análise dos papéis nos processos de cuidado.

Gênero, pode ser considerado como um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana. Scoot (1990) compreende gênero como “[...]um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos (e como) um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p. 15).

O entendimento da categoria gênero nos permite problematizar e questionar a ideia que associa as mulheres à vida e a natureza, naturalizando o papel delas como reprodutoras, cuidadoras e defensoras da vida. Faz-se necessário compreender que mulheres e homens são partes da natureza e que as relações que as mulheres têm com o meio ambiente estão

relacionadas aos papéis sociais de gênero construídos histórica e culturalmente (CRUZ, 2010).

Desta forma, pensar a formação civilizatória brasileira e a emancipação da mulher requer uma análise mais atenciosa sobre o papel da mulher negra ao longo da história. A mulher negra, desde o período da escravidão formulou estratégias de enfrentamento das adversidades impostas pelo sistema escravocrata, racista e patriarcal presente na sociedade brasileira.

Tais estratégias de resistência e sobrevivência econômica e cultural envolviam aspectos relativos ao cuidado com o outro. Desde a alimentação preparada pelas quituteiras, passando pelo cuidado de crianças como amas de leite, ou no cuidado da saúde física e espiritual promovido por benzedeiras, rezadeiras, parteiras e mães de santo.

Ruth Landes, antropóloga norte-americana, ao estudar o papel protagonista da mulher negra na sociedade baiana na análise do candomblé, quebrou com o pensamento hegemônico que atribuía à mulher apenas o lugar da subalternidade. Ela observou que as mulheres formavam o maior número de crentes, controlavam a administração econômica e o ritual das comunidades de terreiro. Além disso, são elas que ocupam as funções religiosas mais prestigiadas pela comunidade. São elas também que detém o poder e o reconhecimento comunitário para organizar e cuidar da vida dos adeptos e simpatizantes que frequentam o espaço sagrado dos terreiros de candomblé (CARNEIRO; CURY, 2008).

A importância de reconhecer as questões de gênero associadas ao cuidado cotidiano, se dá na medida que a estas e a estes sujeitos sociais se reconhece a relevância dos conhecimentos tradicionais e se apreende práticas de saúde coletivas as quais representam mais que expressões culturais do viver cotidiano.

Esse conjunto de saberes geralmente são aprendidos na família, mas ainda com maior frequência pelo lado materno, seja a avó, a mãe ou tia. A fonte desses conhecimentos aprendidos e repassados é variada, pois, trata-se de um conhecimento muito socializado.

As práticas de cuidado das mulheres negras benzedeiras que curam usando ervas e orações das mais diversas é muito antiga e se liga, no caso das comunidades quilombolas, a dois fenômenos. O primeiro é a transmissão oral dos conhecimentos, saberes particulares transmitidos de geração a geração. O segundo é a força da matriarcalidade. São as mulheres curadoras as cultivadoras ancestrais das ervas e das rezas que restituem a saúde. (ANJOS, 2006).

Além da dimensão de raça e gênero, alguns autores apontam a relação da classe social como fator propulsor do cuidado feminino. Observa-se que nas famílias das classes populares as mulheres assumem o papel de cuidadoras e buscam por melhores condições de saúde para família e comunidade, contribuindo também para a manutenção de redes de apoio social entre

o conjunto dos membros das comunidades. (VASCONCELOS, 1996; DIAS, 1991)

A divisão do trabalho nas comunidades tradicionais é bem demarcada pelas relações de gênero. Os homens geralmente desenvolvem atividades de pesca, agricultura familiar e atividades distantes de suas comunidades de origens (trabalho sazonais). As mulheres são mais envolvidas na gestão dos recursos locais, tais como hortas, roças e outros ambientes próximos as suas casas (VOEKS, 2004).

Compreender a importância da mulher afro-brasileira nas relações de cuidado também se torna essencial na medida em que a retira da posição de subalternidade e invisibilidade imposta pela sociedade para a posição de protagonistas e produtoras, seja de conhecimento teórico, científico ou prático nas relações de cuidado em saúde e conservação do ambiente.

No estudo de Costa et al (2018), realizado com o objetivo de identificar o IT e a sapiência de mulheres quilombolas na Paraíba, sobre cuidado em saúde, aponta que estas exercem o papel de cuidadora na maior parte dos casos. Também em um Corroborando com estes resultados, Marques (et al 2014) em estudo realizado na Paraíba, identifica que as mães foram apontadas como as principais cuidadoras da família na quase totalidade das famílias quilombolas participantes.

Segundo Basarglini (2011), os homens possuem maior dificuldade para participar de pesquisas de saúde por considerar o adoecimento como incompatível com a identidade masculina. No entanto, esta característica do “ethos masculino”, não foi um empecilho para a realização do estudo em questão, mas contribuiu para a compreensão das diferenças de gênero no que tange ao gerenciamento da doença e suas complicações.

Em relação à situação conjugal, 8 participantes (32%) se declararam casadas ou em uma relação estável, 6 (24%) afirmaram morar junto com seu parceiro(a) e 11 (44%) afirmaram estarem solteiros(as). Sendo que a idade dos participantes da pesquisa variou entre 19 e 58 anos. Cabe salientar que, segundo a SMS de saúde, a maior incidência de casos de Covid- 19, por faixa etária encontra-se no intervalo de 30 a 49 anos.

Quanto à variável raça/cor, no momento do questionamento 17 (68%) se autodeclararam preto, 6 (24%) se autodeclararam pardos. Desta maneira, a maioria das informantes 23 (92%) referiu ser da raça negra. Dado esperado considerando que a pesquisa foi realizada em uma comunidade quilombola

Faz-se necessário pontuar que no formulário de coleta de dados, para o item classificação racial, foram utilizadas as categorias atualmente empregadas pelo IBGE (2021), que distingue as variedades pela característica “raça/cor da pele” e “etnia”: branca, preta, amarela, parda e indígena. Ao serem indagadas acerca de sua raça/cor, a maioria das

participantes se declarou pertencerem a raça negra, aspecto que também sobressai no estudo realizado por Silva (2007) em comunidade quilombola paraibana.

De acordo com Oliveira (2004) a identidade racial/étnica diz respeito ao sentimento de pertencimento de um grupo racial ou étnico, resultante de construção social, cultural e política.

Esta prevalência é explicada pelo fato de os remanescentes de quilombos serem geralmente remanescentes de africanos. A partir de uma análise histórico/social, Abdias do Nascimento (1980) concebe o quilombo, muito mais que espaço de agrupamento de escravizados em fuga, mas como um autêntico movimento, amplo e permanente, ou seja, uma práxis afro-brasileira que ele denominou “Quilombismo”.

Os quilombos são territórios de resistência cultural, nos quais os descendentes de ex-escravizados expressam sua identidade territorial através das mais diversas manifestações culturais (língua, religião, uso de ervas medicinais, etc.). Representa uma esperança de vida digna e reterritorialização de um povo que foi expropriado do seu direito à terra em contraponto ao modelo capitalista e a padrões de organização da sociedade atual (PADILHA; NASCIMENTO, 2013).

A questão quilombola no Brasil perpassa uma história de lutas por reconhecimento dos elementos étnicos, indenitários e territoriais. Ultrapassa a perspectiva privatista de propriedade, ao assumir o quilombo como território de perpetuação dos elementos da ancestralidade negra.

Velten *et al* (2013) corroboram com esta ideia ao concluírem em seu estudo, realizado em quatro comunidades quilombolas do estado do Espírito Santo, que a maioria da amostra é de cor preta e os demais são de cor parda, devido ao fato de as comunidades quilombolas serem formadas por descendentes de escravos negros. Neste contexto, outros trabalhos realizados em comunidades quilombolas apontaram para a predominância de indivíduos de raça negra nestas comunidades, a exemplo dos de Bezerra *et al* (2014), Barroso *et al* (2014), Silva *et al* (2010) e Andrade *et al* (2011).

Apesar de a Constituição Federal assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, é evidente que homens e mulheres negros, indígenas, quilombolas e brancos ocupam espaços desiguais e trazem consigo experiências desiguais de nascer viver e adoecer (LOPES, 2019). Tais desigualdades, para além de produzirem diferenças simbólicas e culturais, promovem iniquidades em saúde, considerando que as condições de vida: emprego, moradia, renda modificam a forma como é feito o gerenciamento da doença, implicando em maiores ou menores complicações.

Com relação à escolaridade, esta variável atrai a atenção para o fato de que a maioria dos entrevistados (36%) possui ensino médio completo, 7 (28%) possui o ensino fundamental incompleto, 5 (20%) possui o ensino médio incompleto, 2 (8%) possui o ensino fundamental completo, 1 (4%) possui ensino superior incompleto e 1 (4%) possui o ensino superior completo.

Na raiz das disparidades raciais em saúde estão o status socioeconômico, que influencia diretamente os determinantes sociais (estilo de vida, renda, trabalho, educação, moradia, etc), o acesso e a qualidade da atenção à saúde (LACERDA, 2020).

Estes números evidenciam as dificuldades de acesso desta população à Educação, especialmente à superior, alertando para a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de incentivo à escolarização. Ademais, os baixos valores relacionados ao ensino médio e superior refletem a escassez de serviços considerados como necessários ao crescimento comunitário, a exemplo de instituições de ensino na ilha.

Na comunidade quilombola em estudo, a população de aproximadamente 2.500 habitantes, conta apenas com uma escola, restrita à educação fundamental. O que ocasiona que seus moradores necessitem se deslocar diariamente pelo mar, enfrentando as adversidades climáticas, para obterem acesso à educação de nível médio e superior, tornando a experiência de escolarização, uma função extremamente cansativa e acentuando as dificuldades ascensão social e econômica da população em questão. Isto porque, a baixa escolaridade tem reflexos negativos em todos os âmbitos da vida do indivíduo como: posição ocupada na sociedade, trabalho, renda e número de filhos.

O baixo nível instrucional de remanescentes de quilombos foi destacado também por outros autores, demonstrando a precariedade destas comunidades no que se refere à Educação. Neste contexto, os resultados aqui apresentados se assemelham aos achados de Bezerra et al (2014), no qual 72,3% da amostra tinham apenas até quatro anos completos de estudo; os de Silva et al (2008), que identificaram alto nível de analfabetismo não funcional entre os quilombolas, correspondente a 31,8%; e os de Cunha et al (2013) que revelou que nas comunidades quilombolas, além de haver um alto índice de analfabetismo entre os chefes de família, nenhum deles possuía o ensino médio.

Para Durkheim, a educação tem um papel homogeneizador pois “não há povo em que não exista certo número de ideias, de sentimentos e de práticas que a educação deve inculcar a todas as crianças, indistintamente, seja qual for a categoria social a que pertençam”. (Durkheim, 2012, p.50). É a educação que garante a transmissão das aptidões para a vida em sociedade. Dessa forma, a educação tem um papel central na construção das territorialidades quilombolas.

Desta maneira, os dados referentes à escolaridade configuram-se como de grande relevância na discussão da temática IT, visto que, conforme destacam Aquino et al (2017), além de causar desinformação, a baixa instrução é fator condicionante de menor interesse pelos cuidados com a saúde ou de maior dificuldade para acessar estes serviços. No que concerne a Covid-19 (uma patologia nova e que vem tendo suas especificidades reveladas de forma gradual) estes aspectos têm efeito importante no IT adotado e no prognóstico individual e familiar.

No que se refere à ocupação dos participantes, foram identificadas práticas laborais que não requer necessariamente formação escolar em nível médio ou superior, como por exemplo: marisqueiras, pescadores, vendedores de acarajé e etc. como é possível visualizar na tabela 1.

Na comunidade em estudo, A economia encontra-se centrada, principalmente na pesca, mariscagem, artesanato e agricultura familiar, bem como a renda oriunda dos beneficiários dos programas sociais e travessias marítimas. As ruas da comunidade não são pavimentadas e não possuem saneamento básico, mas as residências são de alvenaria, com energia elétrica e água encanada. (LACERDA; MENDES, 2018).

Este resultado se assemelha a outros, a exemplo do estudo de Silva *et al* (2008) realizado em seis comunidades quilombolas do estado do Pará que demonstrou que as categorias profissionais mais frequentes naquelas comunidades se referem a empregos informais, tendo se destacado a pesca, atividades domésticas e agricultura. Segundo estes autores, o emprego formal, representado pela assinatura da carteira de trabalho, esteve presente em menos de 1% da população acima de 18 anos de idade.

De maneira geral, a atividade profissional está diretamente relacionada ao nível de instrução e este à renda. Neste sentido, a predominância de ocupações de baixa qualificação é resultante da baixa escolaridade identificada na comunidade de Praia Grande e tem seus efeitos no faturamento da população, fazendo com que a renda per capita seja discreta, com impacto direto na qualidade de vida e saúde da população.

O alto percentual de marisqueiras entre as participantes deste estudo está relacionado ao fato de a maioria das entrevistadas ser do sexo feminino, acentuando a existência da divisão de trabalho por gênero, pois, conforme evidenciam Moura et al (2008b), embora esta atividade possa ser desempenhada por indivíduos de ambos os sexos, em Ilha de Maré, mesmo quando mariscam, os homens não admitem ser chamados de marisqueiros, preferindo a designação de pescador, já que a atividade de pesca, neste local, é historicamente e culturalmente designada ao sexo masculino.

Figueiredo e Prost (2010) corrobora com esta assertiva ao confirmarem a existência de

uma divisão social de trabalho por gênero em comunidades pesqueiras, nas quais a mariscagem é uma atividade predominantemente feminina que possibilita à mulher o exercício da pesca, e não a distância dos afazeres domésticos (cuidar dos filhos, da roupa, da cozinha).

Ademais, esta predominância laboral, da pesca e mariscagem é justificada por se tratar de uma comunidade litorânea, onde, a extração dos frutos do mar são em grande escala, utilizados para o sustento das famílias e comercialização, permitindo aos moradores a extração de recursos do ambiente natural de forma sustentável para compor a dieta da família e complementar a renda.

A vulnerabilidade socioeconômica em que vivem as comunidades quilombolas na Bahia, assim como nos demais estados do Brasil, é uma realidade. No que concerne à renda, observa-se, entre os participantes do estudo que a renda familiar variou entre indivíduos que não possuem renda mensal fixa 4 (16%), e os que possuem renda mensal fixa (21 %), sendo que destes de até 1/2 salário mínimo 10 (42%), os que possuem renda de até 1 salário mínimo 8 (32%), 2 (8%) até 2 salários mínimos e apenas 1 (4%) que possui renda acima de 2 salários.

De acordo com os parâmetros da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) que estabelece a classificação de grupos a partir da renda, aponta sete estratos sociais, os quais: extremamente pobre (até R\$ 81); pobre, mas não extremamente pobre (até R\$ 162); vulnerável (até R\$ 291); baixa classe média (até R\$ 441); média classe média (até R\$ 641); alta classe média (até R\$ 1.019); baixa classe alta (até R\$ 2.480); e alta classe alta (acima de R\$ 2.480) (SAE, 2013). De acordo com estes parâmetros supracitados, a comunidade em estudo é englobada na classificação de grupo vulnerável, destacando o baixo nível socioeconômico destes indivíduos e baixo índice de desenvolvimento humano municipal renda (IDHM).

Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013a) no IDH, os recursos necessários para garantir um padrão de vida com acesso a necessidades básicas (a exemplo de água, alimento e moradia) é medido a partir da renda mensal per capita. O IDH baixo corresponde à renda per capita aproximadamente entre R\$180 e R\$333; o médio, entre R\$333 e R\$618; e o alto, entre R\$624 e R\$1157 (PNUD, 2013a), o que situa a comunidade em estudo no IDHM baixo.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com os achados de outros autores, a exemplo de Bezerra et al (2014) no qual a renda familiar per capita de mais da metade da população quilombola foi de até ¼ do salário mínimo (à época = R\$ 545,00); e o de Silva et al (2010), no qual a mediana de renda declarada correspondeu a R\$ 200,00 (à época, o salário mínimo era de R\$ 380,00).

A variável religião, é fundamental na investigação do IT no contexto das comunidades quilombolas, considerando que o somatório de crenças e saberes originados das religiões de matriz africana e religiões baseadas no cristianismo (catolicismo e religiões evangélicas), impactam na gênese do conhecimento tradicional, que por sua vez impacta na trajetória por busca de cuidados.

Em relação às religiões de matriz africana, estas possuem vasto potencial simbólico, grande complexidade ritual e mítica, ligada ao universo sagrado da música, dança e outras técnicas corporais, que guarda segredos relativos ao uso de plantas e ervas medicinais e cuja tradição oral preserva um conjunto de crenças, símbolos e práticas (MOTA; TRAD, 2011).

Os saberes e práticas das comunidades quilombolas, refletem aprendizados ancestrais inscritos em suas memórias sociais, organizados de um modo próprio e com fundamentos da dimensão afetiva e espiritual do cuidado. “As folhas do mato” são compreendidas como remédios, que por seu potencial individual ou combinado, a partir de uma posologia específica, tem ação de tratamento frente às doenças/ sintomas identificados.

Todo esse referencial herdado das milenares culturas africanas foi ressignificado no solo brasileiro, porém com união da tradição com influências de outras culturas europeias e indígenas. As práticas medicinais originárias de algumas regiões do mundo negro africano integram, em seus múltiplos aspectos, a um sincretismo religioso no Brasil e, os seus reflexos se estendem ao longo dos tempos nas comunidades quilombolas e outras, de base civilizatória Africana (VIDAL, 2012)

O papel das religiões de matriz africanas e afro-brasileiras na preservação do cuidado ancestral e na promoção de saúde continua extremamente presente na vida de muitos afro-brasileiros. O candomblé oferece serviços de cuidado, atua na promoção da saúde e se constitui como rede de apoio social, acolhendo e sendo muitas vezes único território de cuidados acessível para muitas pessoas.

No tocante ao fenômeno saúde/doença, atualmente, muitos estudiosos acreditam que não se pode separar as noções e práticas de saúde dos outros aspectos da cultura dos indivíduos. O modelo biomédico, apesar de possuir ainda muitos adeptos, atua lado a lado com um sistema cultural de saúde que inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina (LANGDON; WIIK, 2010), como por exemplo, benzedeiras, curandeiros, xamãs, pajés, pastores, padres, pais de santo, dentre outros, cujas terapêuticas de cura são produtos de variados tipos de bricolagem que têm raízes em práticas milenares de diferentes tradições filosóficas, teóricas, mágicas e de misticismo (MAUÉS, 2009, p. 125).

Apesar da inegável associação entre as religiões de matriz africana e o cotidiano de

comunidades quilombolas, evidenciada por muitos autores, a exemplo de Campos (2012), Silva e Melo (2011) e Rabinovich (2008), os resultados auferidos neste estudo apontaram a predominância da religião evangélica entre as entrevistadas N= 11 (44%), seguida da católica N= 4 (16%), 1 Testemunha de Jeová, 1 de religião islâmica e 8 (32%) informaram não possuir nenhuma religião. Desta forma, nenhum dos entrevistados informou pertencer a religião de matriz africana, apesar de haver na comunidade em estudo, dois terreiros de Candomblé. Entretanto no cotidiano de cuidado à saúde, evidenciam práticas semelhantes às utilizadas no candomblé

Silva e Melo (2011), ao tratarem deste assunto, afirmam que o candomblé foi (e muitas vezes ainda é) mal visto pela sociedade e, especialmente, pela igreja católica, que refere serem as práticas da umbanda pecaminosas e desrespeitosas a Deus. Atualmente esta discriminação religiosa é praticada principalmente pelos evangélicos.

Rodrigues (2011) acrescenta que a adesão a práticas tradicionais de matriz africana, aliada à medicina popular, faz parte da memória coletiva e do cotidiano dos moradores mais antigos de Praia Grande. Cabe salientar que nesta comunidade existem 8 templos evangélicos, uma Igreja Católica e dois terreiros de Candomblé.

É importante o reconhecimento das práticas curativas tecidas nas comunidades quilombolas, “considerando a complexidade histórica, social, cultural, étnica e política da construção de seus modos de viver” (Rezende, 2015). Dessa forma, é necessária a compreensão dessas comunidades a partir da luta política e social, inseridas no contexto de um país que ainda precisa reconhecê-las como história viva e valiosa, criando políticas e práticas de saúde que atendam suas necessidades, com base no atendimento integral e por meio da aceitabilidade de sua cultura e práticas cotidianas.

É notório e amplamente reconhecido a influência sociocultural sobre as diferentes e diversas concepções existentes sobre o processo saúde-doença. A compreensão da vivência dos fenômenos da saúde e doença em um determinado grupo social representa uma das formas de apreensão do modo de vida desse grupo.

No que concerne à configuração familiar, a maioria dos participantes 13 (52%) informaram residir com mais de 4 pessoas, 7 (28%) residem com mais 3 pessoas em casa e apenas 5 (20%) residem com apenas mais duas.

Quando questionados acerca da existência de algum problema de saúde já diagnosticado que se caracterize como fator de risco para a covid-19, a maioria dos entrevistados 21 (84%) informaram não possuir nenhuma doença de base e apenas 4 (16%) responderam sim. Dentre as patologias mencionadas é possível destacar a Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes

Mellitus (DM) e Doença cardíaca.

É consenso na literatura científica a existência de doenças de maior prevalência na população negra “em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade: anemia falciforme; doença hipertensiva específica da gravidez; hipertensão arterial; diabetes mellitus”, dentre outras. (CUNHA, 2012, p. 30).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 21,4%. A prevalência de hipertensão arterial para brancos foi de 22,1%, para pretos 24,2% e pardos 20,0% (PNS, 2013). A prevalência de diabetes mellitus autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 6,2%. A prevalência de diabetes mellitus para brancos foi de 6,7%, para pretos 7,2% e pardos 5,5% (PNS, 2013).

Os principais impactos e danos socioambientais decorrentes dos conflitos envolvendo comunidades tradicionais estão relacionados a alterações no regime tradicional de uso e ocupação do território, poluição dos recursos hídricos e falta/irregularidade na demarcação do território tradicional. Esses danos estão diretamente relacionados a outros danos e riscos à saúde. A deterioração da qualidade de vida, aumento da prevalência de doenças crônicas ou não transmissíveis, violências e insegurança alimentar são alguns dos principais impactos sobre a saúde das populações afetadas.

A indagação acerca da existência de problemas prévios de saúde é importante nesta investigação porque estes podem configurar-se como a causa do agravo caracterizado...

Os desdobramentos da pandemia da Covid-19 numa sociedade estruturada pelo racismo penalizam grupos vulneráveis, especialmente entre pessoas negras, está diretamente relacionado à policrise sanitária, social, política, econômica, moral, crise na globalização e os fluxos migratórios etc. Essa conjuntura influencia e direciona as decisões políticas e a elaboração de estratégias de proteção social, como políticas públicas na área social e da saúde.

Através da caracterização sociodemográfica dos participantes é possível demonstrar a vulnerabilidade social e prioridades socioeconômicas e sanitárias da comunidade de Praia Grande, possibilitando refletir acerca das dificuldades de acesso a condições dignas de vida e saúde desta e também de muitas outras comunidades quilombolas espalhadas pelo país, alertando para a invisibilidade destes indivíduos junto ao poder público, para a desigualdade social vivenciada nos quilombos e conseqüentemente para a necessidade de efetivação de políticas públicas e de saúde que proporcionem qualidade de vida e saúde a estas pessoas.

8.2 COMPREENDENDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19

A partir da análise dos discursos, diversas facetas do fenômeno foram desveladas, emergindo as seguintes categorias temáticas: A doença (des)conhecida - onde são abordados os conhecimentos sobre a Covid-19, Itinerário de Quilombolas aos sintomas gripais, Informações sobre a Covid-19 e suas percepções, Cuidados e ações com a família e comunidade, O retorno a rotina e Sintomas apresentados. As categorias deram origem a subcategorias temáticas, que tiveram suas falas agrupadas a partir da similaridade das mesmas, como é possível visualizar no quadro 1.

Quadro 1- Categorias e Subcategorias temáticas

| CATEGORIAS TEMÁTICAS | SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 A DOENÇA (DES)CONHECIDA | Como transmite |
| | Como prevenir |
| | Conhecimento Sobre os sintomas da Covid-19 |
| | Importância de fazer o teste para a covid-19 |
| 2 ITINERÁRIO DE QUILOMBOLAS AOS SINTOMAS DA COVID-19 | Tratamento caseiros utilizados |
| | Automedicação |
| | Instituições procuradas |
| | Cuidados indicados pelas instituições procuradas |
| 3 INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 E SUAS REPERCURSSÕES | Acesso Sobre Informações |
| | Orientações recebidas (Tv e Posto) |
| | Percepção sobre as informações recebidas |
| | Orientações/informações repassadas |
| | Impacto das informações |
| | Utilização das informações no cotidiano |
| | Impacto da pandemia na FAMÍLIA |
| | Impactos da pandemia na vida das crianças: |
| | Impacto da Pandemia na Comunidade |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 4 REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 PARA AS FAMILIAS QUILOMBOLAS | Apoio comunitário e por parte de instituições públicas |
| | Angústias, medos e receios |
| | Sentimento ao saber que estava contaminado/infectado |

8.2.1 A doença (des) conhecida

Nesta categoria buscou-se identificar o que a comunidade quilombola desenvolveu enquanto conhecimento empírico sobre a covid-19, o que possibilitou a formação de 4 subcategorias: a) aspectos relacionados à transmissão do patógeno, b) a prevenção c) os conhecimentos acerca dos sintomas da covid-19 e d) o reconhecimento da importância em realizar o teste.

Para Freire (2004) os saberes envolvidos na reflexão sobre os processos de saúde e doença, faz-se necessário promover tanto a valorização do conhecimento científico como o saber oriundo das experiências dos sujeitos envolvidos nas relações. Saberes esses que, em nenhum momento, podem ser vistos como inferiores ou de menor valor, mas, pelo contrário, os saberes provenientes da cultura, do dia a dia, dos seres humanos são fundamentais para a ação no contexto freiriano. Enquanto que reflexão, acontece no momento em que esses sujeitos empoderados pelo conhecimento intelectual, científico, refletem criticamente sobre a realidade.

Neste contexto, a educação para Freire requer como condição indispensável uma relação dialética entre as práticas sociais e o conhecimento, de tal maneira que os sujeitos assumam uma postura crítica e criativa frente ao mundo do qual fazem parte, no intuito de que sejam capazes de se perceberem como sujeitos capacitados a escolhas e decisões.

O conhecimento necessita ser construído a partir do contexto e, sobretudo, com o propósito de nele efetivar modificações que venham a qualificar os seres humanos. Por meio do conhecimento, torna-se possível compreender qual é a concepção de mundo que sustenta a vida dos diferentes grupos sociais e como essa concepção é elaborada e difundida, tornando-se uma concepção hegemônica.

Para Freire, a pedagogia crítica requer uma séria e profunda análise do contexto social, presume uma organização de conhecimentos que se cruzam e dialogam com as condições das populações, de modo especial as populações pobres. Também sugere que sejam incorporados os saberes, as significações do povo, reveladas através da palavra e estabelecida no espaço social que ocupa na rede de relações maiores, de maneira crítica, jamais reificado. Os participantes do estudo, percebem a Covid- 19 como uma doença perigosa e contagiosa:

É uma doença muito perigosa, principalmente para quem já tem algum problema de saúde, tipo hipertensão, diabetes, quem é fumante. E que a gente precisa se cuidar, né? **(E8)**

Ou seja, não desconhecem os efeitos das comorbidades como potencializador para o desencadeamento e agravamento dos sintomas da covid-19. Para muitos participantes, a velocidade e o potencial de contaminação do vírus é um dos fatores de maior preocupação:

Vi que é um vírus muito perigoso, contaminação rápida, vai dá pneumonia, toma os pulmões e vai entrando. **(E10)**

Os potenciais de risco e gravidade também foram mencionados pelos entrevistados. Para alguns quando a infecção vem acompanhada de alguma infecção respiratória ou alguma patologia crônica de base, os efeitos da doença são caracterizados como mais grave:

E ela (a doença, quando ela pega a pessoa levemente, beleza. Mas quando ela vem com alguma infecção, principalmente respiratória, que ela atinge o pulmão, é complicado de tratar. Porque é um vírus que sai comendo tudo por dentro, né. Principalmente a parte respiratória **(E24)**

A veiculação de notícias sobre a pandemia de Covid-19 acompanhou em intensidade e magnitude a escalada da propagação do novo vírus Sars-CoV-2. No mundo hiper conectado em tempo real, o conhecimento de especialistas e instituições dos campos da ciência e da saúde circulam nas plataformas digitais e são veiculados na mídia televisiva e jornalística, em paralelo a opiniões de indivíduos baseadas em suas experiências pessoais e profissionais.

Devido ao seu desconhecimento inicial pelo meio científico, por se tratar de um vírus novo para todo o mundo, acerca do seu tratamento e medidas de controle, as ações preventivas foram muitas vezes exacerbadas, pela mídia. No entanto, o entendimento da pandemia não ocorre de forma linear e homogênea, pois é modulado por diferentes contextos e pela linguagem.

8.2.2 Como transmite?

Em relação a transmissão, a maioria dos entrevistados entendem que a doença é transmitida pelo contato físico e pelo ar.

A gente sabe que a transmissão dela é... é via... é viral, né? A gente sabe - pela respiração, pelo contato físico, mãos, objetos, a gente sabe que a gente pode se contaminar, né? **(E7)**

Eu sei que ela transmite pelo... pelo ar ou pelo toque. **(E3).**

Pega pelo ar né, pela... através da... da... como fala? (entrevistado começa a gesticular) Tosse, da tosse, do... que sai da boca quando a gente fala. O espirro também né... as gotículas de quando a gente fala, é o que eu vejo falar aí..., (E2)

Esses conhecimentos sobre as medidas de transmissão, poderiam ter contribuído positivamente para a utilização de medidas de controle, durante a pandemia na comunidade em estudo. Entretanto foi percebido que poucos utilizaram as medidas de prevenção e se mantiveram em sua rotina normal, ou seja, andavam livremente pelas ruelas, se aglomeravam em bares e nas próprias residências.

