



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS



FESF-SUS  
Fundação Estatal Saúde da Família

JÉSSICA DE JESUS REIS

MEMÓRIA E ESCRIVÊNCIA COMO PRÁTICAS DE (R)EXISTIR

BAHIA  
2020



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMAS  
INTEGRADOS  
DE RESIDÊNCIAS



JÉSSICA DE JESUS REIS

### **Memória e escrivência como práticas de (r)existir**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Fundação Estadual Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz – BA para certificação como Especialista em Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientador: Sóstenes Conceição dos Santos

BAHIA  
2020

## **Agradecimentos**

Mais uma travessia da minha educação formal se finda, conquistada a duras penas entre dores, sorrisos e afetos. É hora de agradecer, reverenciar e evocar vozes silenciadas, rememorando os/as que me antecederam, e abriram caminhos sem negociar nossos sonhos com quem tentou roubar nossa existência. Na certeza que eu sou maior do que era antes e estou melhor do que era ontem, saúdo todas as forças que sustentam o meu viver e me acalentaram durante esse período, agradecendo aos que estiveram de mãos dadas comigo nessa travessia.

*Mo dúpé* minha avó Dionizia por ser uma referência ancestral,

*Mo dúpé* minha mãe Dejanira, pelo cuidado irrestrito,

*Mo dúpé* minhas irmãs (Jamile, Geiza e Paula), pelo elo natural de vivência e amor,

*Mo dúpé* minha filha Luna, por todos os sorrisos e encantos,

*Mo dúpé* Thiago pelo companheirismo de longas datas,

*Mo dúpé* Equipe 2, em especial as ACS Paula e Luma, por me ensinarem tanto,

*Mo dúpé* turma de residentes 2018, pela convivência acolhedora, em especial Sara, Bia e Tainan,

*Mo dúpé* toda equipe de profissionais da USF, em especial Margarida e Josy, que de forma distinta traziam alegria e harmonia ao ambiente de trabalho,

*Mo dúpé* nossos R1, em especial André, Andressa e Carol, pela continuidade do nosso trabalho de forma tão empenhosa,

*Mo dúpé* corpo pedagógico da FESF, em especial a Sóstenes, que fazendo jus a atribuição de orientador e apoiador sempre se mostrou acessível, generoso e disposto a ajudar nas nossas diversas demandas formativas,

*Mo dúpé* a Jamile e Cora, pelo encantamento e prolongamento dos Mangabinhas,

*Mo dúpé* a comunidade de Mangabas pelo vínculo e confiança, em especial aos eternos Mangabinhas (Ely, Alana, Amanda, Isa, Poliana e Dona Maria).

*Mo dúpé, à se!*

*“A nossa escrevivência não pode ser lida como história de ninar os da casa-grande, e sim para incomodá-los em seus sonos injustos”*

(Conceição Evaristo)

## RESUMO

Definido como ferramenta avaliativa, ao reconstruir a história de aprendizagem a partir da participação na Residência Integrada em Saúde da Família FIOCRUZ/FESF-SUS, o memorial de trajetória do curso permite além de uma autoavaliação do/a residente, um relato da imersão do sujeito no seu campo profissional em todas as dimensões: sociais, afetivas, políticas, culturais e identitárias, por exemplo. Por isso a enunciação da voz subjetiva da autora e seu lugar social, racial e de gênero – mulher negra – permeará toda escrita de um documento que se formata em memória narrada e trajetória individual, mas que reconhece a coletividade, a conjuntura dos espaços e sociedade e o contexto de cada ação profissional/pedagógica. Em um primeiro momento, falarei sobre a importância da Residência na construção de novas identidades profissionais, sobre aspectos da educação popular em saúde no planejamento e desenvolvimento de espaços coletivos, sobre a invisibilidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sobre a possibilidade de uma educação antirracista para crianças. Com esta reflexão inicial, elaboro o relato de experiência em si, o memorial enquanto escrevência. Nele busco minhas primeiras memórias sobre educação na infância, adolescência e sobre minha família matriarcal negra até chegar aos tempos de conquistas de títulos e maior consciência do lugar que hoje ocupo como cirurgiã dentista. Vou abordar também o principal contexto da escrita dessa narrativa, a Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Mangabas, e das ações coletivas e educativas em que mais dediquei afeto, força, planejamento e estudo: o Grupo de Gestantes e o Mangabinhas (grupo de crianças), sendo este último contextualizado por um estudo epidemiológico sobre a condição de saúde bucal de escolares da área de abrangência da USF. Finalizo essa escrita tecendo reflexão sobre o processo formativo, os entraves institucionais e também ressaltando os aspectos positivos e encontros político-afetivos significativos que a residência proporcionou ao longo desses intensos dois anos.

**Palavras-chaves:** Memorial, Educação Popular em Saúde, Saúde da População Negra.

## ABSTRACT

Defined as an evaluative tool, to reconstruct a learning history based on participation in the Integrated Residence in Family Health FIOCRUZ / FESF-SUS, or memorial of the course's trajectory, in addition to a self-assessment / resident, a report of immersion in the individual in his professional field in all dimensions: social, affective, political, cultural and identity, for example. Therefore, the voice of the voice recorded by the author and her social, racial and gender place - black woman - allows the entire writing of a document that shapes the narrated memory and the individual trajectory, but that registers the collectivity, a conjuncture of spaces and society and the context of each professional / pedagogical action. At first, we talked about the importance of residency in the construction of new professional identities, about aspects of popular health education, in the planning and development of collective spaces, about the invisibility of the National Policy for Integral Health of the Black Population and about the possibility of an anti-racist education for children. With this initial reflection, elaboration or report of experience itself, or memorial while writing. In it I search for my first memories about early childhood education, adolescence and my black matriarchal family until I reached the time of winning titles and greater awareness of the place that today occurs as a dental surgeon. You will also address the main context of writing this narrative, the Family Health Unit (FHU), the Parque das Mangabas, and the collective and educational actions on what are the rights, strength, planning and study: the Group of Pregnant Women and Mangabinhas (group of children), the latter being contextualized by an epidemiological study on the oral health condition of students in the area covered by the USF. Finish this writing by reflecting on the formative process, the institutional records and also highlighting the positive aspects and the political-affected relationships that the residence has offered over these intense two years.

**Keywords:** Memorial, Popular Health Education, Health of the Black Population.

## SUMÁRIO

<b>1. MEMORIAL DESCRITIVO E ESCRIVÊNCIA.....</b>	<b>07</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
2.1 A residência multiprofissional na reorientação do modelo de assistência à saúde	11
2.2 Educação Popular em Saúde como fundamento de espaços coletivos	12
2.3 Saúde Integral da População Negra e Educação das Relações Étnico-raciais	13
<b>3. EXPERIÊNCIA, TRAJETÓRIA E TRANS(FORMAÇÃO).....</b>	<b>20</b>
3.1 Lugar de Fala e Formação	20
3.2 A Residência e a Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Mangabas	23
3.3 Ações Educativas com Gestantes e Saúde materno-infantil	33
3.4 Um estudo sobre a condição bucal de escolares na área de abrangência de USF	41
3.5 Mangabinhas e Saúde da Criança Negra	48
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>

## REFERÊNCIAS

## 1. MEMORIAL DESCRITIVO E ESCRIVIVÊNCIA

Em consonância com o debate nacional das alternativas para a gestão do Sistema único de saúde (SUS), julgou-se adequada a criação de uma fundação pública de direito privado, instituída por municípios da Bahia e, portanto, conformando-se como órgão da administração indireta destes entes, mas não dependente dos seus orçamentos, e que pudesse prestar serviços para todos os 417 municípios e para o Estado da Bahia. Assim, em maio de 2009, foi criada a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), com 69 municípios instituidores. A partir de 2014 a FESF priorizou a implantação de programas de residência integrados: médica e multiprofissional em saúde da família, optando pelo investimento na formação multiprofissional na modalidade de residência e apostando em seu potencial de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde.

Em seu Projeto Político Pedagógico (FESF; FIOCRUZ, 2018), afirma-se o compromisso em reduzir as desigualdades como um objetivo primordial do SUS, baseado no direito fundamental à saúde, no qual todos os cidadãos devem ter direito de acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação. Portanto, na essência política e pedagógica da FESF, há um princípio básico constitucional que fundamenta o SUS e um compromisso/diretriz institucional para formação:

[...] crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária à saúde e Redes de Atenção à Saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS e das políticas nacional e estadual da atenção básica, a partir das demandas locais e loco regionais.

Conforme esse objetivo, a FESF, por meio do Programa Integrado de Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina da Família e Comunidade, alicerça-se na Educação Permanente em Saúde (EPS), no princípio da Pedagogia Problematizadora, com uma abordagem construtivista pautada na utilização de metodologias ativas de aprendizado, orientadas pelo cotidiano do trabalho em saúde. Tais fundamentos são base para aplicação das diversas estratégias teórico-metodológicas do Programa.

Em se tratando da avaliação, o Projeto Político Pedagógico afirma que deve acontecer de modo processual e permanente, formativa e somativa, envolvendo o acompanhamento da construção do conhecimento entre as atividades práticas, teórico práticas e teóricas, envolvendo espaços formativos presenciais e virtuais como: portfólio, grupo diversidades, seminários, rodas de campo e núcleo, grupos, que culminam no trabalho de conclusão de curso em formato de

memorial de trajetória, que por hora se apresenta a partir da vivência de uma residente mulher negra e dentista.