Estes comportamentos continuaram mesmo após as diferentes campanhas de prevenção das covid-19, as quais exploravam a importância da lavagem das mãos, da etiqueta respiratória, dentre outras. no entanto uma ganhou muito destaque, sendo incluída nas propagandas televisivas e nas redes sociais, uma frase que dizia: “Fique em casa”, relacionada à estratégia das autoridades civis e sanitárias quanto ao isolamento social, como medida de desacelerar a transmissão do SARS-CoV-2.

Mas quem pode “Ficar em Casa” ... e que “tipo de Casa”, ou seja, quais as condições estruturais e ambientais necessárias para a proteção do vírus.

Assim, prevaleceu a orientação para que as pessoas doentes ficassem isoladas, e as pessoas do grupo de risco evitassem a exposição, como também os cidadãos de forma geral, evitassem sair de casa, limitando seu deslocamento apenas para situações essenciais (BASCH CH, et al., 2020; LOHINIVA AL, et al., 2020; HUA J e SHAW R, 2020; XU C, et al.,2020; FERIOLI M, et al.,2020; CHOW N, et al., 2020). Poucos foram os entrevistados que referiram não saber sobre a transmissão da doença:

Eu não sei nada sobre esse negócio de COVID, não sei como é que pega, não sei como transmite, não sei nada. (E1)

Eu não, eu não sei nada sobre a covid, porque eu não paro para assistir não... porque eu não gosto. (E22)

A ausência de conhecimento acerca do processo de transmissão da doença também se caracteriza como um dado relevante, pois estas pessoas certamente terão mais dificuldade de utilizar as medidas de controle. Este desconhecimento pode estar diretamente relacionado, com a baixa escolaridade, a falta de acesso aos meios de comunicação e aos serviços de saúde.

Apesar da maioria dos entrevistados afirmarem que a COVI 19 é uma doença transmissível, algumas pessoas que pegaram a doença, não compreendem como se dá o contágio, o que contribui para a criação de mitos:

Quem sabe? Eu só sei que eu tava boa, quando eu acordei já tava ruim. Como foi que eu peguei, só Jesus sabe que eu mesmo não sei. **(E5)**

Pelo vento. Para mim é porque... dormi boa, acordei ruim. **(E5)**

As pessoas que relatam desconhecerem como adoeceram, não associam o contágio da doença com as práticas preventivas que não foram adotadas e sim com os fenômenos espirituais e da natureza, originando tabus e proposições errôneas:

A gente nem sabe como é que pega, viu? Que a gente bota a máscara, passa o álcool, chega num... num... na cidade dá uma fome, tem que entrar num restaurante, uma muvuca, aí a gente pega ali, entendeu? Quando a gente pega a gente não sabe. O meu mesmo, me protegi tanto, era lavar as mãos, andar todo equipado, tudo, peguei. Então quando ela vem, ela não diz de onde ela vem, entendeu? Né isso? É. **(E12)**

8.2.3 Medidas de proteção e controle utilizadas (prevenção)

Apesar dos participantes terem mencionado o uso de máscaras, álcool gel e distanciamento, como apontam falas a seguir:

É máscara, álcool gel, e dis-tan-cia-men-to, e não aglomerar muito. **(E10)**

Eu usei bastante álcool em gel... eh, ficava lavando minhas mãos diariamente com água e sabão, usava máscara, para sair usava máscara. Isso aí. Se eu ficasse dentro de casa, eu lavava a mão com água e sabão que eu acho mais... eu acho mais protetor, mas para sair que eu usava o álcool em gel que nem todo lugar não ia ter água e sabão. **(E3)**

Entretanto, na observação participante, durante as visitas técnicas do pesquisador à comunidade em estudo, não foi identificado a utilização das medidas protetivas mencionadas.

Tal comportado se dá, pois, na comunidade em estudo, as pessoas convivem cotidianamente com a carência da distribuição da água encanada, saneamento básico e falta de estrutura da maior parte das residências, ou seja, casas pequenas, que abrigam um número grande de pessoas, o que impossibilita medidas de isolamento e distanciamento social.

As condições precárias de moradia e saneamento básico, incluindo domicílios superlotados e dificuldades para acesso sistemático à água potável, tendem a prejudicar a

adoção das medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias para conter a rápida escalada do contágio pelo novo coronavírus (Werneck & Carvalho, 2020). Nesse contexto, torna-se complexa a realização de alguns cuidados individuais e coletivos, como higienização das mãos, distanciamento social e isolamento domiciliar de casos confirmados ou suspeitos (Noal, Passos & Freitas, 2020).

Comparar situação de precariedade com outras comunidades quilombolas/ falta de cuidado do poder público com estas populações. Esta realidade vai de encontro às medidas de prevenção preconizadas pelas organizações de saúde.

(Eu me previno) usando máscara quando eu tô...com muitas pessoas. Porém aqui, ninguém usa. (E19)

As ações de prevenção recomendadas pelas autoridades de saúde, no contexto da pandemia do novo coronavírus, são difíceis de serem realizadas em muitas comunidades quilombolas, considerando as precárias condições de vida, que impactam negativamente em suas condições de saúde. Como exemplo, podemos citar: a distribuição deficitária de água encanada onde apenas 15% dos domicílios têm acesso à rede pública de água (Pinto et al., 2014), a fragilidade nas políticas de saúde em quilombos e o maior risco de incidência de situações de insegurança alimentar nos mesmos.

Quando analisados, os dados de saneamento básico nas comunidades quilombolas, evidenciam que mais de 70% das comunidades quilombolas têm condições precárias de saneamento, como valas a céu aberto e fossas rudimentares. Pesquisas indicam, ainda, que 75% desta população vive em situação de extrema pobreza. Esta realidade tem sido denunciada constantemente pelo movimento quilombola, mas foi no período pandêmico que esta narrativa ganhou força, pelo risco de agravamento do quadro de iniquidade.

Os desafios enfrentados na implementação das políticas públicas para as comunidades quilombolas e para a população negra tem outros pontos que demandam atenção. Em estudo realizado pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC), há um detalhamento de como nos últimos anos têm se agravado a situação das políticas de igualdade racial (ZIGONI, 2020). De 2014 a 2019 houve um corte de 80% dos recursos destinados às políticas de igualdade racial. Em 2020, a situação se complexificou com a extinção do Programa 2034, intitulado Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo, existente no Plano Plurianual (PPA) 2016-2019, mas não incorporado ao PPA 2020-2023.

As políticas públicas existentes para as comunidades quilombolas, que já traziam um histórico de não atenderem muitas das demandas fundamentais das comunidades, estão hoje reduzidas a quase nada. As políticas públicas universais, como as de saúde, também têm sofrido duros golpes nos últimos anos. No contexto grave da pandemia, cabe fazer referência ao subfinanciamento das políticas públicas de saúde federais em R\$20 bilhões. Isso ocorreu em decorrência da medida de Teto dos Gastos Públicos, que resultou no congelamento dos recursos da saúde e educação por vinte anos (ZIGONI, 2020).

Quando se considera que nas comunidades quilombolas há um número considerável de anciões; a dificuldade de acesso as redes de comunicação e as instituições de saúde, as comorbidades prevalentes da população negra, percebe-se a sua vulnerabilidade frente a covid-19. Entretanto cabe salientar que o número de casos e de óbitos não foram significativos na comunidade em estudo.

8.2.4 Conhecimento acerca dos sintomas da covid-19

Quando questionados acerca dos sinais e sintomas da Covid-19, diversos participantes relataram que dor no corpo, febre, dor de cabeça, falta de ar e ausência de olfato e paladar, são sintomas da Covid- 19:

É dores no corpo, febre, dor de cabeça, tosse, falta do paladar, do olfato... falta de ar. Essas coisas aí que eu ouço falar. (E2)

Os sintomas que eu ouvi falar foi falta de ar, eu não sei se foi tosse também, que o povo tava sentindo muita tosse, dores de cabeça, se eu não me engano eu não sei se foi dores no corpo, assim aquela sensação... É esses sintomas assim que eu vejo falar... (E4)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os sinais/sintomas iniciais da doença lembram um quadro gripal comum, mas variam de pessoa para pessoa, podendo se manifestar de forma branda, em forma de pneumonia, pneumonia grave e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A maior parte das pessoas infectadas apresenta a forma leve da doença, com alguns sintomas como mal-estar, febre, fadiga, tosse, dispneia leve, anorexia, dor de garganta, dor no corpo, dor de cabeça ou congestão nasal, sendo que algumas também podem apresentar diarreia, náusea e vômito.

No Brasil, as definições de casos suspeitos inicialmente basearam-se na ocorrência de febre e pelo menos um sinal ou sintoma respiratório, com histórico de viagem do indivíduo para áreas com transmissão local ou contato com caso confirmado. No entanto, a febre não necessariamente estaria presente em todos os indivíduos acometidos, considerando-se que

idosos ou até mesmo pessoas sem comorbidades não apresentaram este sinal específico (BRASIL, 2020).

Baseados no estudo de 55.924 casos confirmados, a WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 relatou como sinais e sintomas mais comuns: febre (87,9%), tosse seca (67,7%), fadiga (38,1%), produção de escarro (33,4%), dispneia (18,6%), dor de garganta (13,9%), cefaleia (13,6%), mialgia ou artralgia (14,8%), calafrios (11,4%) náuseas ou vômitos (5%), congestão nasal (4,8%), diarreia (3,7%), hemoptise (0,9%) e congestão conjuntival (0,8%). Na maioria dos casos, a doença foi leve e houve recuperação completa.

Também há relatos de sintomas menos comuns e difíceis de mensurar de forma objetiva, como anosmia (perda do olfato), hiposmia (diminuição do olfato) e ageusia (perda do sentido do paladar). Entidades de especialistas propõem que a anosmia, a hiposmia e a ageusia sejam incluídas no rastreamento da infecção por SARS-Cov-2, principalmente na ausência de outras doenças respiratórias, como rinite alérgica e rinossinusite aguda ou crônica. Um número significativo de pessoas que desenvolveram esses sintomas e que, posteriormente, tiveram resultados positivos para a COVID-19 (GAUTIER, 2020).

Um estudo com indivíduos hospitalizados e positivos para a COVID-19 na Itália identificou que 33,9% apresentaram pelo menos uma alteração de olfato ou paladar, e 18,6%, ambas. A perda de paladar ocorreu para 91% das pessoas, antes da hospitalização (Giacomelli, et al. 2020).

Neste estudo, diversos relatos foram acompanhados das expressões “ouvir falar” ou “as pessoas falaram”, tais expressões podem representar um certo desconhecimento sobre os sinais e sintomas causados pelo patógeno ou até medo devido ao estereótipo criado em cima dos contaminados pelo vírus. O desconhecimento e o medo fazem com que sintomas que caracterizam Covid-19 sejam interpretados como “gripe”, “virose”, ou “virose braba”:

A pessoa fica como que está gripado, né. Com falta de ar... com falta de apetite, sem sentir gosto...eh esses sintomas assim que eu vejo, e sem cheiro, na televisão, e muitas dores, acho que no corpo. (E15)

Sintomas de gripe, dores, fraqueza, câimbra, dor de cabeça, tem gente que tem diarreia, vômito, tem outra não, depende da pessoa. Eh, se uma pessoa já tem uma doença crônica é pior ainda, vai sentir muitas coisas. (E10)

8.2.5 Importância da realização do teste

Quando questionados sobre a importância da realização do teste para confirmação do diagnóstico, muitos relataram que apesar de não terem sido submetidos aos testes, sabiam que estavam doentes.

Não cheguei a fazer não, mas eu já sabia já. (E9)

Em tempo, outros relataram ter realizado o teste, assim tendo a confirmação clínica da infecção pelo vírus:

Só que aí eu fiz o teste do colégio e aí testou positivo. (E7)

Fui só fazer o teste... Deu positivo. (E16)

O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de materiais respiratórios (aspiração de vias aéreas ou indução de escarro). O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe ou swabs combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). Para confirmar a doença é necessário realizar exames de biologia molecular que detectam o RNA viral. Os casos graves devem ser encaminhados a um hospital de referência para isolamento e tratamento. Os casos leves devem ser acompanhados pela atenção primária em saúde e instituídas medidas de precaução domiciliar (BRASIL, 2020).

8.3 ITINERÁRIO DE QUILOMBOLAS AOS SINTOMAS DA COVID-19

Nesta categoria, buscou-se compreender qual o percurso terapêutico realizado pela comunidade quilombola nas buscas pela resolução dos seus agravos de saúde ocasionados pela ocorrência da Covid-19. Para tal, faz-se necessário identificar: a) como foi realizado o manejo dos sintomas, b) as influências do saber ancestral no cuidado, c) o cuidado familiar e d) os apoios e fragilidades dos serviços de saúde.

8.3.1 Tratamentos caseiros utilizados

Entres os participantes do estudo, foi relatado a utilização de tratamentos caseiros aos primeiros sinais da doença:

eu tomei chá de erva doce, minha mãe fez. Chá de boldo... fiquei tomando alho porquê da... da imunidade... aí eu fiquei só no chá mesmo e no alho com gengibre porque a imunidade... ficou muito baixa. (E17)

Eu tomei... muito chá caseiro, chá de maçã, chá de abacaxi, chá de maracujá... oi, eu tomava foi tudo, viu. Mastruz com leite... o famoso mingau de cachorro. (E25)

A similaridade sintomatológica com a gripe faz com que, instintivamente, os indivíduos acometidos pelo patógeno, como integrantes de uma comunidade tradicional e imbuídos de um saber transgeracional, utilizem de métodos caseiros de tratamento que serviram para ambas as doenças, não havendo uma distinção exata na utilização de chás e banhos.

Os remédios caseiros são utilizados de diversas formas, destacam-se: chás, xaropes, banhos, dietas alimentares e garrafadas. Algumas plantas são cultivadas nos quintais das casas, outras só se desenvolvem na mata densa, encontradas nas localidades da região. Muitas plantas podem ser utilizadas para a preparação das garrafadas. Elas são preparadas por meio de um conjunto de plantas que possuem a mesma finalidade terapêutica. Outro saber e prática de autocuidado que se manifesta na comunidade é a benzedura.

No Brasil, a história da utilização de plantas para o tratamento de doenças apresenta influências da cultura africana, indígena e europeia. A contribuição dos escravos africanos com a tradição do uso de plantas medicinais, no país, se deu por meio das plantas que trouxeram consigo, as quais eram utilizadas em rituais religiosos e também por suas propriedades farmacológicas, empiricamente descobertas (Flor & Barbosa, 2015).

Além de seu uso como substrato para a fabricação de medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros e comunitários, processo conhecido como medicina tradicional. O Brasil é detentor de rica diversidade cultural e étnica que resultou em um acúmulo considerável de conhecimentos e tecnologias tradicionais, passados de geração a geração, entre os quais se destaca o vasto acervo de conhecimentos sobre manejo e uso de plantas medicinais (Teixeira et al., 2014).