Ao reconstruir a história de aprendizagem a partir da participação na Residência, o memorial de trajetória do curso permite além de uma autoavaliação do/a residente, um relato da imersão do sujeito no seu campo profissional em todas as dimensões: sociais, afetivas, políticas, culturais e identitárias, por exemplo. Por isso a enunciação da voz subjetiva da autora e seu lugar social, racial e de gênero - eu, Jéssica, mulher e mulher negra - nesse primeiro momento de apresentação da trajetória/vivência, que permeará toda escrita de um documento que se formata em memória narrada e trajetória individual, mas que reconhece a coletividade, a conjuntura dos espaços e sociedade e o contexto de cada ação profissional/pedagógica da Fundação, assim como a singularidade dos sujeitos envolvidos.

É possível assim, reorganizar as experiências, reflexões e estudos de todo o percurso a partir de uma identificação dos principais temas mobilizados durante o processo formativo (FESF; FIOCRUZ, 2018). É desta possibilidade também que prolongo a defesa do lugar de onde falo sobre mim, da minha escrita, trazendo a noção de “Escrevivência”, cunhada por Conceição Evaristo, como método de investigação, de produção de conhecimento e de posicionalidade implicada. A escrevivência, em meio a diversos recursos metodológicos de escrita, utiliza-se da experiência do autor(a) para viabilizar narrativas que dizem respeito à experiência coletiva de mulheres.

Escrever significa, nesse sentido, contar histórias absolutamente particulares, mas que remetem a outras experiências coletivizadas. A escrevivência marcadamente carrega, assim, uma dimensão ética ao propiciar que a autora assuma o lugar de enunciação de um eu coletivo, de alguém que evoca, por meio de suas próprias narrativas e voz, a história de um “nós” compartilhado. Em tempos de intolerância e de profundos retrocessos quanto ao acesso a direitos fundamentais, as escrevivências se destacam como uma metodologia e ética de pesquisa que aposta na escrita como forma de resistência política (SOARES; MACHADO, 2017).

Conceição Evaristo empunha a pena e traça uma grafia situada desde experiência(s) proveniente(s) das circunstâncias performatizadas como mulher negra na sociedade brasileira: Sendo as mulheres negras invizibilizadas, não só pelas páginas da história oficial brasileira, mas também pela literatura, e quando se tornam objetos de segunda, na maioria das vezes, surgem ficcionalizadas a partir de estereótipos vários. Surge a fala e um corpo que não é apenas descrito, mas antes de tudo vivido. A escre(vivência) das mulheres negras explicita as aventuras e as desventuras de quem conhece uma dupla condição, que a sociedade teima em querer inferiorizar, mulher e negra (EVARISTO, 2005).

Ao escrever sobre tal realidade, que compreende elementos para reflexão sobre o racismo estrutural na sociedade brasileira, é necessário registrar a pertinência da utilização do termo “raça”, que nada tem a ver com conceito biológico de raça cunhado no século XVIII, e hoje geneticamente superado. Essa compreensão reitera os escritos de Guimaraes (1999, p. 153) sobre a necessidade de teorizar as “raças” como o que elas são, ou seja, “[...] construtos sociais, formas de identidade baseadas numa ideia biológica errônea, mas eficaz, socialmente, para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios”. Segundo Kabengele Munanga (2010), a realidade da raça não é mais biológica, mas sim histórica, política e social. A palavra continua sendo usada como uma categoria de análise para entender o que aconteceu no passado e o que acontece no presente.

É partindo dessa possibilidade e realidade de escrita, de tais ideias, referências e conjunturas, que o memorial de minhas vivências produzirá meios de racializar o processo formativo, já que foram incontáveis barreiras construídas pelo racismo institucionalizado e destruídas por vozes, corpos e exemplos de pessoas negras como eu, ao longo da história. Assim, pretendo no primeiro momento, falar um pouco sobre a importância da Residência Multiprofissional na construção de novas identidades profissionais, sobre aspectos da educação popular em saúde no planejamento e desenvolvimento de espaços coletivos, sobre a invisibilidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sobre a possibilidade de uma educação antirracista para crianças dentro de uma Unidade de Saúde da família (USF).

Com esta reflexão inicial, chego ao segundo capítulo que compreende o relato de experiência em si, ou melhor, o memorial enquanto escrivência. Nele busco minhas primeiras memórias sobre educação na infância, adolescência e sobre minha família matriarcal negra, até chegar aos tempos de conquistas de títulos e maior consciência do lugar que hoje ocupo como cirurgiã dentista. Vou abordar também o principal contexto da escrita dessa narrativa, a Unidade de Saúde Parque das Mangabas, e as ações coletivas e educativas em que mais dedique afeto, força, planejamento e estudo: o Grupo de Gestantes e o Mangabinhas (grupo de crianças). Por fim, encerro a minha escrita tecendo reflexão sobre o processo formativo, os entraves institucionais e também ressaltando os aspectos positivos e encontros político-afetivos significativos que a residência proporcionou ao longo desses intensos dois anos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

A partir da escrita de histórias de vida de mulheres negras e seus entrelaçamentos com a Política de Assistência Social, Soares e Machado (2017), apresentam o conceito de escritivências, de autoria da escritora Conceição Evaristo, como método de investigação e produção de conhecimento nas Ciências Humanas e Sociais. Minha escrita tem como referência esse modelo de método investigativo, entrelaçando memória, formação profissional/política e elementos para análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No lugar de histórias de mulheres negras coletadas em campo pelas autoras supracitadas, eu busco com esse método investigativo relatar minha própria história com foco na atuação profissional em contexto de uma residência em saúde da família. Estou de acordo com as palavras de Conceição Evaristo (2009, p. 18) de que:

[...] quando escrevo, quando invento, quando crio a minha ficção, não me desvencilho de um 'corpo-mulher-negra em vivência' e que por ser esse 'o meu corpo, e não outro', vivi e vivo experiências que um corpo não negro, não mulher, jamais experimenta. [...] A sociedade que me cerca, com as perversidades do racismo e do sexismo que enfrento desde criança, somada ao pertencimento a uma determinada classe social, na qual nasci e cresci, e na qual ainda hoje vivem os meus familiares e a grande maioria negra, certamente influenciou e influencia em minha subjetividade.

Sendo assim, me referencio também na pesquisa do tipo narrativa com foco na autobiografia. Nessa perspectiva, a escrita de si é compreendida como processo formativo por que possibilita ao sujeito, autoconhecer-se, desalienar de si por meio da autorreflexão criando um campo para o estabelecimento de novas bases interpretativas para as práticas profissionais (CHAVES, 2018). Segundo Ferrarotti (1988) o método (auto)biográfico responde a necessária renovação dos métodos clássicos de investigação sociológica em que cisões sujeito-objeto, natureza/cultura sustentavam os princípios da neutralidade, objetividade e credibilidade científica.

Ao produzir minha narrativa autobiográfica, lanço mão também de outras estratégias metodológicas de pesquisa que desenvolvi ao longo da vivência como residente em saúde da família e que permeiam a escrita desse trabalho, são elas: (a) contextualização do ambiente formativo e da atuação profissional a partir análise de políticas de saúde específicas, (b) produção, levantamento e avaliação de dados epidemiológicos sobre os sujeitos envolvidos no recorte da pesquisa, e (c) relato da experiência com dois grupos de trabalho com foco na educação em saúde.

## 2.1 A residência multiprofissional na reorientação do modelo de assistência à saúde

As residências multiprofissionais em saúde atendem às necessidades do Sistema Único de Saúde e da Política de Educação Permanente, sendo instrumento de formação e inserção de profissionais nos serviços de saúde. A atuação vinculada ao cotidiano laboral tem como objetivo a transformação do processo e da organização de trabalho e das práticas profissionais. Ou seja, configura-se como uma ação e um processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, de modo a possibilitar mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população (SILVA; NATAL, 2019). A multiprofissionalidade está vinculada à ideia de trabalho em equipe e/ou em rede em que cada profissional diante das demandas de saúde dos usuários aciona saberes específicos de cada profissão, ou núcleo, para atuar num campo que é comum a todos no processo de produção da saúde (CAMPOS, 2000).

Tais características fortalecem a construção de um modelo de atenção à saúde, público e universal, que se opunha ao modelo hegemônico e que, ao compor a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de reorientação da rede de serviços e das práticas de cuidado em saúde, acaba culminando em estratégias de oferta menos medicalizadora.

Tal reorientação passa pela análise do cuidado como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstram como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, Inter setorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas, religiosas (BRASIL, 2006), étnico-raciais, de gênero e sexualidade.

No processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro são convidadas a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste *ethos* que se dá a formação dos residentes. Tais experiências demonstram o quão efervescente os lugares podem se tornar quando devidamente estimulados (BRASIL, 2006) e como espaços de saúde promissores podem ser construídos e solidificados a partir da mobilização individual e coletiva dos/as residentes envolvidos/as.

Pensando a conjuntura da origem do SUS e das RMS - no bojo dos movimentos de redemocratização do país - seus princípios político-pedagógico (FESF; FIOCRUZ, 2018) e potencialidade para romper com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais e em contribuir para qualificar a atenção que os serviços de saúde locais necessitam ofertar às suas comunidades (BRASIL, 2006), é de extrema importância o fortalecimento de práticas educativo-críticas e identidades profissionais, permeadas pela solidariedade, horizontalidade, e respeito com o saber do povo, tais como despertam a concepção da Educação Popular em Saúde (EPS).

## 2.2 Educação Popular em Saúde como fundamento de espaços coletivos

O termo Educação Popular está associado a uma educação realizada nos movimentos populares, que não se dissocia da vida cotidiana, sendo ponto de partida para a compreensão dos problemas que afligem a comunidade e para a compreensão sobre as estratificações sociais e de poder que a permeiam (SOUZA et al, 2014). Inicialmente no Brasil, se constituiu como um movimento libertário, numa perspectiva teórico-prática ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas forjadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares (BRASIL, 2007). Um dos princípios originários da educação popular tem sido a criação de uma nova epistemologia com referência no respeito pelo conhecimento que trazem os setores populares em sua prática cotidiana (GADOTTI, 2007).

A Educação Popular é, assim, uma concepção teórica das ciências da educação que se estruturou inicialmente na América Latina, na segunda metade do século XX e que hoje está presente em todos os continentes. Quem sistematizou teoricamente essa concepção foi o educador brasileiro Paulo Freire (1921-1997), que considerava a Educação Popular não como um método fixo a ser seguido, mas baseada em alguns princípios gerais e saberes fundamentais à prática educativo-crítica, tais como: saber ouvir, aprender/estar com o outro, respeitar o saber do povo e viver pacientemente impaciente (FREIRE, 1996; 2007; GADOTTI, 2007).

São pressupostos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2018): (a) diálogo, (b) amorosidade, (c) problematização, (d) construção compartilhada do conhecimento, (e) emancipação e (f) compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Como eixos estratégicos, destacam-se: (a) a participação, controle social e gestão participativa, (b) a formação, comunicação e produção de conhecimento, (c) o cuidado em saúde e (d) intersetorialidade e diálogos multiculturais. Para dar conta de tais pressupostos e estratégias, a Educação Popular em Saúde deve cuidar, antes de tudo, da criação de espaços de conversa franca e amorosa, onde todos sintam-se à vontade para expor suas dúvidas, seus interesses e suas considerações a respeito das questões e nuances pertinentes no cuidado à saúde. São estes pressupostos que buscamos, ao longo de dois anos de atuação em uma unidade de saúde, construir como estratégia do planejamento de dois espaços coletivos – os grupos de gestantes e crianças, dos quais participei energeticamente das etapas de criação, implementação e avaliação, socializadas por meio deste trabalho de memorial e reflexão.

## 2.3 Saúde Integral da População Negra e Educação das Relações Étnico-raciais

A organização e a mobilização política do Movimento Negro em torno do reconhecimento das diferenças raciais nas condições de vida e no acesso a serviços de saúde e educação, saneamento básico, habitação, emprego e renda vêm ocorrendo desde os anos 70 do século passado, gerando importantes avanços na direção da implantação de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (TEIXEIRA; ARAUJO, 2013), como por exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Ensino de História e Cultura Africana e Afro-brasileira.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra criada em 2009, inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra. Envolve a implementação de ações afirmativas<sup>1</sup> para promover a igualdade racial.

As justificativas de uma política para saúde da população negra residem: na participação expressiva da mesma no conjunto da população brasileira; na sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; na apresentação dos piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; na necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; na existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, 2016).

Um dos princípios desta política é o “desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades” (BRASIL, 2004a). Nesse sentido dialoga profundamente com outra ação afirmativa no âmbito educacional, as Leis 10.639/03 e 11.645/08, que torna obrigatório os conteúdos referentes à História e Cultura africana, indígena e afro-brasileira no âmbito de todo o currículo escolar, configurando-se enquanto demanda para todas as áreas do conhecimento, além de envolver a articulação entre processos educativos escolares, políticas públicas e movimentos sociais. Ela é vista como um marco histórico para as lutas antirracistas no sentido de renovação da qualidade social da educação brasileira (BRASIL, 2009).

---

<sup>1</sup> Trata-se de conjuntos de ações políticas dirigidas à correção de desigualdades raciais e sociais, orientadas para oferta de tratamento diferenciado com vistas a corrigir desvantagens e marginalização criadas e mantidas por estrutura social excludente e discriminatória (BRASIL, 2004a).

É nessa confluência de políticas de ações afirmativas no âmbito da saúde e educação que se situam as ações voltadas para saúde de crianças negras que relatarei mais à frente neste trabalho, fruto de uma política pública e de também de mobilização de profissionais da saúde que entendem a importância de combater o racismo responsável pelo adoecimento, morte e fragilidade das identidades da população negra, assim como outras populações tradicionais. Assim, a elaboração de uma política pública de saúde que contemple as necessidades educativas, deve considerar as especificidades da saúde aos determinados grupos étnicos ao qual pertencem, levando em consideração, inclusive, todos os sofrimentos advindos das desigualdades raciais e do racismo, que reflete, por exemplo de forma direta a autoestima das crianças negras. Como bem destaca as Diretrizes Curriculares para o Ensino de História Africana:

[...] a autoestima que a criança desenvolve é em grande parte interiorização da estima que se tem por ela e da confiança da qual ela é alvo. Falar em autoestima das crianças pequenas significa compreender a singularidade de cada uma delas em seus aspectos corporais, culturais e étnico-raciais. As pessoas constroem uma natureza singular que as caracterizam como seres que sentem e pensam o mundo de um jeito próprio desde os primeiros anos de idade. (BRASIL, 2004a, p.22).

Portanto, as práticas de saúde que levem em conta as especificidades dos grupos racialmente discriminados, se justificam pela importância de valorizar os referenciais e saberes dessa população, que conseqüentemente refletirá na sua autoestima, que é um dos principais requisitos para o bem-estar no entendimento que aqui construímos sobre saúde (SANTOS; SANCHES, 2011). De acordo com Cavalleiro (2001), a identidade é um dos resultados mais importantes do processo de constituição social do sujeito e resulta da percepção que temos de nós mesmos, advinda da percepção que temos de como os outros nos veem. Sendo assim, é imprescindível ao falar em saúde bucal e geral com crianças negras, abordar e fortalecer suas representações, representatividades e identidades raciais. E para além disso, é imprescindível que as ações repercutam e levem em consideração a conjuntura familiar. Por isso, ao eleger tal foco para ser relatado e discutido neste trabalho, pretendo situar também a construção e afirmação da minha identidade racial, como mulher negra na área da saúde, localizar alguns dados sobre saúde da população negra e também relatar a experiência com gestantes que culminou no maior cuidado e atenção à saúde materno-infantil. Tais experiências são alicerces para um maior engajamento no enfrentamento do racismo e de todas as suas formas de expressão, contribuindo para o fortalecimento de identidades étnico-raciais positivas.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Para implementar a PNSPN, é

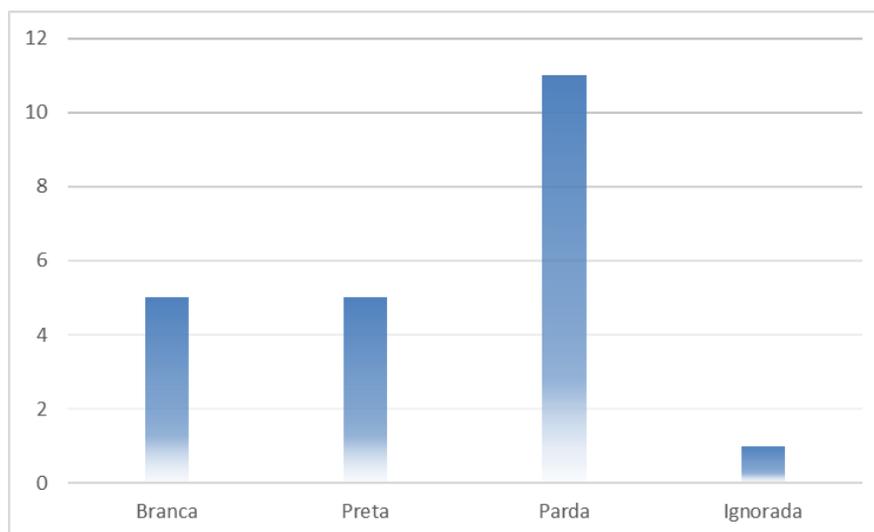
necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS busquem melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde.

Para tal intento, a declaração de raça/cor se mostra imprescindível para construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais, tais como a desigualdade expressiva e uma maior exposição a todas as carências e menores rendimentos da população negra (preta e parda).

Para uma visão rápida sobre esse entendimento e contextualização da realidade local, podemos analisar alguns dados epidemiológicos que exploram o quesito raça/cor por população residente no município de Camaçari, Bahia, com foco em alguns grupos populacionais como gestantes e crianças. Para tanto, seguem dados abaixo (gráfico 01) sobre mortalidade materna, por população residente de Camaçari, numa série histórica dos últimos dez anos, onde é perceptível que as mulheres negras (pretas e pardas) morrem mais quando comparadas as mulheres que se autodeclaram brancas.

A nível nacional, segundo estudo de Martins (2006), a razão de mortalidade materna é maior na Região Nordeste, com 71,32/100 mil nascidos vivos, e menor na região sul com 41,70/100 mil nascidos vivos. O autor traduz esses dados na razão em risco de morte materna, inferindo que as mulheres negras, as pardas e as pretas, em relação às brancas, apresentaram risco maior de óbito. Percebemos então que o contexto estudado não difere do nacional, onde o risco de mortalidade materna é maior entre as mulheres negras (pretas e pardas), configurando-se em importante expressão de desigualdade social.