A utilização de plantas, além de outros produtos naturais, na cura e na prevenção de doenças, pode ser identificada em diferentes formas de organização social, constituindo-se como uma prática milenar associada aos saberes populares e médicos e rituais religiosos (Fernandes, 2020). Os grupos humanos que vivem na área rural e/ou em comunidades tradicionais recebem como herança cultural a utilização de plantas medicinais e suas formas de uso, de preparo e de dosagem (Pinto, 2018). Em se tratando de saber local atribuídos as plantas medicinais, Amorozo e Gély (1988) ressaltam que, em muitos casos, as plantas representam o único recurso terapêutico disponível para essa população.

As plantas medicinais e seus derivados são aproveitados no tratamento de diferentes enfermidades desde épocas remotas. A maioria das plantas naturais mostraram atividade inibitória promissora relacionada a infecções virais em humanos. Em 2022, durante o surto de SARS-CoV2 na China, diversos projetos de pesquisa clínica foram iniciados na administração da Medicina Tradicional Chinesa (TCM) em ajuste com a medicina ocidental para o tratamento da infecção por SARS-CoV2. Na análise dos dados clínicos, a OMS afirmou que o uso criterioso de TCM contra SARS-CoV auxiliaria a reduzir a taxa de mortalidade em comparação com a medicina ocidental sozinha. Além do mais, a terapia combinada poderia amortizar o custo geral e destacou a importância da introdução de produtos vegetais para o tratamento da SARS-CoV2 (Jalal, 2021; Mandal & Hazra, 2021; Shuaib et al., 2021).

Segundo Mafra, Lasmar e Rivas (2020), os indígenas da tribo Sateré Mawé, da aldeia Waikiru do Estado do Amazonas, recorreram aos procedimentos medicinais para se protegerem dos sintomas do vírus, uma vez que os hospitais de Manaus estavam superlotados. Dessa maneira, usavam as plantas medicinais em receitas que incluíam infusões com casca de carapanaúba (*Aspidosperma excelsum* Benth, árvore com propriedades anti-inflamatórias), de saracuramirá (*Ampelozizyphus amazonicus* Ducke, utilizada popularmente no tratamento da malária) e um chá com ingredientes menos exóticos como jambu, alho, limão, casca de manga, hortelã, gengibre e mel, achados que esses que não se distanciam da realidade da comunidade Quilombola em estudo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), 80% da população utiliza a fitoterapia como tratamento e prevenção de doenças. Cerca de 25.000 espécies são usadas, além daquelas que são utilizadas por tribos indígenas e comunidades na Amazônica, a variabilidade de plantas é imensa. O conhecimento da fitoterapia acumulado no decorrer dos anos constitui uma fonte de recursos para alguns problemas da sociedade moderna brasileira e serão necessárias muitas pesquisas para atingir um modelo ideal na busca desses fitoterápicos (Cavalcanti et al., 2020; Mafra, Lasmar & Rivas, 2020; Santos Pereira & Cunha, 2015).

Nossos avós, por exemplo, já utilizavam muitas plantas medicinais em suas receitas medicinais, tais como: boldo, carqueja, erva cidreira e erva doce, e foi por meio deles e de nossos antepassados que acabamos conhecendo a eficácia dessas plantas no combate a muitas doenças e sintomas indesejáveis, febre, dor de cabeça e dor nos ossos, aspectos do COVID19, por exemplo. Nessa perspectiva, surgem os denominados medicamentos fitoterápicos, ou seja, um tipo de medicina alternativa com a produção de remédios provenientes das plantas. Muitos desses medicamentos servem como base para os sintéticos, aqueles feitos em laboratório (Martins & Garlet, 2016; Singh, et al., 2021).

Como sou da ilha, eu tomei, tipo, ervas, chá assim, para combater mais, eu acho mais confiável. [risos] (E3)

Eu tomei chá que a gente costuma aqui fazer, de limão com alho, às vezes bota pitanga, tem uma folha aqui que é bom para a tosse que chama maricotinha, a gente usa. Aquela folha Maria Preta, essas folhas de fedegoso para evitar febre, essas coisas assim que eu sei. (E15)

Os entrevistados mencionaram o uso de chás para amenizar dores no corpo, na garganta e febre. Ervas diversas, cipós e fruta cítrica, foram utilizados na composição dos chás e funcionam como aliados em sua recuperação, sendo os mais citados: capim santo, erva doce, folha de amora, chá de limão com alho:

Eu ouvi dizer que boldo é bom, aquela folha também que diz que é tapete de Oxalá, que ela é bem amarga, diz também que é boa. E agora com essa gripe eu ouvi dizer que erva-doce é bom, [risos]...as folhas que eu uso para a gripe são capim-santo, Maria preta, folha de pitanga, eu uso para a gripe também. Tem mais alguma meu Deus? Erva-cidreira, bota um limão no no chá também, bota um dente de alho, aqui a gente... se cura assim. Toma algum xarope caseiro também que... xarope de coentro já ouviu falar? (E3)

As ervas utilizadas na composição dos remédios são cultivadas nos quintais das moradias e também nas roças. Quando na ausência de um ou mais tipos, as famílias realizam a troca dos cultivares entre si e entre comunidades. Tais práticas confirmam estudos sobre sistema de domesticação de plantas que, na Amazônia, ocorre há milhares de anos (BALÉE, 1994).

Com base no exposto, é possível dizer que as comunidades quilombolas possuem um sistema de saúde local, baseado em expressões culturais tradicionais, que utilizam os recursos naturais, para o tratamento de doenças. Mas, a exemplo do que ocorre com outros grupos, em situação semelhante, esse saber-fazer é colocado em dúvida no discurso científico, que opera por meio da exatidão matemática (KRONE,2018) e exerce maior influência na saúde oficial e nas políticas públicas.

8.3.2 Automedicação

No que se refere aos tratamentos farmacológicos adotados de forma independente, os participantes da pesquisa relataram que fizeram uso de analgésicos e antigripais ao apresentarem os sintomas:

Tomei meu remédio para dor que eu estava com muita dor no corpo também... aí eu tomei meu Tylenol- eh Dipirona e graças a Deus fiquei uma semana assim meia... até hoje ainda sinto dor no corpo, viu. (E14)

Tomei, multigrip... multigrip e o quê mais meu Deus...ehhh dipirona, também tomei. (E19)

Tomei meu remédio para dor que eu tava com muita dor no corpo também... aí eu tomei meu Tylenol- eh Dipirona e graças a Deus fiquei uma semana assim meia... até hoje ainda sinto dor no corpo, viu. (E14)

A narrativa de um dos entrevistados vem ao encontro dos estudos de Rosa, Hoga, Santana e Silva (2014) e Gadelha, Pinto Junior, Bezerra, Pereira e Maracajá (2013), que afirmam que a automedicação é realizada em agravos leves, presentes em populações de baixo poder aquisitivo, sendo associada à facilidade do acesso e ao baixo custo do tratamento. A escolha pela automedicação está associada as dificuldades de acesso e a insuficiência dos serviços públicos de saúde em oferecer resolubilidade aos agravos e/ou doenças da população de baixa renda.

Às vezes usa o... medicamentos de farmácia quando tá bem já assim cansada de ir no posto, e aquelas dores no corpo continuam, aí toma pra poder aliviar... (E3)

Apesar do elevado grau de pobreza e de desigualdade observado no Brasil, o nível de vida da população, como ocorre em todo o mundo, vem aumentando nas últimas décadas, em função de transformações sociais, econômicas e demográficas observadas no país. Referidas transformações resultaram em mudanças das condições de vida, trabalho e saúde, com esperança de vida ao nascer atingindo uma expectativa de 78,3 anos para as mulheres e 70,7 anos para os homens conforme dados PNUD (2015).

No entanto, dados do Relatório PNUD (2015) confirmam que o alto nível de desigualdade no país ainda persiste. Para ANDRADE et al. (2013), a distribuição desigual do desenvolvimento humano é medida em cada uma das três dimensões do IDH (longevidade, educação e renda) cabendo aos Estados brasileiros das Regiões Sul e Sudeste os maiores IDH aplicados, enquanto os Estados com menores índices ficam para os Estados da Região Nordeste.

Por essa razão, a luta pela equidade na saúde passa a ser um processo isolado e interminável se o problema da desigualdade na sociedade não é resolvido. Nesse sentido, uma grande proporção da população que vive em regiões pobres, ou em áreas pobres de regiões mais ricas, está mais susceptível a doenças e à morte prematura de acordo com BERTOLDI et al. (2016).

O acesso aos medicamentos, na garantia do direito constitucional à saúde no Brasil, se dá mediante estratégias voltadas a fomentar a ampliação da sua cobertura por intermédio das Políticas Farmacêuticas. A partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, assegurada pelo artigo 6º Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, a assistência farmacêutica passou a ser considerada como política pública de saúde necessária ao país. No entanto, mesmo sendo considerada área estratégica, somente dez

anos após a implantação do SUS é que foi aprovada, a Política Nacional de Medicamentos, como parte fundamental para a consolidação do referido sistema.

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) representou importante avanço quanto às questões referentes à regulação da produção e comercialização de medicamentos, tornando a Assistência Farmacêutica pauta obrigatória na construção e no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, Lei 9782/1999.

As farmácias e drogarias são o primeiro recurso de consulta de saúde, estabelecendo um elo importante no esquema de comercialização e consumo de medicamentos, levando em consideração os problemas com a baixa cobertura da assistência à saúde disponível para a população brasileira em várias regiões do país segundo MOTA et al, (2015).

O uso de medicamentos, na maioria das vezes está interligado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida da população. Estudos demonstram que a utilização de medicamentos é influenciada pelo sexo e idade; grau de escolaridade; renda familiar; classe social; ocupação; auto percepção do estado de saúde; cuidados com a saúde e sofrer de doença crônica, conforme FRANCO (1987); SIMÕES (1988); SIMÕES (1990); MESTANZA, PAMO (1992); FERNANDES, (1998); BERTOLDI et al (2004); LOYOLA et al (2002); OLIVEIRA et al (2012); ARRAIS et al. (2016); MENGUE et al (2016); BERTOLDI et al (2017), COSTA et al. (2017), ARRAIS et al. (2017), DOMINGUEZ et al. (2017).

As mulheres juntamente com os idosos destacam-se como usuários de medicamentos. No Brasil a maior parcela dos compradores de farmácias e drogarias é do público feminino (55%), exerce atividade remunerada e pertence à classe C possuindo em média 41 anos de idade. Os consumidores do sexo masculino somam 45%, conforme dados revelados na pesquisa Perfil do Consumidor de Medicamentos no Brasil 2013 conforme, ICTQ, (2016).

A pesquisa mostra ainda que 43% dos consumidores brasileiros têm grau de escolaridade médio; 34% têm nível fundamental e 23% superior, ou seja, o nível médio corresponde à maior parte da população. Salvador é a cidade que detém o maior número de compradores de nível médio, com 57%; Recife tem a maior concentração de compradores com nível fundamental, 43%; já São Paulo e Curitiba são as praças de maior presença de compradores com nível superior, com 28% cada.

O elevado consumo e o consumo inadequado de medicamentos são práticas observadas em todos os estratos sociais do País, ocorrendo por herança cultural, de forma instintiva, irracional, pela facilidade na sua aquisição, estimulada, quase sempre, por balconistas motivados pela comissão sobre as vendas, segundo AQUINO, (2018). Soma-se a isso a estratégia publicitária que desperta no consumidor a impressão que são produtos inócuos,

ressaltando unicamente os benefícios e minimizando ou omitindo os possíveis riscos de acordo com Rozenfeld (2017).

A influência da indústria farmacêutica sobre os médicos, a venda de produtos farmacêuticos sem barreiras nas farmácias brasileiras, à publicidade abusiva dos medicamentos de venda livre na mídia leiga, problemas no acesso aos serviços de saúde, elevados preços dos planos privados de saúde e das consultas médicas particulares, elevados preços dos produtos, a falta de informação segura para a tomada de decisão, estão entre os fatores que favorecem o uso irracional de medicamentos, conforme SCHMID et al (2017).

No Brasil a exagerada diversificação de produtos comercializados nos estabelecimentos farmacêuticos contribui para banalizar o medicamento, que aliada a deficiente estrutura de vigilância e de orientações contribuem para o seu uso não racional, de acordo com DOMINGUES et al. (2017)

Entre os entrevistados, alguns relataram ainda consumir antibióticos sem prescrição e fazer a combinação entre medicamentos de classes distintas:

C-l-a-r-o que eu me, me auto mediquei. Eu tomei azitromicina, prednisona, dipirona... muita vitamina c (E25)

Eu cuidei em casa, dei tudo que você imaginar. Azitromicina, prednisona, dipirona de 1 grama, novalgina de 1 grama, muito antitérmico, muito... muita vitamina c... muito chá caseiro... muitas coisas eu dei a ele. Ele ficou ruim em cima da cama mesmo, aí ficou pra morrer mesmo. Aí cansou, falta de ar, não ficava em pé... (E25)

Para que a automedicação não traga complicações ao indivíduo e a saúde pública, é fundamental que seu manejo seja subsidiado por informações suficientes, para que garantam a autonomia responsável (OLIVEIRA et al. 2016). Como elemento do autocuidado, a automedicação confere, portanto ao usuário a devida responsabilidade na tomada de decisão no cuidado de sua saúde, nesse sentido torna-se imperativo que o consumidor esteja devidamente consciente, informado e educado quanto à seleção e utilização correta dos medicamentos para o êxito da farmacoterapia.

No Brasil, segundo AQUINO (2018), a automedicação leva em consideração a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, onde o usuário tem que aguardar horas em filas, e ou esperar dias e até meses para ser atendido por um médico. Impossibilitada de pagar por uma consulta médica, a população de baixo poder aquisitivo, tem como opção o autotratamento, onde sem uma receita e encontrando facilidades, pode adquirir nas farmácias do país, os medicamentos que julga necessários para seu problema de saúde.

A automedicação torna-se preocupante no Brasil, levando-se em consideração alguns aspectos da comercialização e dispensação dos medicamentos geralmente realizada sem barreiras. O não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informações por ocasião da dispensação nas farmácias e drogarias do país, aliada ao baixo nível de instrução da população, justificam a preocupação com a qualidade dessa prática informal de tratamento segundo Fernandes (2018).