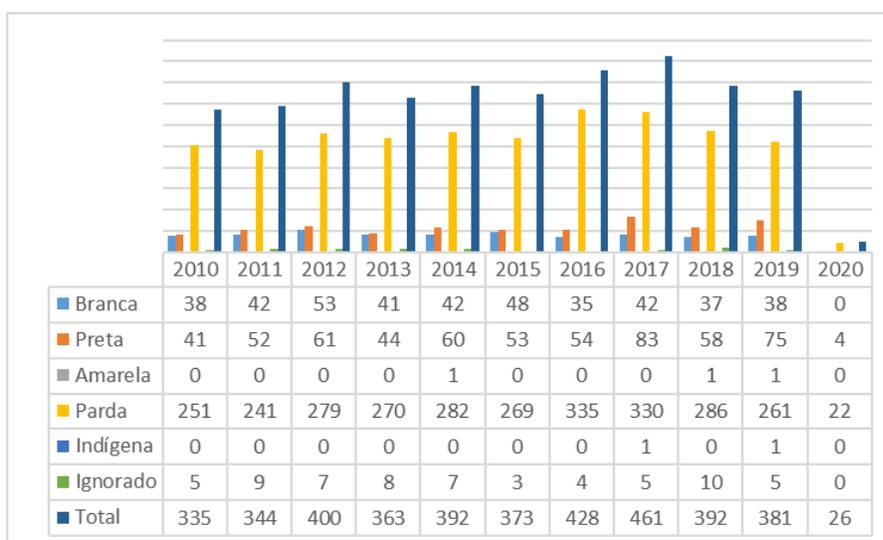
**Gráfico 1:** Óbitos maternos por raça/cor e Ano do Óbito no município de Camaçari, BA (2008-2017).



Fonte dos dados: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, acesso em 05/02/2020 (gráfico elaborado pela autora).

O gráfico 02 traz dados sobre mortalidade infantil (0 a 4 anos), no município, por causas evitáveis, segundo quesito raça/cor no período de 2009 a 2019. É expressivo o quantitativo de crianças negras (pretas e pardas) que morrem quando comparadas com as que foram autodeclaradas brancas.

**Gráfico 02:** Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos, Camaçari, BA (2010 a 2020).

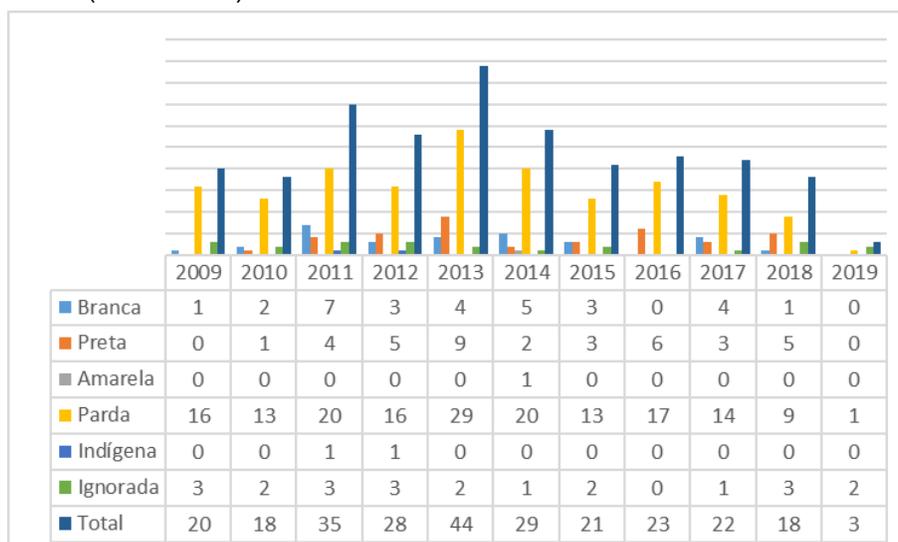


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVP/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, acesso em 05/02/2020 (gráfico produzido pela autora).

Se analisarmos o ano de 2010, que apresentou o menor quantitativo de mortalidade de crianças negras, percebemos a discrepância dos números representada pelo total de 292 mortes de crianças negras em detrimento de 43 mortes de crianças não negras. Ou seja, mesmo sendo o ano com o menor número de mortes de crianças negras, esse quantitativo superou os 85% do total de óbitos infantis.

O gráfico 03, relativos a notificação de AIDS, expõe que a população negra apresenta maior número de notificação por essa infecção sexualmente transmissível. Os dados de Paixão et al. (2004) expõem que doenças infecciosas, em especial o HIV/AIDS e a tuberculose, assumem maior impacto nas vidas negras, normalmente nas pretas. Segundo os autores, as vidas negras são subtraídas mais cedo em decorrência de patologias ou agravos, chamando-nos a atenção os anos perdidos de vida de mulheres e homens pretos no que diz respeito às causas mal definidas e às causas externas, mais especificamente, aos homicídios.

**Gráfico 03:** Gráfico do número de casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, por ano de diagnóstico (2009-2019).



Fonte: MS/SVS/DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, acesso em 05/02/2020 (gráfico produzido pela autora).

Os indicadores analisados apontam que indivíduos negros têm mais susceptibilidade de morrer por causa evitáveis, e apresentam incidência maior de problemas de saúde. Sendo que o conjunto de interseccionalidades que se sobrepõem contribui para que ocupem os piores indicadores sociais e em saúde, demonstrando a forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que

estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Segundo Batista et al. (2013, p. 682),

Na sociedade brasileira, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que se refletem nos indicadores sociais: negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política.

Sobre essa reflexão, é importante desconstruir alguns argumentos superficiais, de pessoas que tentam esvaziar um debate amplo e complexo, justificando a maior vulnerabilidade e morte de negros por estes serem maioria da população. Se essa análise fosse verdadeira, seríamos maioria em diversos espaços privilegiados e de poder, como universidades e parlamentos, por exemplo.

Mortalidade materna, mortalidade infantil por causas evitáveis, infecções sexualmente transmissíveis, a exemplo da HIV e sífilis, são alguns dos problemas de saúde evitáveis mais frequentes entre a população negra, principalmente em comparação com a população branca. Os dados sobre essa realidade e a sua materialidade na vida de pessoas negras representam, como afirma Mbembe (2016), as formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte (necropolítica).

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (BRASIL, 2017). Embora esta seja uma determinação institucional do Ministério da Saúde, por meio da sua Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 que adota o critério da autodeclaração onde o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, ainda é incipiente a orientação do trabalho e ações do SUS que levem em consideração os dados oriundos dessa declaração. Nesse sentido, Werneck (2016, p. 540-541) traz a importante contribuição de que:

[...] as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos. Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de

negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra.

Essa é uma importante barreira para construção de estratégias no intuito de planejar, avaliar e monitor as ações votadas ao público em questão. Precisamos com urgência, tornar rotina a realização da gestão dos dados disponíveis para o planejamento e monitoramento do processo de trabalho, além da construção e incorporação diária de uma atenção racializada, desde acolhimento, visita domiciliar, consulta individual ou coletiva. Por isso, também pretendo com este trabalho, visibilizar os dados epidemiológicos sobre raça/cor no município de Camaçari, coletados na USF, para situar as intervenções de educação em saúde com gestantes e crianças.

### 3. RELATO DE EXPERIÊNCIA E TRAJETÓRIA

#### 3.1 Lugar de Fala e Formação

Segundo a filósofa Djamila Ribeiro (2017), o lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém, o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas. A teoria do ponto de vista feminista e lugar de fala nos faz refutar uma visão universal de mulher e de negritude, além de outras identidades. Por isso, ao produzir uma escrivência e memória, preciso situar meu lugar de fala e experiência.

Sou a primogênita em uma família de constituição matriarcal formada por uma rede de 04 mulheres negras. Natural de uma cidadezinha do interior do Estado da Bahia, com pouco mais de 40 mil habitantes, vim ao mundo na década de 90, fruto de parto domiciliar, a luz de candeeiro, pelas mãos da parteira tradicional da comunidade (mãe Tonha, carinhosamente chamada) e com auxílio da minha avó materna, a maior referência e incentivadora da minha trajetória; uma camponesa que sempre teve uma amistosa relação com a terra onde vivia e produzia. Analfabeta, por conta das dificuldades enfrentadas na sua infância, sempre relatava o desconforto em ter que colocar o dedo em substituição a sua assinatura, todos os sábados que se fazia presente nas reuniões do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município. Esse foi um dos marcos que me encorajaram a estudar. Minha mãe, empregada doméstica, termo deplorável, diga-se de passagem, estudou somente as séries iniciais, e em maternidade solo, criou a mim e as minhas 02 irmãs, enfrentando as adversidades e julgamentos de uma sociedade marcadamente machista, por ser mãe solteira.

Sempre estudei em escola pública e desde pequena apresentava estima por leitura. Vivia com uma sacola plástica recheada de revistinhas, lendo tudo que via pela frente. Nunca tive fácil acesso a livros ou materiais didáticos educativos. Considerada boa aluna, porém, por conta do lugar social que ocupava, não me percebia em outros espaços diferentes do que eram preenchidos pelos membros da família, formados majoritariamente por trabalhadores rurais e trabalhadoras domésticas. Durante o ensino médio muitos professores incentivavam que eu deveria fazer vestibular, acessar o ensino superior. Achava aquilo fora da realidade, como se existissem espaços feitos para mim e outros não. Uma coisa eu tinha plena convicção, não gostaria de ser empregada doméstica, sem desmerecer a profissão, mas sobretudo porque me incomodava profundamente essa relação intrínseca que a profissão tem com as mulheres negras e como o lugar social restringia oportunidades.

Mesmo com tantos contratempos e dificuldades, fiz curso preparatório para vestibular, custeado pela minha avó. No início foi um abismo a admissão de que meu ensino teve inúmeras fragilidades, mais uma vez me distanciando do ensino superior. Dividia o meu tempo entre cuidar das minhas irmãs e estudar sempre que possível. Foi nessa dinâmica que ingressei na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no ano de 2010, pelo sistema de cotas, umas das políticas de ações afirmativas vigentes e tão necessárias para reparação social e racial dos sujeitos historicamente subalternizados, sendo aprovada também no curso Licenciatura em História na Universidade do Estado da Bahia (UNEB). A escolha foi pela UEFS. Minha relação com o curso - a odontologia - a princípio, era tênue e pouco estabelecida. Não havia qualquer referência próxima com a área ou estímulo de terceiros. Foi uma escolha “desproposita”.