8.3.3 Instituições procuradas

Alguns dos entrevistados relataram que ao apresentar os sintomas da Covid-19 buscaram atendimento na unidade básica de saúde (UBS):

Fui no pessoal do PSF **(E8)**

Vim no Posto, fiz exame, deu (positivo para COVID). **(E12)**

Porém, um dos entrevistados relatou que mesmo sentindo os sinais e sintomas da covid-19 não buscou a unidade de saúde por receio de ficar internada:

Não fui buscar atendimento porque eu estava com medo [risos] estava com medo porque diz que a gente ficava logo entubada, tinha que ficar isolada... **(E14)**

Consultas e exames podem despertar os mais diversos receios e desconfortos em grande parte das pessoas, mas, na pandemia covid-19 este medo se amplificou de forma considerável. Para além da diminuição da busca das unidades de saúde para tratar e prevenir as questões cotidianas de saúde, com medo de se expor ao contágio pelo vírus, houve o crescimento de um “temor” em buscar a unidade de saúde quando estava apresentando algum sintoma da Covid-19. Este receio veio da ideia de que se buscasse a unidade de saúde ficaria internado e conseqüentemente seria intubado, as pessoas acabam encarando isso como se fosse o final de tudo e caso acabem evoluindo para intubação, é sinal de que não vão mais acordar.

A intubação traqueal é uma terapêutica de meio e não de final de linha. Na verdade, existe uma série de tratamentos do ponto de vista respiratório que nós fazemos antes de chegarmos à intubação orotraqueal. Além disso, é um procedimento fundamental no cuidado de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo grave. No entanto, complicações como hipóxia, hipotensão e colapso cardiovascular podem ocorrer em quase 40% dos procedimentos em unidades de terapias intensivas (UTIs) (PAPOUTSI et al., 2021).

A intubação precoce tem sido incentivada sob a premissa de evitar meios alternativos

de ventilação e a aerossolização do vírus pelo ambiente e prevenir a lesão pulmonar autoinflingida (GATTINONI; CHIUMELLO; ROSSI, 2020; GOYAL, 2020). Já a intubação tardia é defendida em alguns momentos por presumir que muitos pacientes não precisariam ser intubados, e, portanto, seriam protegidos dos eventos indesejados da intubação (TOBIN; LAGHI; JUBRAN, 2020a, 2020b).

8.3.4 Cuidados indicados pela instituição procurada

Dos entrevistados que buscaram alguma unidade de saúde, alguns receberam tratamento na própria unidade e/ou voltaram para casa com uma receita:

Dipirona para dor e febre, teve uns xaropes também que ele (médico) passou pra tomar... **(E8)**

Para outros foi indicado apenas o isolamento social e retorno em caso de agravamento dos sintomas:

Só mandou se isolar, porque o meu caso não era tão grave, caso eu ficasse com falta de ar... essas coisas, que eu voltasse pra uma unidade de saúde. **(E16)**

Após a chegada da COVID-19 no Brasil, diversas medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em diferentes esferas administrativas (governo federal, governos estaduais e municipais). Essas medidas se diferenciaram de uma região para outra do país, entretanto a medida mais difundida pelas autoridades foi a prática do distanciamento social⁶, entendida de forma geral pela população e pela mídia, como isolamento social (FARIAS, 2020).

O isolamento social atua como uma estratégia preventiva para reduzir o risco de infecção e de contaminação e proliferação do patógeno e que pode ser adotada por todos, principalmente aqueles que apresentam as formas mais leves dos sintomas.

A grande adesão ao isolamento, pode ter alguma relação com o medo de se infectar e de sofrer prejuízos a saúde e financeiros ainda maiores. Participantes de estudos anteriores, sobre situações de surtos epidêmicos que exigiram quarentena, relataram temores sobre sua própria saúde e medo de infectar outras pessoas, em especial os membros da família. Esse medo era maior entre os que praticavam a quarentena do que aqueles que não estavam em quarentena (LIMA, 2020)

Mesmo com tanta informação sobre a importância do isolamento no controle da pandemia, parte da população ainda dúvida dessa estratégia:

Mandou me afastar, mas eu não quis me afastar de ninguém não (E17)

Isso ressalta a importância de que se fortaleçam as campanhas de promoção ao autoisolamento e que sejam combatidas as informações falsas que contradizem e questionam a estratégia de isolamento social. Para além disso, alguns dos entrevistados relaram ter feito uso de medicamentos que tiveram sua ineficácia comprovante no tratamento da Covid-19:

Tomei... as injeções que já nem lembro qual foi, tomei alguns medicamentos como... ah... A que o presidente (Bolsonaro) tava indicando, me deram também. (E2)

A Cloroquina, tomei acho que duas caixas de Cloroquina com Azitromicina. Tomei-deram por prevenção. (E3)

Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma não existir evidências que embasem o uso de um tratamento medicamentoso específico para a Covid-19 até o presente momento, entretanto, embora um método profilático confirmado ainda não esteja circulando, estudos com diversos fármacos são elaborados e estão disponíveis na literatura com finalidade da instalação de mecanismos para a prevenção e tratamento da doença (FALAVIGNA et al., 2020).

É importante destacar que o uso político da cloroquina, realizado pelo governo brasileiro, no marco geral do negacionismo que caracteriza o discurso do presidente e de seus aliados, defensores de um tipo particular de neoliberalismo que pode ser definido como neoliberalismo autoritário talvez seja o cerne de toda questão. E estou a falar do negacionismo científico.

A COVID-19 não tem tratamento cientificamente estabelecido até o presente momento (dezembro de 2022). Existe um grande número de pacientes que foram tratados, geralmente em pesquisas clínicas, com fármacos como cloroquina e hidroxicloroquina, além de ivermectina, azitromicina, dexametasona e etc, para citar as principais. Acontece que, dentre essas possibilidades, uma substância em especial teve seu uso político/ideológico exacerbado em comparação às outras: a cloroquina e sua variante, a hidroxicloroquina.

Até o final de maio de 2020 não havia evidências científicas contundentes a favor da cloroquina ou hidroxicloroquina em seres humanos para o tratamento da COVID-19. Entretanto, o negacionismo científico dos defensores da cloroquina só aumentou. Um dos acontecimentos que contribuiu foi a retratação de artigos publicados, apontando os riscos da cloroquina, na revista *The Lancet*, porque a empresa que forneceu os dados utilizados na pesquisa foi acusada de fraudes (MEHRA; RUSCHITZKA; PATEL, 2020).

8.4 INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES

As tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) caracterizam-se por serem um conjunto de tecnologias que possibilitam a produção, o acesso e a propagação de informações, bem como permite a comunicação entre as pessoas. As TICs são utilizadas nas mais diversas áreas, sendo que o seu principal objetivo é proporcionar a informação e a comunicação. A exemplo destes tipos de tecnologias temos: televisão, celular, rádio, computador e tablet (RODRIGUES, 2016).

É sabido que as TICs são usadas diariamente por milhares de pessoas como fonte de informação, e estas também já fazem parte da realidade das comunidades tradicionais, incluindo as comunidades quilombolas. O acesso aos instrumentos digitais por este público demonstra a resistência quilombola em também fazer parte da era digital, mesmo com as dificuldades que perpassam a exclusão social histórica que acomete esta população (SOUZA, 2021). Para mais, não se pode deixar de mencionar que há uma forte presença da comunicação oral entre os indivíduos como referência de acesso e propagação de informação, principalmente nas comunidades tradicionais, como os quilombolas (GRIJÓ, 2016).

E foi devido a necessidade da adoção das medidas preventivas da covid-19, principalmente o isolamento social, que o uso das TICs ampliaram exponencialmente. Meio que permitiu a rápida disseminação de informações sobre a nova doença infectocontagiosa (SOARES, 2021). As tecnologias foram fonte de informação para a compreensão e disseminação de conhecimento sobre a nova emergência de saúde pública que acometeu o mundo no ano de 2020.

Desta forma, nessa categoria buscou-se compreender como as famílias quilombolas utilizaram das tecnologias de comunicação durante a pandemia da covid-19, e como objetivo secundário identificar o potencial de aplicação das tecnologias da informação na realidade quilombola.

Na tabela 2 encontram-se os dados referentes ao acesso às tecnologias de comunicação dos entrevistados. Em relação ao tipo de tecnologia, todos os participantes possuem acesso à televisão (100%) e a grande maioria também possui acesso ao celular (96%). No que concerne às redes sociais que utilizam, a maioria faz uso do whatsapp (88%). E com relação às fontes das informações referentes à covid-19, a maior parte (94%) recebeu informações através do jornal, sendo seguido pela “boca a boca” entre os moradores (84%).

Tabela 2 - Dados referentes ao acesso às tecnologias da comunicação. Salvador, Bahia, Brasil, 2022.

| Dados das tecnologias da comunicação | N | % |
|------------------------------------------|----|-----|
| Tecnologias que têm acesso | | |
| Celular | 24 | 96 |
| Computador | 1 | 4 |
| Tablet | 2 | 8 |
| Televisão | 25 | 100 |
| Rádio | 15 | 60 |
| Redes sociais que utiliza | | |
| WhatsApp | 22 | 88 |
| Facebook | 13 | 52 |
| Instagram | 12 | 48 |
| Twitter | 1 | 4 |
| Email | 8 | 32 |
| Não possui redes sociais | 2 | 8 |
| Fonte das informações da covid-19 | | |
| Jornal | 24 | 96 |
| Redes sociais | 16 | 64 |
| Boca a Boca | 21 | 84 |
| ACS | 9 | 36 |
| Profissionais de Saúde | 17 | 68 |

Fonte: Dados da pesquisa.

As experiências compartilhadas pelos participantes revelaram as tecnologias utilizadas no período da pandemia da covid-19, sendo principalmente a televisão, as redes sociais por meio de dispositivos móveis como smartphones, a comunicação oral entre moradores e a orientação dos profissionais de saúde:

“Pela televisão, pelos jornais... Pela internet também e o pessoal do posto (E16)”

“Meio do povo... Falando e conversando... Os profissionais de saúde falaram, explicavam. (E18)”

No que concerne à categorização do acesso às tecnologias digitais, Souza et al. (2021) fez um estudo na comunidade quilombola Lagoinha-Ba no ano de 2020, e trouxe como resultados que a inserção das tecnologias da informação no quilombo permitiu a troca de informações e potencializou as relações sociais.

Ademais, seu estudo também mostrou que 100% dos participantes possuíam celular e apenas 6,3% possuíam computador ou tablet. Já no presente estudo, observou-se que a maioria dos entrevistados (100%) possuíam televisão, seguida do celular (96%) e do rádio (60%), e a minoria possuía computador ou tablet. Estes dados demonstram que o uso do smartphone é uma realidade presente em ambas as comunidades, e o não aparecimento da televisão e do rádio pode ser explicado por questões metodológicas, como o tipo de questionário realizado. Outrossim, o atual estudo trouxe o intenso uso das redes sociais, como whatsapp, instagram e facebook, que condiz com os resultados obtidos por Souza et al. Assim sendo, apesar das questões que perpassam a localização, que faz com que a internet seja via rádio, o racismo e o poder aquisitivo as tecnologias da informação também estão presentes nas comunidades quilombolas.

No que tange às fontes de informação sobre a covid-19, percebeu-se o uso majoritário do jornal, que pode ser explicado pelo fato de que assistir à programação televisiva já se tornou um hábito que é realizado em conjunto com vários membros da família quilombola (GRIJÓ, 2016). Além disso, observou-se também a forte presença da “boca a boca” que pode ser explicado pela intensa existência da comunicação interpessoal entre os grupos étnicos (GRIJÓ, 2016) Assim sendo, o fato desses grupos serem uma comunidade unida faz com que a comunicação oral esteja bastante presente, o que permite que ocorra uma intensa troca de informações entre parentes, vizinhos e amigos.

Quanto a quais foram as informações que as tecnologias trouxeram, as referências que os participantes obtiveram estavam relacionadas às formas não farmacológicas de prevenção da covid-19, a realização do teste para identificação dos contaminados e a vacinação:

“Lavar bem as mãos, limpar as coisas direito, as compras quando vem a gente passa... o sabão, guardanapo vai passando o álcool em gel nas embalagens, essas coisas... Lavar as frutas, tempero, aí a gente ia seguindo essas coisas assim... (E15)”

“Eles falavam (os agentes do posto) que era para a gente ir no posto para fazer o teste, usar a máscara, usar o álcool gel e andar mais desfastado da multidão. (E20)”

“sobre as prevenções, os cuidados que deveriam ser tomados, sobre a vacina que tem que ser tomada também, que era a melhor forma de se evitar e de transmitir. Sobre, a importância de seguir todos os cuidados e da vacina também (E2) ”

No que diz respeito às orientações recebidas através do acesso às tecnologias da comunicação, compreendeu-se que os quilombolas entrevistados visualizaram informações referentes às recomendações de distanciamento social, lavagem das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara e a desinfecção do ambiente. Bem como, receberam orientações para realizar o teste rápido da covid-19 e para tomar a vacina contra o sars-cov-2.

Tais recomendações estão em concordância com as medidas de prevenção não farmacológicas e farmacológicas que foram estabelecidas sistematicamente pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas para a população em geral como forma de prevenção e controle da infecção do novo vírus, assim como forma de permitir a retomada gradual das atividades. (BRASIL, 2021)

Para mais, em relação a percepção sobre as notícias recebidas, os quilombolas entrevistados trouxeram que as tecnologias da comunicação tiveram um papel positivo como fonte de informações, mas também tiveram um forte impacto negativo relacionado ao intenso número de mortes e as fakes news:

“De início foi assustador ... devido às notícias ruins! Depois ajudou a gente a conhecer e lidar com a doença. Até hoje a gente sabe pela a televisão como se prevenir, o que fazer, como cuidar. Se não fossem as informações que a gente acompanha, acho que seria muito mais difícil lidar com a doença. (E7) ”

“Eu ficava meio perdida, porque tem muitas coisas falsas, né. Chegavam coisas para perturbar, para atormentar. Aí eu comecei a não ver mais, era tanta morte, tanta coisa...muito ruim porque você já tá passando por aquilo, medo, tristeza... a pessoa pode perder a mente, perder o rumo da vida. A pessoa se mata antes de morrer. (E24) ”

Ainda neste contexto, os participantes relataram que o intenso número de notícias relacionadas ao alto número de contaminação e de mortes pela covid-19, acabou gerando sentimentos de medo e ansiedade:

Muita maldade, muita maldade... aí quer dizer, comecei a desligar televisão, comecei a não ver muito celular, pra você não ver, poder respirar, porque se não você fica neurótica. (E24)

As meninas diziam que eu estava maluca [risos] eu ficava até de madrugada, eu fiquei até indo prara o hospital tomar diazepam... porque eu fiquei no pânico, minha filha, o mês de abril... maio, aí eu começava a não dormir, minha pressão subiu, eu começava a sentir sensação de que tava passando mal. Porque eu queria saber de tudo, eu queria saber qual a sequela, o que acontecia... eu via aqueles fatos, aquelas geladeiras com pessoas mortas, meu Deus! As pessoas perdendo seu ente-querido...Aí aquilo vai pra mente. (E25)”

Em relação à percepção dos quilombolas sobre as informações recebidas, percebe-se que os entrevistados acharam positivo a disseminação das medidas preventivas pelos meios de comunicação. Sendo de acordo com os achados de Soares (2021) que aponta que a divulgação de informações preventivas, com o devido embasamento científico, nos diferentes espaços sociais, faz com que os telespectadores se apropriem dos recursos tecnológicos da comunicação para adquirir informações. Contribuiu para a contenção do vírus e para a redução dos casos de infecção e morte.

Para Soares (2021) tem-se que, mediante o alto alcance das tecnologias, as informações podem ganhar um teor sensacionalista e gerador de ansiedade na população, citando que a exposição prolongada da população às tecnologias, acaba deixando o telespectador vulnerável aos conteúdos sugestivos de morte e as fakes news, conseqüentemente, ficando exposto a sentimentos de medo, ansiedade e depressão com a realidade atual. Corroborando com as falas dos entrevistados deste estudo, os quais afirmaram que havia um intenso número de notícias apenas com foco nos óbitos e não nos sobreviventes, e que isso acabava gerando muita ansiedade e medo nos participantes.

Assim sendo, observa-se um lado negativo das tecnologias das informações durante a época da covid-19, já que a difusão e/ou o ato de adquirir as informações acabaram deixando a população mais vulnerável às fake news, ao medo e à ansiedade. No que tange a utilização das informações no cotidiano, os quilombolas trouxeram que aplicaram o conhecimento oriundo das tecnologias da comunicação no cuidado individual:

O cuidado foi de lavar a mão, usar álcool em gel, isolar, todas essas coisas a gente fez... eh, também a questão de tá percebendo se teve alguma mudança, se sentiu algum sintoma diferente. Muita coisa eu fui fazendo através das informações que eu recebi. (E7)

Mas, também trouxeram que apesar dos conhecimentos trazidos pelas tecnologias da comunicação, nem sempre as instruções eram seguidas:

Difícil... aqui na ilha você sabe, muita gente não usa máscara, não usa nada (E10)

Em determinados momentos, em outros não. (E8)

Percebe-se assim, que os moradores do quilombo utilizaram das informações passadas pelas tecnologias da comunicação ao longo do seu dia a dia. Para Cavalcante et al. (2020) a instrução das pessoas é imprescindível para o enfrentamento da covid-19 em tempos de

isolamento social, especialmente no caso das populações vulneráveis e que estão afastadas dos grandes centros urbanos, como é o caso das comunidades quilombolas.

As tecnologias foram cruciais para nortear as ações dos indivíduos frente a existência de um novo vírus, contribuindo então para a diminuição da contaminação. Em contrapartida, não se pode deixar de mencionar, que alguns dos entrevistados relataram que não seguiam todas as recomendações que eram instruídas pelos meios tecnológicos, principalmente em relação ao uso da máscara. ao longo de toda a realização da pesquisa quase não se viu moradores do quilombo utilizando máscara.

De acordo com Carvalho e Guimarães (2020) tal comportamento pode ser explicado pela cultura de negacionismo que acometeu fortemente a população durante a pandemia da covid-19. Isso porque, apesar das notícias terem chegado aos indivíduos, existiu uma intensa carga de informações, a politização da pandemia, bem como há diferença da capacidade em como os indivíduos recebem, interpretam e repassam essas informações, o que acabou influenciando negativamente no comportamento e nas ações dos indivíduos.

Dessa maneira, as teorias negacionistas sobre o uso da máscara, o isolamento social, o tratamento e a origem do vírus começaram a ganhar força e algumas pessoas acabam acreditando e seguindo essas informações. Além disso, o fato de que no quilombo Praia Grande, Ilha de Maré não ter tido nenhuma morte oficial por decorrência da covid-19 pode ter contribuído com a cultura negacionista

Desse modo, pode-se perceber que as tecnologias da comunicação estavam presentes e foram importantes para a comunidade quilombola participante do estudo, no sentido de informar sobre a doença, auxiliar nas formas preventivas e na mudança de hábitos, mas também acabaram afetando a saúde mental desta população, devido ao intenso número de situações negativas que eram noticiados.

Para além disso, foi possível evidenciar que as tecnologias da informação foram utilizadas pela comunidade quilombola como referencial para compreender o que era a covi-19 e quais medidas preventivas adotar frente essa nova realidade, ressaltando que algumas medidas foram adotadas pela população, mas não todas, como o uso da máscara, possivelmente devido a cultura negacionista.

Além disso, evidencia que a alta carga da disseminação destas informações acabou por gerar sentimentos de medo, ansiedade e depressão devido ao alto número de mortes. Assim, estes resultados obtidos têm potencial para subsidiar propostas de ações que visem potencializar o papel das tecnologias frente a realidade quilombola, contribuindo para que esta atuem cada vez mais com seu papel informativo com base em evidências científicas e com redução no

número de fakes news, para assim possibilitar o acesso a informações de forma segura e que estas possam proporcionar bem estar, conforto e educação para a comunidade quilombola, fortalecendo, dessa maneira, a educação em saúde.

8.5 REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 PARA AS FAMÍLIAS QUILOMBOLAS

Quanto às repercussões da pandemia na saúde de crianças e adolescentes quilombolas, as mães e pais que participaram desta pesquisa compartilharam vivências que permitiram identificar as implicações da COVID-19 sobre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos menores. Tais impactos estiveram relacionados à adoção de novos hábitos e mudanças na rotina, principalmente em virtude do distanciamento social:

Antes da pandemia ela ficava mais à vontade. Aqui mesmo na rua brincava com os colegas, ia para o colégio. E depois da pandemia, nem para o colégio mais ela pôde ir brincar com os coleguinhas ela não podia mais, ficava mais dentro de casa. (E3)

Ele ficou mais em casa. Não teve aula, o colégio fechou, a gente começou a prender ele mais em casa. Não deixamos mais ficar saindo para brincar, jogar bola, essas coisas que ele já gostava de brincar. A gente prendeu mais por precaução aos familiares dentro de casa mesmo. (E17)

Embora a população infantojuvenil estudada não tenha se contaminado com o novo coronavírus, por meio das entrevistas foi possível identificar efeitos diretos do contexto pandêmico sobre a saúde física desses indivíduos. Destacando-se, nesse cenário, os impactos da implantação do ensino remoto, utilizado como estratégia para continuidade do processo de ensino-aprendizagem:

Tenho um [filho] mesmo que assiste aula online. Por ser online ele sentia muitas dores de cabeça de tanto ficar assistindo. Prejudicou nisso, ele ficar no celular o tempo todo assistindo aula. (E22)

Para mais, a suspensão das aulas e das atividades presenciais nas escolas também suscitou preocupações por parte das famílias acerca da insegurança alimentar e nutricional dos escolares:

A escola fechou. Você sabe que a escola é uma ajuda, tanto para ajudar a gente a educar, como na alimentação. A escola vai e fecha. (E24)

No que tange à saúde mental e emocional, evidenciou-se que o contexto de crise sanitária acarretou a manifestação de ansiedade, nervosismo, tristeza, raiva, tédio e insônia no público em estudo:

Até para dormir dentro de casa esses meninos só estavam dormindo às três horas da manhã. E quando dava meio-dia que levantavam. E eu: „Menino vai dormir“. Ninguém tinha sono, ninguém tinha nada e todo mundo comendo toda hora, acho que é ansiedade. (E24)

Ele [filho] falava que estava muito triste longe dos amigos, das professoras. Estudou, mas não é a mesma coisa. Ele diz para todo mundo: „Foi muito ruim“. Se sentia triste e eu via mesmo a tristeza dele: Eu queria estar na sala de aula“. Ele não é muito de estudar não, mas ele sentiu, sentia falta. (E11)

Além disso, os relatos também evidenciaram as estratégias adotadas pelas mães e pais dos menores, a fim de fornecer suporte ao enfrentamento do cenário pandêmico. Assim, destacou-se o diálogo como importante ferramenta de conscientização:

Eu conversava bastante com ela [filha], explicava sobre o assunto da doença e ela também via muitas reportagens. Ela com nove anos já tinha aquela mentalidade de entender o que era a doença. Até se cuidava por conta própria. (E3)

Sempre conscientizando, conversando, explicando a situação. Explicando que eles tinham que ficar dessa maneira por conta da avó, essas coisas. (E8)

Ademais, também se observou o incentivo ao uso de aparelhos eletrônicos como forma de distração:

Eu dava mais o celular para eles ficarem jogando. Ou ligava a televisão, colocava um filme e eles ficavam lá dentro vendo. Distraía mais eles. (E17)

Celular. Porque era a única coisa que ele ficava quieto. Ele não se importava se saísse ou não, estava ótimo. (E18)

Outrossim, identificou-se que a manutenção do contato com elementos materiais e imateriais presentes no território — tais como os recursos naturais, os vínculos familiares e comunitários — foram artifícios utilizados para favorecer o bem-estar dos menores:

Permitia que saíssem poucas vezes para algumas coisas, para tomar um banho na maré. (E2)

A gente vinha aqui [casa de familiar]. Como convivia todo mundo junto, então a gente já podia vir aqui e deixar os meninos brincando entre si. Não era aquela coisa de ficarem 24 horas trancados dentro de casa, aqui a gente tem esse privilégio de sair um pouco para ficar em família. (E4)

Com isso, percebe-se que as medidas preventivas da COVID-19, sobretudo o distanciamento social, provocaram repercussões na saúde de crianças e adolescentes

quilombolas na medida em que desencadearam a adoção de novos hábitos e promoveram significativas mudanças na vida dos infantojuvenis.

A partir dos resultados obtidos, infere-se que entre os genitores, a maior parcela da amostra foi constituída por mulheres, pretas, cristãs, casadas ou morando junto, com baixo nível educacional, em idade economicamente ativa, renda mensal de meio salário mínimo e ocupando-se com atividades relacionadas à mariscagem e pesca artesanal. Tais achados são condizentes com a realidade encontrada em outras populações quilombolas, conforme demonstram Macêdo et al. (2020) em pesquisa também desenvolvida no nordeste brasileiro que visou realizar uma análise social, econômica e cultural de uma comunidade localizada no semiárido piauiense. Revelando, assim, o contexto marcado por desigualdades e vulnerabilidades sociais em que os quilombolas estão inseridos.

Ademais, relativo à composição das famílias, essas são formadas por aproximadamente 4 pessoas, possuindo uma média de 2 filhos, sendo a maioria crianças. Tal quantitativo coincide com o encontrado em estudo nacional realizado com 9.191 famílias quilombolas, através do qual se constatou que esse número médio de filhos por família pode representar a redução da taxa de natalidade nas comunidades quilombolas, não sendo possível identificar o momento em que teve início esse processo; ou a elevação da mortalidade infantil, todavia, tal hipótese é menos provável posto que a referida taxa vem apresentando melhora gradual nas últimas décadas (BRANDÃO; SANTOS; JORGE, 2018).

Com o objetivo de identificar as repercussões do contexto pandêmico na saúde da população infantojuvenil, este estudo se fundamentou na conceituação do termo adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a agência internacional, saúde não se restringe apenas a ausência de doença, devendo-se considerar aspectos relacionados ao bemestar biopsicossocial dos sujeitos para compreender a dimensão desse estado (WHO, 1986).

Partindo desse princípio, apesar dos estudos científicos comprovarem menor prevalência de complicações relacionadas à COVID-19 nessa faixa etária, essa doença tem impactado negativamente no cotidiano e na saúde de crianças e adolescentes brasileiros, sobretudo os que se encontram em condições de vulnerabilidade (MIRANDA; MORAIS, 2021). Em consonância com essa assertiva, este estudo demonstrou que a adoção de medidas de prevenção e controle do novo coronavírus acarretou profundas mudanças na rotina dessa população, implicando no seu bem-estar.

Desse modo, entre as principais mudanças no dia-a-dia dos menores, destaca-se a suspensão das aulas e das atividades presenciais desenvolvidas nas escolas, em razão das medidas adotadas para assegurar o distanciamento social. Fazendo-se necessário, assim, a

implementação do ensino remoto, como estratégia para a retomada das atividades escolares (SANTOS et al., 2022).

Embora essa nova modalidade de ensino tenha se configurado como alternativa viável para a continuidade dos estudos, o confinamento domiciliar, a necessidade de adaptação ao novo modelo de aprendizagem e as questões emocionais frente a uma doença ameaçadora, tornaram o cenário propício para o desenvolvimento de problemas relativos à saúde física e psíquica dos escolares (SANTOS et al., 2022).

Nesse sentido, o presente estudo identificou que entre os impactos físicos destacou-se a manifestação recorrente de desconfortos, como dores de cabeça, relacionados ao uso prolongado de aparelhos eletrônicos para o acompanhamento da rotina escolar. A esse respeito, Corrêa (2021) discorre que a adaptação do ensino presencial para as plataformas virtuais não levou em consideração a exposição excessiva dos estudantes às telas, visto que na maioria das escolas o tempo de aula permaneceu o mesmo, assumindo características do modelo de educação à distância (EAD).

Para mais, considerando a vulnerabilidade social em que a comunidade em estudo está inserida, evidenciou-se nos relatos preocupações referentes à insegurança alimentar diante do fechamento das escolas. Isso se justifica uma vez que as instituições de ensino exercem um importante papel ao garantir o acesso de alunos da rede pública a uma alimentação saudável e adequada para o seu desenvolvimento (SILVA; OLIVEIRA, 2020). Nessa perspectiva, deve-se enfatizar que no Brasil há aproximadamente 40 milhões de estudantes matriculados na educação básica em escolas públicas, entre os quais uma parcela significativa tem a alimentação escolar como a principal ou a única refeição realizada durante o dia (SPERANDIO; MORAIS, 2021).

Não obstante, pesquisa realizada em âmbito nacional constatou que entre a população residente com crianças ou adolescentes matriculados na rede pública, com renda familiar de até um salário mínimo, 41% dos entrevistados afirmaram que os estudantes deixaram de receber a alimentação escolar durante o período em que as instituições de ensino estiveram fechadas (UNICEF, 2021). Com isso, percebe-se que o afastamento do ambiente escolar pode ter dificultado ou mesmo impossibilitado a garantia do direito de crianças e adolescentes de acessarem uma alimentação de qualidade.

Outrossim, além de contribuir para a formação moral e intelectual dos indivíduos, viabilizar a segurança alimentar e nutricional, deve-se considerar que a escola também desempenha o importante papel de proporcionar socialização para a população infantojuvenil. Nesse sentido, o fechamento dessas instituições afetou as relações sociais de crianças e adolescentes que tinham esses espaços como locais provedores de encontro e interação, fatores

de suma relevância para o desenvolvimento (CUNHA et al., 2021). Em conformidade com essa afirmativa, revelou-se na comunidade quilombola estudada que as mudanças na rotina escolar e o confinamento domiciliar acarretaram repercussões psicossociais na vida dos menores.

Assim, o presente estudo identificou que a conjuntura pandêmica impactou o bemestar mental e emocional das crianças e adolescentes, provocando a manifestação de nervosismo e ansiedade, além de tristeza, raiva, tédio e insônia. Esse resultado expressa uma realidade também encontrada em estudo desenvolvido por Silva et al. (2021), revelando a necessidade de buscar estratégias para a prevenção de transtornos psicológicos de modo a possibilitar um melhor enfrentamento do período pandêmico.

À vista disso, visando compreender como se deu a atuação dos pais no suporte aos seus filhos, esta pesquisa identificou que entre as estratégias usadas, destacou-se o diálogo, o incentivo ao uso de aparelhos eletrônicos e o contato com elementos presentes no território quilombola.