Começaria outro dilema após aprovação: onde morar? Já que eu não conhecia ninguém na princesa do Sertão. Felizmente, por militância de estudantes que me antecederam, existia a residência universitária, lugar destinado a acolher estudantes que não tinham condições financeiras de se manter em Feira de Santana durante a graduação. Na primeira semana de aula a vontade era de voltar para casa, aceitar que determinados acessos eram impossíveis a população negra, uma terrível sensação de deslocamento, aquele espaço despertava inúmeros gatilhos de rejeição.

Começava o entendimento da minha representatividade social, do meu lugar, enquanto mulher, negra e pobre, num espaço historicamente ocupado por classes privilegiadas e monocromáticas. A percepção de que muitas questões e comportamentos que me moldavam não eram meras características individuais e sim fruto de uma organização social estruturada em pilares segregacionista e desiguais, me traziam um certo alívio, ao passo que também potencializam um sofrimento rotineiro e familiar à população negra. Sempre me sentia numa corrida ocupando as piores posições.

A aproximação com o movimento estudantil e outros movimentos sociais agregaram imensa maturidade na construção e reconhecimento da minha identidade individual e profissional e do quanto era necessário resgate e fortalecimento de toda uma historicidade silenciada. Foi um suporte e tanto no enfrentamento do racismo institucional vivenciado, beneficiando a manutenção da minha presença naquele espaço. Foi nesse ambiente hostil da universidade que assumi, enquanto ato político, minha autoafirmação negra, negada até então, sobretudo nos aspectos fenotípicos. A começar pelos meus cabelos crespos.

Durante a graduação meu vínculo, por vezes involuntário, com as disciplinas de ciências sociais e saúde coletiva sempre se mantiveram prevalentes. Era o espaço/momento onde os diálogos traziam leituras que explicavam a conjuntura da saúde e sociedade e como esses

processos se concretizavam na prática. Seguindo essa trilha, participei do Núcleo de Pesquisas em Desigualdades Sociais e Saúde, do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde da Mulher e fiz meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre fitoterapia em odontologia.

A dinâmica de todos esses eventos somados com o meu lugar social de fala é responsável pela minha decisão, sobretudo POLÍTICA, de trabalhar no SUS, ou em áreas que militem numa perspectiva voltada a coletividade, indo de encontro à orientação mercadológica, hospitalocêntrica e medicalizadora que a saúde é representada e comercializada.

Então as coisas ficaram assim: em dezembro de 2015, com 40 semanas de gestação, estava eu colando grau ao som de Mariene de Castro no auditório central da UEFS. A primeira universitária da família. Contrariando todas as expectativas de inúmeras gerações que tiveram acesso ao ensino básico negado e graças às Políticas de Ações Afirmativas e de permanência estudantil, estava me tornando oficialmente uma cirurgiã-dentista. Grande dia. O que para muitas famílias era um evento previsível, para a minha foi uma conquista singular cravada por processos espinhosos e segregacionistas, em uma sociedade visivelmente racista, machista, egocêntrica e desigual. Naquele dia não tive dúvidas de que representatividade é a possibilidade de se ver numa posição de destaque, livre de estereótipos e associações negativas, criando referências positivas e exitosas para os nossos e nossas.

Inscrição no conselho de odontologia realizada e legalmente apta a trabalhar na área de formação, mas a sensação era que eu acabava de alimentar as estatísticas de desemprego do país. Minha seletividade na escolha pelo setor público não era um fator facilitador. Para minha felicidade, não se passou muito tempo e tive uma oportunidade de trabalho na atenção primária.

O destino ficava situado há uma hora e meia de Feira de Santana, próximo a Santo Estevão. A cidade contava com menos de 15 mil habitantes, com quatro equipes de saúde bucal e o regime de trabalho era via cooperativa, quarenta horas semanais no contrato e 16 na prática. Era mais ou menos assim que as coisas funcionavam. Todos os profissionais da unidade que trabalhei ocupavam cargos comissionados, era materialização de um curral eleitoral.

Sem experiência em saúde da família, pude aprender de forma simples e didática como as coisas não deveriam ser. Tanto o meu trabalho quanto dos demais dentistas eram meramente técnicos e restritos ao ambulatório. Nunca participei de reunião de equipe, Programa Saúde na Escola (PSE), visita domiciliar, planejamento, realização de ações educativas. Meu mundo desabou e meus fantasmas vieram à tona. Eu não conhecia se quer os agentes comunitários de saúde. Um ou outro, quando eu conseguia identificar, era pela farda.

As angústias me tomavam, sentia falta de um aparato de conhecimento que fosse minha munição naquela batalha. Culpei a universidade, a prefeitura, o sistema, até a mim mesma por

tamanha incapacidade. As frustrações aliadas aos problemas de insumos e estrutura só cresciam. Era ano de eleição e o atendimento odontológico se tornou mercadoria de troca por votos. Consultas mediadas por interesses políticos associados com mão de obra precarizada não são misturas muito férteis para emancipação política de um povo. Prefeito reeleito, demissão em massa no dia 30 de novembro. Isso é um ritual nas cidades do interior que vem sendo mantido sistematicamente. A proposta de recontratar após o carnaval fica como uma fuligem de esperança no meio do caos.

Antes mesmo de o carnaval chegar assumi uma nova unidade no município onde nasci. Era a oportunidade de fazer as coisas diferentes, dentro das possibilidades impostas. A existência de uma coordenação organizada facilitava a dinâmica do processo de trabalho oportunizando a realização de atividades propostas no nível da atenção primária. A dificuldade relacionada à manutenção de um atendimento integral e programado eram similares as demais localidades.

Insatisfeita com o cenário e me sentindo não suficientemente qualificada, retomei a proposta de estudar e fazer residência em saúde da família. Até então parada por conta das particularidades que a maternidade me proporcionou. Era a oportunidade de agregar trocas de saberes que me proporcionassem mais segurança para enfrentar as demandas cotidianas exigidas na consolidação de um sistema de saúde mais democrático.

### **3.2 A Residência e a Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Mangabas**

A Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Mangabas está localizada na Rua Getúlio Vargas, no bairro do Parque das Mangabas, pertencente ao distrito Sanitário de Abrantes do município de Camaçari. A unidade foi inaugurada no ano de 2010 e contava com duas equipes de saúde compostas, no total, por um dentista, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois médicos, agentes de endemias e de saúde. Inicialmente não possuía sede própria e funcionava em estrutura provisória.

Além do atendimento clínico e odontológico, eram ofertados serviços de planejamento familiar, pré-natal, puericultura, acompanhamento de hipertensão e diabetes, imunização, curativos e distribuição de medicamentos. No ano de 2015 a unidade se tornou campo de prática e ensino da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculada a Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz da Bahia “Gonçalo Muniz”, sendo o quadro profissional de nível superior todo vinculado ao programa da residência, com exceção dos médicos, que passaram a ser vinculados a RMSF somente no ano de 2019.

Atualmente, a unidade conta com três equipes de saúde da família, compostas por médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas, auxiliar em Saúde Bucal (ASB), técnicos de enfermagem, agentes comunitários em saúde, técnico de farmácia, gerente, auxiliares administrativas, agentes de limpeza, apoiadores institucionais, apoiadores de núcleo, seguranças patrimoniais e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A Unidade funciona de segunda à sexta, das 08 às 16 horas, tendo esse horário diferenciado porque o território apresenta alto índice de violência e pouco acesso dos transportes coletivos no fim da tarde. Além do acolhimento a demanda espontânea, a USF oferece os seguintes serviços de saúde: consulta médica, odontológica, enfermagem e NASF, marcação de consultas na regulação, confecção do Cartão nacional do SUS, imunização, distribuição de medicamentos, triagem neonatal (teste do pezinho), testes rápidos, aferição de pressão arterial e glicemia, administração de medicação injetável, coleta de preventivo ginecológico, curativo, Programa de Controle de Tuberculose, Programa de Controle de Hanseníase, visita domiciliar, consultas coletivas e atividades grupais (grupo de gestantes, grupo de caminhada, grupo de auriculoterapia e crianças), atuação direta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de endemias na comunidade.

As equipes são denominadas por numerais, sendo equipe I, equipe II e equipe III. A população adscrita é de aproximadamente 6.354 usuários, porém, contamos com duas áreas cobertas, porém sem ACS e em constante crescimento populacional. Atualmente, a USF está passando por um processo territorialização e atualização dos cadastros dos usuários e ainda não temos esses dados digitalizados no sistema de informação (e-SUS), limitando a caracterização geral da população e estratificação do perfil de forma fidedigna. O território, mais especificamente na microárea II (minha microárea), apresenta um número significativo e espaços de religião afro-brasileira, contando também com a presença escolas da rede estadual e municipal de ensino.

Na minha primeira semana de residência, todas as expectativas baseadas em práticas de aprendizagens normativas caem por terra. Até então a terminologia de metodologias ativas, usada rotineiramente pela Fundação Estatal em Saúde da Família (FESF) era algo totalmente novo para mim quanto ao campo de prática no qual estava sendo inserida, a Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Mangabas.

Inicialmente frustrada pelo campo de prática ser na Região metropolitana e não em Salvador, as coisas se tornaram mais leves ao conhecer um pouco da rotina de oferta da USF, incluindo as atividades na modalidade grupal com gestantes. Estava feliz pela conquista e sabia que toda vivência seria primordial na construção de uma nova identidade profissional,

desvinculada da formação tradicional e colonizadora que é ofertada continuamente. Estava realizando um sonho. Inúmeras experiências e construções afetivas positivas, outras nem tanto.