Nessa perspectiva, os genitores se utilizaram do diálogo como uma maneira de conscientizar os filhos sobre o novo coronavírus e a importância de adotar medidas preventivas no dia-a-dia. Estudo que visou discutir o convívio doméstico cotidiano de famílias com crianças em idade escolar diante da COVID-19, identificou que a maioria expressiva dos membros adultos dialogava com os menores sobre o impacto da pandemia no Brasil e no mundo, além disso, essa ferramenta possibilitou identificar as percepções e sensações desses frente ao vivenciado (ZANOTTO; SOMMERHALDER; PENTINI, 2021).

Por fim, a manutenção do contato com elementos materiais e imateriais presentes no território, como recursos naturais, vínculos familiares e comunitários, foram artifícios utilizados para promover o bem-estar dos infantojuvenis. Com isso, nota-se que o modo como os quilombolas entendem o uso do espaço territorial e as relações sociais existentes, é um indicativo de como essa comunidade concebe saúde física e mental (OLIVEIRA, 2020).

Diante do exposto, o presente estudo reconheceu o contexto familiar em que crianças e adolescentes quilombolas estão inseridos e identificou as repercussões da pandemia COVID-19 na saúde desses indivíduos. Desse modo, demonstrou-se que a adoção de novos hábitos e as mudanças na rotina, sobretudo em decorrência do distanciamento social, impactou a saúde física, mental e emocional dos menores. À vista disso, a atuação dos pais fez-se necessária de modo a fornecer suporte ao enfrentamento do período pandêmico.

Com isso, observa-se que os resultados obtidos apresentam potencial para subsidiar o planejamento e a implementação de ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde infantojuvenil diante da pandemia COVID-19, devendo essas considerar as

especificidades e potencialidades da população quilombola, de modo a se tornarem mais efetivas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado este estudo, ao retomar seu escopo precípua, que consistiu em conhecer o IT ao apresentar sinais e sintomas sugestivos da Covid-19 adotado pela comunidade quilombola de Praia Grande, é possível concluir que os inúmeros caminhos percorridos nos conduziram até o alcance dos resultados almejados, pois desvelamos as práticas adotadas na comunidade, bem como os caminhos delineados na busca por cuidados e a influência sociocultural neste percurso.

Ao abrir-se para a escuta na construção do IT da comunidade, buscou-se mergulhar na realidade destas pessoas para que fosse possível a compreensão de todo o processo desencadeado na busca por cuidados a partir da ótica de quem os vivenciou, o que me permitiu apreender as dificuldades enfrentadas e, principalmente, compartilhar sentimentos de angústia, tristeza e aflição.

Mais que a busca de informações para a construção dos resultados, o processo de coleta de dados em uma comunidade vulnerável, me permitiu entrar em contato com uma realidade diferente, evidenciando os bloqueios e necessidades vividas por aquelas pessoas não somente nas situações de cunho emergencial, mas no seu cotidiano, demonstrando que a saúde, em sua mais ampla definição, traduzida na acessibilidade a bens e serviços necessários à vida em sociedade, ainda está distante dos moradores de Praia Grande.

Chama atenção o fato de que, apesar das condições de vida e saúde caracterizadas pela precariedade, não houveram muitos casos de covid-19 e óbitos na comunidade, o que releva que apesar de tudo é uma comunidade que “vive bem”, apesar de toda negligência do estado.

A precariedade supracitada é percebida logo na chegada à comunidade – quando se nota que, mesmo fazendo parte de um território desenvolvido, como é a capital baiana, a Ilha de Maré não apresenta sinais de desenvolvimento, o que foi trazido no estudo.

A partir dos resultados apresentados, percebe-se que os participantes compreendem o que é a Covid-19, assim como as formas de se prevenir o potencial de contaminação do vírus. Contudo, suas carências assistências, mas descortinaram dificuldades no cotidiano desta população, traduzidas na ausência de orientações médicas e nos casos graves que necessitavam de deslocamento para o continente, visto que estas pessoas não dispõem de serviços de urgência/emergência na comunidade e por questões geográficas o acesso a estes serviços é complicado.

No que se refere ao IT adotado no cuidado aos sinais e sintomas sugestivos da Covid-19, estes se revelaram plurais, visto que foram múltiplas as vias percorridas na busca por cuidados, de forma que a construção do IT foi marcada por passagens tanto no sistema informal como no formal de saúde.

Contudo, todas estas vias convergiram para uma mesma conclusão: a de que o acesso às ações e serviços de saúde por parte da comunidade quilombola de Praia Grande é dificultado, seja por questões geográficas ou técnico-estruturais do sistema de saúde. Neste ponto, o IT referido pelos participantes foi singular à medida que os mesmos problemas foram revelados em todas as falas.

Os IT apresentados mostraram que a prestação dos cuidados se iniciou no subsistema popular, traduzida na assistência fornecida como o preparo de chás, remédios caseiros e banhos com ervas cultivadas no quintal de casa, automedicação ou uso de remédios prescritos por profissionais do subsistema formal. Assim como verificado em outros estudos e consolidado na literatura sobre a temática IT, foi evidenciado nesta pesquisa que os cuidados prestados pela família têm na figura da mulher-mãe sua protagonista, pois é esta quem vivencia toda a experiência do adoecimento dela e da família, lançando mão dos recursos possíveis para promoção da assistência em saúde.

Quanto à busca pelo subsistema profissional, foi demonstrado que esta ocorreu, principalmente, quando as respostas aos recursos do subsistema popular não foram satisfatórias aos IT revelado por eles abordou as dificuldades vivenciadas por estas pessoas no que concerne ao acesso aos serviços de saúde na ilha.

A esperança é que esses resultados possam ecoar como um grande e longo pedido de tanto destas pessoas como também de outras comunidades quilombolas espalhadas pelo país e indivíduos que habitam localidades remotas, para os quais o acesso às instituições de saúde, revelam uma realidade cruel caracterizada pela perversidade do poder público.

Ademais, espera-se que os resultados aqui discutidos sirvam de diagnóstico da situação de saúde de quilombolas, evidenciando as fragilidades e insuficiências do sistema formal, bem como a ausência de integralidade no cuidado a estas pessoas e a necessidade de ofertar respostas efetivas aos seus problemas a partir do desenvolvimento de políticas públicas que garantam o acesso integral de forma digna e humana às instituições de saúde, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Editora Pólen Livros, 2019.

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. In: RABELO, M.C.M.;

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. P.125-138.

ALHAZZANI, Waleed et al. **Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. [s.l.] : Springer Berlin Heidelberg, 2020. v. 46 ISSN: 14321238.

ANDERSON, R.M.; HEESTERBEEK, H.; KLINKENBERG, D.; HOLLINGSWORTH, T,

D. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*, 2020. P 395-931 v 4.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2010. 281 p.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília - DF, 07 fev. 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola**, 2004. disponível em: <

http://www.odonto.ufg.br/up/133/o/Programa_Brasil_Quilombola_2004.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

_____. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, DF, 20 nov. 2003.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Acesso em abril de 2013. Disponível em: BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências**. 2004b.

<http://www.mds.gov.br/acessoainformacao/legislacao/bolsafamilia/leis/2004/Lei%2010836.pdf/download>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Informativo IBGE sobre Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, em nov. 2019b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD contínua** -Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. Brasília: [s.n.], 2019a. p.9.

_____. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Governo Federal. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. 2021 Disponível em:

<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-15-06-2021.pdf>. Acesso em 30 jul. 2021.

_____. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica n.20/2020 SAPS/GAB/SAPS/MS** dispõe sobre Notificação Imediata de Casos de Síndrome Gripal via plataforma do eSUS VE e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado no SIVEP-Gripe. Acesso em: 30 maio 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento. **Política Nacional de Assistência Social Pnas/2004**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

_____. Ministério Da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os indígenas e quilombolas para enfrentamento à Covid-19: Notas Técnicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2LdTFm2>. Acesso em 17 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor**, Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 48, n. 4, p. 1-35, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Sobre a doença: O que é Covid-19**. Brasil, Notas Técnicas. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Coronavirus – Como se proteger**. Brasil, Notas Técnicas. 2020. Acesso em jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>. Acesso em: jun 2021.

BETIOLLI, S.E. et al. Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em madeleine leininger. **Cogitare Enfermagem**. V.18. n.4. p. 775-81. 2013.

BURILLE, A.; GERHARDT, T E. Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidados e as arranhaduras da masculinidade. **Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades e Deslocamentos**, 2009. Acesso em Jun de 2021. Disponível em:<
http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277826318_ARQUIVO_trabalho_enviar.pdf>

CAMARGO, F.C.M.; et al. A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do brasil (1992– 2011). **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**. v.6. n.4. p. 1743-1755. 2014

CARVALHO, M.C. **O Acesso ao Tratamento em Saúde Mental na Microrregião de Itajubá-MG/Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Covid-19 in Racial and Ethnic Minority Groups**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html>>. Acesso em: 24 jul 2021.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R.da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 162 p.

CONAQ – COORDENAÇÃO NACIONAL DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS

QUILOMBOLAS. **Observatório da Covid-19 nos Quilombos**. Brasil, 2021.

CRISÓSTOMO, M. **Alerta Público**. Conaq. 05 mai. 2020. Disponível em: <<http://conaq.org.br/noticias/alerta-publico/>>. Acesso em 30 jul. 2021.

DI, W.; TIAN, W.; QUN, L.; ZHICONG, Y. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 94, 44-48, 2020.

EINHORN, ERIN. African Americans may be dying from COVID-19 at a higher rate. Better data is essential, experts say. **NBC News**. Disponível em: <<https://www.nbcnews.com/news/nbcblk/african-americans-may-be-dying-covid-19-higher-rate-better-n1178011>> Acesso em: 29 abr. 2020.

FIABANI, A. **Mato, palhoça e pilão: o quilombo, da escravidão às comunidades**

remanescentes [1532-2004]. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

FARMER, BLAKE. **The Coronavirus doesn't discriminate, but U.S. health care showing familiar biases.** NPR. Disponível em: <<https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/04/02/825730141/the-coronavirus-doesnt-discriminate-but-u-s-health-care-showing-familiar-biases>> Acesso em: 29 abr. 2020.

FREITAS, D. **Palmares – A guerra dos escravos.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 375p.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GERHARDT, T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 22, n 11. P 2449-63, 2006.

GOIS, L.H.B.; MACHADO, M.S.M.; COSTA, R.S.C. Saneamento ambiental: as condições na Ilha de Maré. In: ALMEIDA, R.O.de; NEVES, E.L.das (Org.). **Caderno Ambiental Ilha de Maré. Salvador:** Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. p.45-66.

Oliveira AH, Pinto AGA, Lopes MSV, Figueiredo TMRM, Cavalcante EGR. Therapeutic itinerary of people with tuberculosis in face with their health needs. **Esc. Anna Nery** [Internet]. 2019 [acesso em 2021 Jan 06];23(3):e20190034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nWXCzWHyrtfgGrgG9FF9TsK/?format=pdf&lang=en>.

Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Benavides-Torres, R. A., & Garza- Elizondo, M. E. (2017). Validación de la sexual assertiveness scale en mujeres mexicanas. *Suma* <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.001>

Tavares, G. O. (2020.) **Territorialidades e identidades Quilombolas em questão na Chapada do Araripe -Cariri**, Ceará. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40432>.

Tozoni-Reis, M. F. C. (2009). **Metodologia da Pesquisa. Curitiba:** IESDE Brasil. <https://biblioteca.isced.ac.mz/bitstream/123456789/785/1/METODOLOGIA%20DA%20PESQUISA.pdf>.

ARULKUMARAN, Nishkantha; BREALEY, David; HOWELL, David; SINGER, Mervyn. Use of non-invasive ventilation for patients with COVID-19: a cause for concern? **The Lancet Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 8, n. 6, p. e45, 2020.

BHATRAJU, Pavan K. et al. **Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region** — Case Series. *New England Journal of Medicine*, [S. l.], v. 382, n. 21, p. 2012–2022, 2020.

Farias HSF. **O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade, Espaço e Economia.** [Online], 2020, posto online no dia 08 abril 2020. [acessado 2020 Abr 17]. Disponível em: <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/11357>

Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, Cruz ID, Costa SC, Nigri FMN, Neri JR. COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Cien Saude Colet** 2020; 25(5):1575-1586

GOMES, K. D. O. et al. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia**, Brasil. Cad. saúde pública, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013.

GUIMARÃES, J. Com cinco milhões de idosos, quilombolas ainda aguardam ações para conter coronavírus. **Yahoo Notícias Alma Preta**, 25.3.2020. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/covid-19/> ou <https://br.noticias.yahoo.com/com-5-milhoes-de-idosos-quilombolas-ainda-aguardam-acoes-para-conter-coronavirus-141530830.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.

HENCKEMAIER, L.; et al. Cuidado Transcultural de Leininger na Perspectiva dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista ciência e saúde**. V.7. n.2. p. 85-91.2014.

HICKMAN, J. S. introdução à Teoria de Enfermagem. n: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos a pratica de Enfermagem**. 4. ad. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KAKODKAR P, et al. **A Comprehensive Literature Review on the Clinical Presentation, and Management of the Pandemic Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Cureus, 2020; 12(4): e7560.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatric**. London: University of California Press, 1980.

LAGO, L. M.; MARTINS, J. J.; SCHNEIDER, D. G.; BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; ALBUQUERQUE, G. L. et al. Itinerário terapêutico de los usuários de uma urgencia hospitalar. 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v 15. N. 1. p 1283-91.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 314 p.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories, and practics**. New York: Jonh Wiley & Sons, 1978.

LEININGER, M.M. **Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality**. Nursing Science Quarterly. V.1, n.4, p. 152-160, 1988.

LEININGER, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v.13, n.3, p. 189192, 2002.

LEININGER, M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. **Journal of Transcultural Nursing**, v.2, n.2, p. 32-39, 1991a. LEININGER, M.M. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991b.

LEININGER, M.M. **Culture Care Diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method**. In: LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2 ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett, 2006. p. 1-42.

Little, P. E. **Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil. Por uma antropologia da territorialidade**. 2002. Série Antropologia, 322. Acesso em: 02/11/2020, <http://www.unb.br/ics/dan/Serie322empdf.pdf>.

LOPES, W.M.P.S.; FIGUEIREDO, M.L.F. O cuidado transcultural como base para investigar idosas mastectomizadas sobre o conhecimento e o uso de sutiãs e próteses externas. **Revista Enfermagem em Foco**. V. 2. P. 81-84. 2011.

- MACHADO, M.S.M.; ALMEIDA, R.O.de. Fontes e poços de água da Ilha de Maré, Salvador-BA: aspectos históricos, geográficos, socioculturais e físico-químicos. **Revista Candombá – Revista Virtual**, v. 4, n. 2, p. 111-145, jul – dez 2008. Disponível em: < <http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/Michele2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2020.
- MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.C.S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, n.03, p.687-698, 2007. Acesso em: 12 abr. 2021.
- MANDARINO, A.C.S.; JESUS, A.N.de; PASSY, S.R.; GOMBERG, E. Percursos e significados terapêuticos na religião afro-brasileira Candomblé. **Forum Sociológico**, n.22, p. 43-51, 2012. Disponível em: < <http://sociologico.revues.org/562>>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- MARTINS, P.A.F.; AIVIM, N.A.T. Plano de cuidados compartilhados: convergência da proposta educativa problematizada com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**. v.65. n.2. p.368-73. 2012.
- MILAMM, A.J.; FURR-HOLDEN, D.; EDWARDS-JOHNSON, J.; WEBB, B.; PATTON III, J.W.; EZEKWEMBA, N.C. et al. **Are clinicians contributing to excess African American COVID-19 deaths?** unbeknownst to them, they may be. *Health Equity*, v. 4, n. 1, p. 139-141, 2020. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0015>
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 269 p.
- MUNANGA, K. **Origem e histórico do Quilombo na África**. In: *Revista USP*, n. 28, São Paulo, 1996.
- NABÃO, F. R. Z.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009; V 11, N. 1, P. 101-9. Acesso em abril de 2021. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a13.htm>>
- NASCIMENTO, A. **O quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista** Petrópolis: Vozes, 1980.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Covid-19**. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 (acessado em 04/Jul/2020).
- QUALLS, N. Levitt, A. Kanade, N. Wright-Jegede, N. Dopson, S. Biggerstaff, M. et al. Diretrizes de mitigação da comunidade para prevenir a gripe pandêmica - Estados Unidos, 2017. **MMWR Recommendation Rep** 2017; 66 (No. RR-1): 1–34. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a1>
- QUEIROZ, M.V.O.; PAGLIUCA, L.M.F. Conceito de enfermagem transcultural: análise de seu desenvolvimento em uma dissertação de mestrado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2001. V. 54. N. 4. P. 630-637.
- RAMOS, J.L.C.; MENEZES, M.R. Cuidar de idosos com doença de Alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2012. V 13. N 4.P 805-15.
- RABELO, M.; ALVES, P.C.; **Processos de interpretação na experiência de enfermidade**.

Trabalho apresentado na XIX Reunião da Associação Brasileira de Antropologia. Niterói, 1994. 10p.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, V. **Programa Brasil Quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 15, n. 57, p. 263-272, 2010.

RODRIGUES, M. Breves considerações sobre candomblé na Ilha de Maré- Salvador: entre fios de memória. **C@lea – Cadernos de Aula do LEA**, v.1, n1, p. 61-72, 2012.

ROSER, M.; Ritchie, H.; Ospina, E.O.O.; Hasell, J. "**Coronavirus Pandemic (COVID-19)**". 2021. Published online at OurWorldInData.org. Access in: jun 2021 Available: <https://ourworldindata.org/coronavirus>

SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. Política Social, Família e Juventude: **uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

SANTOS, J.P.C.dos.; SIQUEIRA, A.S.P.; PRAÇA, H.L.F.; ALBUQUERQUE, H.G.

Vulnerability to severe forms of COVID-19: an intra-municipal analysis in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 36, n.5, e00075720, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n5/en_1678-4464-csp-36-05-e00075720.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

SCARPARO, A.F.; LAUS, A.M.; AZEVEDO, A.L.C.S.; FREITAS, M.R.I.; GABRIEL, C.S.;

CHAVES, L.D.P. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem.

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.12, n.1, p. 242-251, 2012.

SECCO, A.C.; et al. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão. **Revista. Mudanças – Psicologia da Saúde**. V.25. n.1. p. 9-15. 2017.

SEIMA, M.D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de madeleine leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 15. n. 4. p. 851-857. 2011.

SILVA, J.A.N.da. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p. 111-124, 2007.

SILVA, L. O. **Terras devolutas e latifúndio: efeitos da Lei de 1850**. 2. ed. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2008.

SILVA, J.L.L.; et al. Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença: contribuições para a assistência em enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**. V.5. n.1. p.13185-95. 2013.

SILVA-JÚNIOR, N.D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. **Escolha do itinerário**

terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. Revista Eletrônica Discente História.Com, n.1, 2013. Disponível em: . Acesso em: 15 mar. 2021.

SOARES, A.N.; et al. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. **Revista Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. V.22. n.1. p. 83-8. 2014.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

TRAPP, R.; SILVA, M. **Movimento negro no brasil contemporâneo**: estratégias identitárias e ação política. Revista Jovem Pesquisador, Santa Cruz do Sul, v. 1, 2010, p. 91

THE NOVEL CORONAVIRUS PNEUMONIA EMERGENCY RESPONSE

EPIDEMIOLOGY TEAM. **The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)**. China CDC Weekly. 2020. Available from: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/doi/10.46234/ccdcw2020.032>

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas In: **Individualismo e Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.135p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Questions and answers on coronaviruses (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>>. Acesso em: 04 de dez. 2020.

_____. **COVID-19 Weekly Epidemiological Update**. Geneva: World Health Organization. 2021. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200517-covid-19-sitrep-118.pdf?sfvrsn=21c0dafe_10. Acesso em: 12 jul 2021

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (tcle)**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA****ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Estudo: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PESSOAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19

Pesquisador Responsável: Lucas Jesus Fernandes

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia esta carta convite com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse comigo, que sou membro da equipe da pesquisa e poderei esclarecer suas dúvidas. Essa carta convite, chamada termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), tem o objetivo de explicar o motivo do meu estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. O objetivo do estudo é: Analisar estratégias de enfrentamento da pandemia COVID- 19 em Comunidades Quilombolas.

Duração do Estudo: Sua participação no estudo será de aproximadamente 20 minutos.

Descrição do Estudo: O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) por ser morador(a) de uma comunidade quilombola e ter estado na ilha durante o período da pandemia. São convidados para participar dessa pesquisa moradores de comunidades de quilombolas, maiores de 18 anos, em ilha de Maré. Faremos a entrevista em um local confortável e que garanta sua privacidade, no momento que senhor (a) achar mais conveniente. Serão respeitadas normas sanitárias para prevenção do contágio e transmissão pelo vírus que provoca COVID -19. O grupo de pesquisadores usarão e fornecerão máscara, aos participantes, disponibilizarão álcool gel e manterão a distância de 1,5m durante o questionário e entrevista. Caso concorde em participar, eu o convidarei para uma conversa que será realizada um questionário sobre sinais e sintomas respiratórios e posteriormente uma entrevista para conhecer como foi a sua experiência ao buscar atendimento de saúde durante a pandemia. Essa nossa conversa poderá durar até 20min. Em todas as fases do estudo é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa. Se o senhor (a) autorizar nossa conversa será gravada e farei anotações para que posteriormente essas informações sejam utilizadas com finalidade exclusiva para a pesquisa.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto Toda pesquisa envolve riscos, mesmo que mínimos. Para esta pesquisa, caso aconteça algum desconforto ou mal estar psicológico por estar compartilhando experiências de sua vida, a pesquisadora responsável oferecerá apoio, estará disposta a dialogar, esclarecer dúvidas e conversar para minimizar os potenciais efeitos que esta nossa conversa poderá causar e oferecer orientações sobre possíveis dúvidas relacionadas a nossa conversa.

Benefícios para o participante Este estudo não trará benefícios diretos ao participante, porém, ele poderá contribuir indiretamente ao compreendermos como tem sido a trajetória e as estratégias de enfrentamento da pandemia COVID- 19 em Comunidades Quilombolas.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo O senhor (a) não receberá nenhuma compensação financeira ou de outra natureza para participar dessa pesquisa, sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. A não participação no estudo não implicará em nenhum prejuízo ou dano para a pesquisa, você tem a liberdade de desistir de participar em qualquer momento. Informo ainda que os dados serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos relacionados a seu vínculo empregatício aqui no hospital. Todas as informações dadas, bem como sua participação serão guardadas de modo sigiloso.

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, deverá assinar o Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações. Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os dados serão guardados por 5 anos no grupo de pesquisa CRESCER, da Escola de Enfermagem, e posteriormente serão destruídos. Esse documento é composto por duas vias, uma ficará com você e a outra comigo, sendo assinado na última folha e as demais rubricadas. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

PESQUISADOR(A): Lucas Jesus Fernandes, Climene Laura de Camargo ou Maria Carolina Ortiz Whitaker

ENDEREÇO: Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela. Salvador Bahia. Sala 23, 4º andar, Salvador (BA) - CEP: 40110-060

E-mail: fernandescontato@live.com

E-mail: climenecamargo@hotmail.com

Fone: (71) 981135516 / E-MAIL: maria.ortiz@ufba.br

CEPEE.UFBA – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade

Federal da Bahia

Endereço: Rua Augusto Viana S/N, Terceiro Andar. Canela, Campus - Canela Salvador -Bahia Cep:

41110-060. Fone: (71)32837615 E-mail cepee.ufba@ufba.br

Salvador _____ de _____ de _____.

Lucas Jesus Fernandes

(Pesquisador Responsável)

Climene Laura de Camargo

(Pesquisadora Participante)

APÊNDICE B – Perguntas disparadoras**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – Escola De Enfermagem**

| PERGUNTAS DISPARADORAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) ME FALE O QUE VOCÊ SABE SOBRE COVID-19. COMO QUE PEGA? COMO QUE TRANSMITE? COMO QUE CUIDA? |
| 2) ME FALE SOBRE O QUE VOCÊ SABE/CONHECE SOBRE SINAIS E SINTOMAS DE COVID-19? |
| 3) ME CONTE O QUE VOCÊ FAZ PARA PREVINIR A COVID-19? |
| 4) COMENTE SOBRE SUAS AÇÕES CASO TENHA VIVENCIADO A EXPERIÊNCIA OU VENHA TER SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19. |

ANEXO – Parecer de aprovação do comitê de ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMILIAS QUILOMBOLAS COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DA COVID-19

Pesquisador: LUCAS JESUS FERNANDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53395721.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.138.214

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apreciação da segunda versão de protocolo de pesquisa que abordará itinerário terapêutico de quilombolas diante da COVID 19. Estudo descritivo de abordagem qualitativa ancorado na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, visto que esta teórica aborda a influência das bases culturais no comportamento das pessoas em todos os âmbitos da vida, incluindo nos cuidados adotados em situações de saúde. O mesmo tem como objetivo compreender o Itinerário Terapêutico de famílias quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da Covid-19. Serão convidados para participar do estudo adultos residentes da comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, que tenha apresentado sinais e sintomas sugestivos da Covid-19 ou tiveram diagnóstico confirmado. A identificação destes moradores que apresentaram sintomas da covid-19 ou tiveram diagnóstico confirmado ocorrerá através da técnica Snowball ou bola de neve, quando a própria população indicará/direcionará a outras pessoas que atendam aos critérios de inclusão. Além disso, poderá ocorrer a indicação de agentes comunitários de saúde (ACS), liderança comunitária e representantes das ONG. Os dados serão coletados através de um questionário fechado para traçar o perfil sociodemográfico do entrevistado, a partir de dados referentes a: sexo, idade, estado civil, número de filhos, religião, escolaridade, raça/cor, renda familiar; e também por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas disparadoras, utilizando de linguagem simples com o intuito de identificar as percepções dos participantes sobre a Covid-19, medidas preventivas; reconhecimento dos sinais e sintomas e

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.138.214

tratamento. As entrevistas serão realizadas individualmente, em local escolhido pelos participantes, gravadas por um gravador de voz digital (com consentimento prévio das mesmas). Posteriormente, as entrevistas passarão pelo processo de transcrição, realizada pelo pesquisador responsável e bolsistas, sendo mantida a integridade das falas. Também estão previstas a observação, conversas não formais e entrevistas não gravadas, efetuando registros em diário de campo.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Objetivo Primário:

Compreender o Itinerário Terapêutico de Famílias quilombolas com sinais e sintomas sugestivos da Covid-19 a luz da teoria transcultural de Leininger.

Objetivos Secundários:

- 1) Identificar as trajetórias percorridas por famílias quilombolas na busca para a prevenção, diagnóstico e tratamento de sinais/sintomas da covid-19.
- 2) Reconhecer as estratégias e ações utilizadas para manejo dos Sinais/Sintomas da covid-19.
- 3) Identificar as dúvidas, preocupações e crenças na busca pela resolução/diagnóstico da covid-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Riscos:

"Toda pesquisa envolve riscos, mesmo que mínimos. Para esta pesquisa, caso aconteça algum desconforto ou mal estar psicológico por estar compartilhando experiências de sua vida, a pesquisadora responsável oferecerá apoio, estará disposta a dialogar, esclarecer dúvidas e conversar para minimizar os potenciais efeitos que esta nossa conversa poderá causar e oferecer orientações sobre possíveis dúvidas relacionadas a nossa conversa. Ponderando o atual contexto pandêmico da COVID-19 e a fim de minimizar tais riscos, durante a coleta dos dados serão respeitadas todas as medidas preconizadas nos protocolos de segurança para a prevenção da transmissão da COVID-19, a saber: distanciamento mínimo de um metro entre os pesquisadores e participantes da pesquisa (entrevistas), uso de máscara cirúrgica ou do tipo PFF2, etiqueta

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.138.214

respiratória, higienização das mãos e o uso do álcool gel a 70%."

Benefícios:

"Este estudo não trará benefícios diretos ao participante, porém, ele poderá contribuir indiretamente ao compreendermos como tem sido a trajetória e as estratégias de enfrentamento da pandemia COVID- 19 em Comunidades Quilombolas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação da EEUFBA. Prevê a realização de entrevista com 20 participantes, cujos critérios de inclusão são os seguintes: ser habitantes de Praia Grande no momento da realização da pesquisa, ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados, ter apresentado algum sintoma de covid-19, não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal, e aceitar participar livremente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A previsão de conclusão de todas as etapas da pesquisa, incluindo envio de relatório ao CEP é dezembro de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados 09 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil, dos quais 03 são específicos desta segunda versão. Foram realizadas alterações recomendadas no parecer 5.118.012.

Recomendações:

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado/Câmara Técnica do CEP para apreciação prioritária de projetos relacionados à temática de Covid 19. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo as recomendações descritas no parecer consubstanciado 5.118.012, emitido em 22 de novembro de 2021, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 5.138.214

de Saúde. Destaca-se que se trata de projeto com tramitação prioritária, considerando o "II Informe aos Comitês de Ética em Pesquisa", de 14 de abril de 2020, e o documento intitulado "Orientações para condução de pesquisas e atividade dos CEP durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19)", de 09 de maio de 2020, emitidos pela CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1841677.pdf | 28/11/2021 18:26:47 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 28/11/2021 18:26:26 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | BROCHURA.pdf | 28/11/2021 18:24:01 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 18/11/2021 19:27:01 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 17/11/2021 17:05:33 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf | 17/11/2021 01:45:49 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf | 17/11/2021 01:38:35 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | ANUENCIA.pdf | 17/11/2021 01:37:47 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 17/11/2021 01:37:27 | LUCAS JESUS FERNANDES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.138.214

SALVADOR, 01 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Márcia Maria Carneiro Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br