Durante o primeiro ano a sensação foi de imersão no acolhimento à demanda espontânea, que é ofertado de maneira rotineira e organizada nas unidades da residência. Segundo o Ministério da Saúde no seu Caderno de Atenção Básica número 28, o acolhimento pode ser entendido como:

[...] uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2013, P. 20).

Foi o espaço que mais me causou medo e desconforto. Medo por não saber previamente informações mínimas sobre o usuário que eu iria acolher, desconforto pela limitação que meu conselho profissional legalmente me orienta. Eu ficava sozinha na escala do acolhimento às quintas pela manhã e acabava na maior parte do tempo me deslocando a procura de segunda escuta e prontuários, do que acolhendo o paciente como preconizado. Já se esperava que esse espaço trouxesse alguns desgastes físicos e tensionamentos internos, isso faz parte inclusive da organização do processo de trabalho em acolher a demanda não programada. Cabe ao profissional ter maturidade, inclusive emocional, para gerir esses entraves, sem desconsiderar a responsabilidade pedagógica que a residência apresenta nessa organização. No entanto, o acolhimento é uma ferramenta de acesso e postura profissional que traz oportunidade de crescimento individual incrível, compondo atribuições desde postura respeitosa, conhecimentos de núcleos diversos, mediação de conflitos, comunicação não violenta, gestão do trabalho, entre outras. Em suma, oferta a oportunidade de exercício de muito do que é preconizado na construção e fortalecimento do SUS. O lugar mais temido, se tornou um dos espaços mais férteis, pedagogicamente falando. Em um ano foi possível aprender bastante, mas, na estrutura que se sustenta, é humanamente impossível vivenciar com plenitude e dar conta das demandas que esse espaço exige, mantendo a saúde mental em dia. Portanto, precisa ser repensado por parte da gestão, dos usuários e profissionais, para ser transformado em um espaço verdadeiramente acolhedor, também para os profissionais.

A configuração da minha realidade de mãe residente, que tentava sobreviver ao traslado mais de 2 horas diárias de uma cidade para outra (Salvador-Camaçari), e exercia tripla jornada de trabalho, era de um cansaço desmedido. A adaptação nos primeiros meses nessa cidade apocalíptica (Salvador), foi extremamente dificultosa. Depois a gente vai se acostumando e buscando maneiras e modos de suavizar o cotidiano de trabalho e criar momentos afetuosos e

felizes. Encontrei amparo nas boas risadas e vidas alheias, pelos corredores e arredores dos espaços que transitamos, espaços de fugas, tretas e afetos. Ainda que minha escrita se estendesse por infinitas páginas, restariam lacunas não contempladas, diante de tudo vivido, então estou tentando trazer eventos que foram marcantes e que me dediquei com mais afeto e energia.

As atividades grupais na perspectiva de promoção à saúde têm uma exploração e significação maior nesse relato, pela importância representativa no SUS e pela potencialidade que eu reconhecia nas mesmas como estratégia de emancipação humana. No decorrer da escrita vou abordar mais detalhadamente a formação e dinâmica de duas atividades grupais: o grupo de gestantes e o grupo de crianças (Mangabinhas). Ainda sobre espaços coletivos, um dos encantamentos que tive foi o contato com algumas Práticas Integrativas e Complementares (PICs), como dança circular, *heiki* e auriculoterapia. Inclusive, fiz curso de auriculoterapia e ventosa por sentir necessidade de ofertar um cuidado que em certa medida foge à orientação medicalizadora hegemônica.

Depois do primeiro ano intenso, fatigante e árduo, mas também de aprendizagem e deslocamento profissional incrível, chegou um dos momentos mais difíceis, que era se desvincular da assistência, das reuniões, dos grupos, só não sentia saudades do acolhimento. Inicialmente estive bem resistente a essa mudança, mesmo sabendo que ela chegaria em momento programado. Aos poucos fui internalizando a nova rotina e entendendo a necessidade de exercitar a mudança e desapego naquele cenário de conquistas importantes.

Não sigo agora uma linearidade cronológica para citar eventos do pretérito que marcaram irreversivelmente minha trajetória de residente preta. Já é esperado que o racismo institucional<sup>2</sup> nos “presentei” diariamente com micro agressões nos diversos espaços e relações, foi assim durante a graduação de odontologia e na residência também não foi diferente. Somos educados a ter vergonha da nossa identidade, achar que existem lugares pré-determinados para ocuparmos, que não são lugares de sucesso e prestígio; internalizamos que não somos boas e bons, mesmo tendo realizado inúmeros cursos e capacitações; de forma “sutil” o racismo opera extremamente eficaz, desumanizando a gente. São práticas herdadas e identidades negadas desde um passado de violência, opressão e escravização e um presente ainda colonizado.

---

<sup>2</sup> Corresponde a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. O conceito foi cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, como capaz de produzir: “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (WERNECK, 2016).

No Brasil, um sistema de hierarquização social funda-se sobre dicotomias que, por três séculos, sustentaram a ordem escravocrata: elite/povo e brancos/negros são dicotomias que se reforçam mútua, simbólica e materialmente (GUIMARÃES, 2005). A classificação e a hierarquização racial hoje existentes, construídas historicamente na efervescência das relações sociais, passaram a regular as relações étnico-raciais como mais uma lógica desenvolvida no interior da nossa sociedade (GOMES, 2003).

As consequências do racismo estrutural no Brasil afetam, entre outras relações, as trabalhistas, desde a hora da contratação de funcionários até no caso de conflitos judiciais (ALMEIDA, 2017). Os espaços de trabalho ainda estão longe de atingir a igualdade racial, visto que o racismo estrutural não está presente só quando as pessoas praticam ofensas. A face comportamental é apenas a ponta do iceberg. Enquanto estrutura de opressão, ele opera no inconsciente, repercutindo nas mais diversas questões, tais como a apreensão estética e a sub-representatividade (BERSANI, 2016).

Para não falarmos de racismo de maneira genérica ou distante, vejamos a descrição do seguinte episódio vivenciado por mim nas dinâmicas profissionais da USF:

Numa quinta-feira agitada de acolhimento lotado, sozinha, como já esperado, vou em busca do médico para arquitetar uma segunda escuta, entro na copa e me dirijo até ele que conversava algo sobre viagens e comidas com uma funcionária da unidade. Sorridente ela me elogia e fala do quanto eu surpreendi ela e as preceptoras, por minha desenvoltura, profissionalismo e conhecimento. A surpresa dela e das outras profissionais são sintomáticas; o advento da surpresa reside na descoberta de algo inesperado, ou seja, das minhas qualidades profissionais; o espanto em descobrir o potencial de uma cirurgiã dentista preta é sintoma de uma doença perigosa para saúde de qualquer pessoa negra: o racismo. Será que essa surpresa foi direcionada também para outros(as) residentes brancos? Não! O racismo estrutural elege fenotipicamente quem detém conhecimentos, sabedoria, prestígio e poder, e isso repercute em comportamentos, imposições, cerceamento e silenciamentos.

Pois bem, não imaginavam que eu poderia ser uma boa profissional. Engulo o sentimento que me toma em situações como essa, faço uma fala breve com o médico e volto ao acolhimento. Pacientes à espera, retorno à copa depois de um gole de água e dou continuidade ao diálogo incômodo. Sentindo-se à vontade e achando que eu estava feliz com supostos elogios, ela segue narrando o descontentamento dela e de 2 profissionais do corpo pedagógico da residência quando me apresentei na unidade. Foi perguntado por que eu havia sido escolhida, pois não aparentava ser boa profissional. A resposta foi clara, não tiveram culpa, pois fui escolhida pelo nome.

Melhor descrevendo esse episódio, no dia da escolha dos residentes - ritual comum da FESF para alocar os novos profissionais nas USF - eu não pude estar presente, graças a Orixá, que retardou esse evento desagradável, mas não pôde evitar que eu fosse preterida. De imediato eu entendi que estava sendo vítima de argumentos racistas compartilhados por um grupo de profissionais, pelo simples fato de não apresentar padrões estéticos preferidos socialmente no cotidiano das sociedades, por não aparentar ser tão competente profissionalmente como sou, afinal de contas, às pessoas negras são destinados, historicamente, os piores lugares sociais. Somos maioria nas penitenciárias, nas filas do SUS e nos cemitérios. Sofremos, adoecemos e morremos todos os dias com a conivência e incentivo do Estado e das políticas públicas genocidas da população negra.

São sutilezas cruéis que nos desumanizam, matam e ainda nos culpam. Foi horrível, numa dimensão imensurável, entre lágrimas solitárias e um ódio desmedido de quem interpreta muito bem a realidade violenta envolta que segui sustentada pelas forças que me antecederam. Hoje, percebo que caberiam outras posturas, baseadas em normativas legais, porque racismo é crime, determinado em legislação própria, sendo esta a Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989, onde prevê detalhadamente diversos crimes tipificados como crimes de Racismo, considerando em seu artigo 1º “serão punidos, na forma desta Lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional” (BRASIL, 1989). Segundo a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, inciso XLII, “A prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei” (BRASIL, 1988).

Não estive disposta a ouvir a minimização que realizam desses episódios, reduzindo à equívocos ou trazendo questionamentos que deslegitimam a minha denúncia; em teoria todo mundo repudia o racismo, mas na prática banalizam ou amenizam o crime, eu sabia que ali não seria diferente. Esse meu silenciamento não diminuiu o sofrimento e dor, mas errônea e involuntariamente foi uma tentativa de me preservar diante da violência, no entanto essa atitude, coletivamente pensando, não muda o cenário nefasto do racismo institucional. Precisamos expor esses casos e constranger os racistas - por isso o faço aqui - para não se fazer crer que não existe punição para esse tipo de violência. Obviamente, precisamos ter uma rede de apoio que crie condições favoráveis a partimos para tal enfrentamento.

A riqueza em detalhes desse episódio é para compreensão de onde surge, além de outros espaços, sujeitos e avaliações, a iniciativa de criar o grupo infantil Mangabinhas, que abordasse questões de identidades raciais, objetivando a desconstrução do lugar social depreciativo que o negro ocupa. Sabemos que geneticamente temos as mesmas capacidades que as demais pessoas, porém a raça, em termos sociológicos, pode ser um indicador do destino traçado até

onde a criança vai chegar, das expectativas de vida e trabalho. Essa arquitetura funciona com a conivência do Estado que opera um modelo de escola eurocentrada, onde a história da população negra está resumida à condição de escravização, desconsiderando toda contribuição intelectual, cultural, tecnológica e científica dos povos negros desde o Egito Antigo (África), por exemplo. Esse padrão também se aplica para os estabelecimentos de Saúde. Quem é preto, entende perfeitamente, e sente na pele tudo que escrevi.

Seguindo a rotinas de trabalho, maternidade e estudos - por que a vida não para gente se recompor, assumo a rotina de R2, outras atribuições e competências começam a ser despertadas com o estágio em redes de saúde. Fiquei no Centro de Oncologia de Camaçari (CEONC), um campo de estagio novo, que enfrentava alguns desafios de implementação e organização. O CEONC funciona na perspectiva de rastreamento, promoção e acompanhamento voltado para área de oncologia. Não realiza tratamento para câncer, para isso temos os serviços de referência em Salvador. O corpo profissional é formado por inúmeros especialistas médicos, nutricionista, assistente social, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além do corpo administrativo e de higienização.

Apesar de todos os contratempos, ausência de acompanhamento pedagógico em momentos importantes, conseguimos, eu e o outro residente lotado no serviço, desenvolver um trabalho legal, contribuindo para articulação de redes. A mobilização individual vem, também, por entender que espaços com problemas como aquele são rotinas desafiadoras do SUS. Eu era tão vinculada a vida de R1 que não percebia algumas lacunas que havia na minha própria formação, uma delas era que até então eu não sabia trabalhar em redes, o trabalho em equipe era algo mais tranquilo e acessível, mas trabalhar em redes era desafiador.

No intuito de aproveitar o momento e os espaços, construímos o fluxograma interno do serviço (anexo A), sendo uma ferramenta extremamente importante para a equipe entender a rotina de funcionamento, até por que percebemos que os fluxos internos não estavam bem estabelecidos entre os próprios integrantes da equipe. Além desse trabalho, fizemos um rápido levantamento através de dados secundário de prontuários, para conhecer um pouco sobre o perfil de mulheres que estava acessando a especialidade de ginecologia, em determinado período. Foi outro momento rico essa exploração, por que percebemos que algumas unidades da atenção básica, praticamente não referenciavam pacientes para o serviço do CEONC. Mais uma vez, nos articulamos e produzimos momentos de discussões nas unidades as quais éramos lotados, apresentando o serviço, fluxos, critérios de encaminhamentos, além de outras informações relevantes.

Depois desse movimento percebemos, em curto espaço temporal, como as nossas unidades passaram a encaminham casos dentro dos critérios de admissão para o CEONC. Casos que por desconhecimento involuntário da equipe, poderiam ficar dispersos na rede. Acabamos nos tornando um canal entre as unidades da residência e o serviço do CEONC, tirando dúvidas, articulando interconsultas, promovendo contra referência segura, fazendo busca ativa em nosso território. Foi super gratificante, em especial, ver alguns casos exitosos, como um paciente com câncer de boca, em extrema situação de vulnerabilidade social há algum tempo. Já estava em tratamento no Hospital de referência em Salvador, mas não teve um suporte de assistência social para garantia de alguns benefícios garantidos legalmente. Esse suporte foi ofertado pelo serviço social do CEONC, depois que a dentista residente que o acompanhava teve a sensibilidade e cuidado singular, buscando possibilidade de acompanhamento no serviço local.

Em resumo, conseguimos articular a garantia de alguns benefícios. Interessante que até hoje, mesmo não estando mais no serviço, recebemos mensagens e telefonemas de profissionais querendo esclarecer informações sobre o CEONC, principalmente dúvidas sobre encaminhamento. Uma das contribuições para isso, é que os critérios de admissões, que deveria orientar os profissionais sobre os encaminhamentos, está desatualizado desde que foi construído, há cerca de 10 anos.

Esse momento de vivência não foi diferente dos demais, embasado por dados do próprio serviço que coletamos, discutimos questões de gênero, raça, escolaridade, como determinantes do processo de saúde e adoecimento. A organização bem diferente da proposta da assistência básica, principalmente pela presença majoritária de médicos especialistas, com condutas médico centradas, foi um fator dificultador para algumas ações. Involuntariamente, aprendemos e crescemos nesses espaços espinhosos, mesmo com as dificuldades de um campo de estágio que poderia ter sido melhor articulado para nos receber.

Depois desse momento em redes, veio o meu Estágio Eletivo<sup>3</sup>. Faço questão de relatar outro lamentável episódio institucional ocorrido durante a escolha do local para realização deste estágio. Segundo o Regimento do Programa:

[...] diversos serviços da rede de atenção e gestão podem acolher as atividades práticas dos estágios optativos e eletivos, bem como eventualmente serviços de outras redes, desde que haja pertinência com a formação em Saúde da Família e o aval da coordenação do Programa (FESF; FIOCRUZ, 2008, p. 11, grifo meu).

---

<sup>3</sup> A avaliação processual dos residentes em estágio na saúde da família - estágios optativos e eletivos - tem um caráter formativo e somativo, ou seja, visa contribuir com o desenvolvimento do residente, identificando as suas potencialidades e fragilidades para que sejam definidas as prioridades e metas para o seu aprendizado, além de registrar objetivamente o alcance de competências esperadas na formação (FESF; FIOCRUZ, 2018).

A busca por um estágio que dialogasse com meus anseios enquanto dentista preta em atuação na atenção básica, foi minha meta desde que tive conhecimento da proposta dos estágios. Saber que eu poderia escolher um espaço para estagiar, era como exercitar minha autonomia profissional, compromisso ético e político e minhas subjetividades, na busca por uma prática de cuidado e saúde que iria além da lógica medicalizadora.

Minhas expectativas se transformaram em frustração. Escolhi como campo para o estágio eletivo uma comunidade tradicional de terreiro de candomblé, o Ilê Axé Ibá Ajunkesy, localizado no bairro de Fazenda Grande do Retiro, em Salvador. Tal escolha residia na compreensão da importância que os terreiros representam na promoção e prevenção da saúde e na possibilidade de diálogo fértil com a formação preconizada pela FESF. No entanto, meu pedido para estagiar no referido terreiro foi indeferido.

O Art. 3º do III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN estrutura eixos estratégicos que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população. Segundo o Art. 4º, os eixos definidos no art. 3º serão observados na elaboração dos projetos e ações de saúde voltados à população negra, como a seguinte estratégia:

Qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais (Quilombolas e Terreiros) aos serviços de saúde da atenção básica, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, em especial a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2017, p. 41).

Sendo assim, minha escolha em estagiar com atenção às práticas promotoras de saúde em um terreiro de candomblé, não era apenas um desejo pessoal, mas uma política pública estabelecida como competência, inclusive, para os municípios; uma conquista da luta do Movimento Negro brasileiro por uma nova política de saúde pública para os negros e negras do Brasil.

A coordenação da FESF, na contramão das políticas públicas para população negra, negou o meu pedido com base em argumentos, rasos, tais como: (1) que a minha área de interesse para a realização do estágio não estava inserida nas Políticas Públicas de Saúde; (2) que o nosso programa é uma formação no SUS e para o SUS<sup>4</sup>, portanto, os campos de estágios precisam ocorrer em serviços que compõem as políticas públicas de saúde ou, no máximo, em serviços de políticas públicas que se relacionam com o setor saúde; e (3) que a área de

---

<sup>4</sup> Existe um histórico de residentes que escolhem outros países para o estágio eletivo e recebem prontamente um parecer favorável da FESF sem maiores questionamentos, mesmo não existindo SUS fora do Brasil.

concentração do estágio eletivo deve estar direcionada para o cuidado ou gestão da atenção básica, articulação de redes na perspectiva do cuidado integral<sup>5</sup>.

Os estudos antropológicos evidenciaram que os terreiros não são somente templos, mas também agências de serviço de saúde populares importantes, núcleos de uma ação social que repercute sobre segmentos consideráveis da sociedade (SERRA et al, 2010). Tal postura parece se configurar como mais uma estratégia de silenciamento dos saberes e fazeres da população negra e da cosmovisão de matriz africana, que estão presentes e preservados nos terreiros de candomblé através, por exemplo, das diversas formas de cuidado e concepções de saúde do povo de santo. Vai de encontro ao próprio histórico de reivindicação, formulação e implementação da Política de Saúde da População Negra, embasada na demanda histórica pela ampliação do acesso da população negra aos serviços de saúde em todas as áreas de abrangência do SUS, chamando-se a atenção, também, para a necessidade de valorização dos espaços tradicionais de matriz africana, como local de divulgação de práticas e saberes de promoção da saúde, e a importância de que os programas de informação, educação e comunicação levem em conta práticas populares de cuidados com a saúde.

O indeferimento com argumentações contraditórias, demonstra também desrespeito e desconhecimento da intrínseca relação que os cuidados tradicionais, e a rede viva que os usuários acessam, a contar os terreiros, tem com o SUS.

Depois da negação, minha segunda opção era voltar a minha cidade no interior da Bahia, até para desacelerar um pouco. Fui para uma Unidade de Saúde da Família no povoado da zona rural no município, dinâmica totalmente diferente de Camaçari. Para mim não teria muito de novo, falando da dinâmica geral das USF, a importância maior da minha presença ali, seria a contribuição advinda da minha formação enquanto residente. Mas em termo de formação individual era viver mais do mesmo. Pude trazer conceitos e orientações sobre acolhimento a demanda espontânea e oferta de prática integrativas, com a minha experiência de Mangabas foi super tranquilo dar esse suporte para equipe. É incrível como percebemos nosso deslocamento profissional, eu estava voltando na mesma unidade que havia trabalhado há um tempo, mas agora carregava uma nova identidade profissional, com contribuição do processo pedagógico da residência. Isso me trazia um contentamento incrível, às vezes na correria do dia a dia, não visualizamos tudo de potente e inovador que temos acesso, às vezes no campo de prática estressante da residência não percebemos a nossa construção diária, daí como nos deslocamos para outro espaço, tudo vem à tona.

---

<sup>5</sup> Informações contidas no e-mail institucional da FESF em resposta ao meu pedido de estágio.

Entendi que também cabe a cada um, ressignificar os espaços por onde transita, deixando o melhor de si, aproveitando cada oportunidade, sem deixar de dialogar e exigir condições mínimas de aprendizagens, mas reconhecendo em si um sujeito potente de transformação. Foi alicerçada nesse pensamento que construí em eletivo leve, aproveitando oportunamente cada momento. Mas sem esquecer que a negação da primeira escolha impactou na minha trajetória profissional, e que minha primeira opção poderia ter sido muito mais significativa e proveitosa. Isso ficou bem evidente durante o estágio de gestão na Coordenação de planejamento do município. Estavam propondo a construção de uma linha de ação sobre saúde da população de religião de matriz africana. Pensei o quanto a minha vivência em um terreiro poderia ter agregado na construção da iniciativa do município e do quanto essa metodologia poderia beneficiar o povo de santo e a nossa formação.

### **3.3 Ações Educativas com Gestantes e saúde materno-infantil**

Nos meses de julho e agosto de 2018 contávamos com cerca de 43 gestantes cadastradas e realizando acompanhamento na USF, destas, 21 eram da área da equipe I, 10 da equipe II e 22 da equipe III. Foram extraídos dados da Ficha de Cadastramento das Gestantes do Ministério da Saúde (anexo B), onde foram analisados faixa etária, escolaridade, situação conjugal, raça/cor (por auto declaração) e quantidade de filhos, tal como sistematizado no conjunto de gráficos da figura 01.

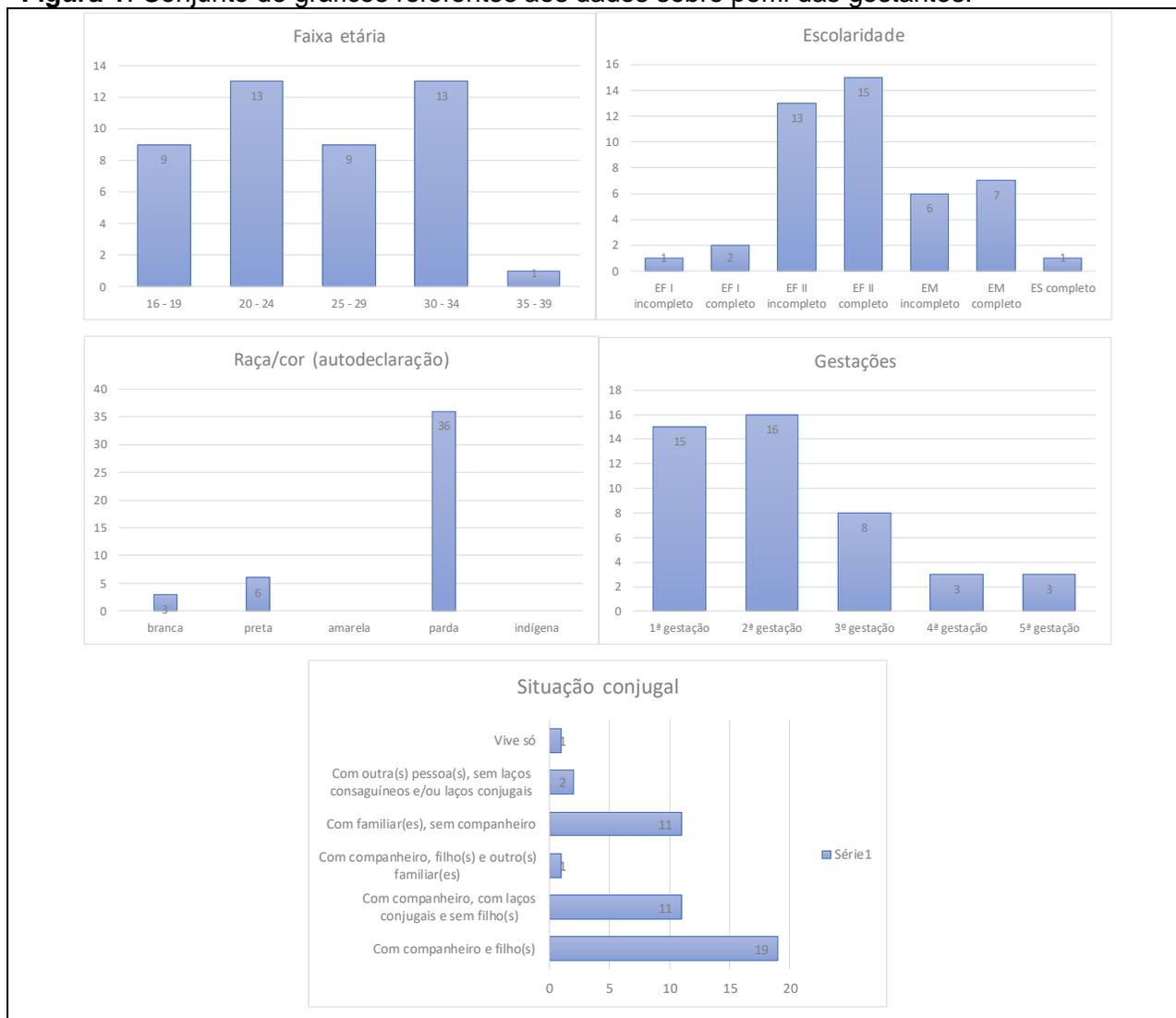
Com relação aos dados da faixa etária, a idade média das gestantes é de 25,4 anos, sendo notável um número significativo de gravidez na adolescência (entre 16 e 19 anos). O maior número de grávidas foi nos intervalos dos 20-24 e 30-34 anos, totalizando 26 gestantes. Os dados sobre escolaridade demonstram que apenas umas das gestantes possui nível superior completo, a grande maioria chegou a cursar até o ensino fundamental e somente sete delas apresenta o ensino médio completo.

Conforme ilustrado no gráfico sobre auto declaração de raça/cor, apenas três se autodeclararam brancas, evidenciando que elas são majoritariamente negras (pardas e pretas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e dados Estatísticos). Chamamos atenção para a presença gestantes ciganas no nosso território, visto que os dados da ficha da gestante não englobam essa variável.

A situação conjugal revela que a maioria das gestantes convive com companheiro e filho (s), seguidas das que moram com familiares sem companheiros, e as que moram com

companheiros sem filho (s). O número de gestação deixa nítido que quinze das mulheres são primigestas, as demais estão da segunda até a quinta gestação.

**Figura 1:** Conjunto de gráficos referentes aos dados sobre perfil das gestantes.



Fonte: Autora, 2018.

Previamente à proposta dessa intervenção, já funcionavam consultas compartilhadas com gestantes às segundas-feiras, quinzenalmente, durante o turno da tarde. A proposta da consulta compartilhada surgiu da necessidade de desafogar as agendas das equipes para darem conta do grande quantitativo de gestantes que a unidade prestava assistência, além da oportunidade de trabalhar temas em educação em saúde. Até o mês de junho de 2018 o funcionamento era nessa perspectiva, as gestantes eram agendadas em dias separadamente por trimestre gestacional. O espaço acontecia da seguinte forma: realizavam-se no primeiro momento

abordagens de educação em saúde envolvendo temas comuns relacionados ao trimestre que as gestantes pertenciam e depois elas eram encaminhadas para consulta individual nos consultórios de enfermagem. A reconfiguração desse momento, de consulta compartilhada para grupo, foi pensada coletivamente pelas mulheres e equipe multiprofissional depois da primeira ação proposta com recorte da educação popular.

O planejamento dos espaços foi realizado oportunamente, após uma das consultas compartilhadas, onde podemos contar com a presença do público alvo. Estavam presentes equipe multiprofissional, gestantes e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe apresentou a proposta da construção/ressignificação dos espaços descrevendo a orientação teórico metodológica, baseada em uma educação popular próxima da realidade do nosso território e população, onde as abordagens procurariam estimular o sentimento de proximidade e pertencimento com os debates, sendo importante que elas fossem personagem principal desse processo. Após essa explanação, construímos sugestões sobre como seria a conjuntura dos espaços, temas abordados, temporalidade, ficando claro que as tomadas decisórias seriam centradas na determinação do coletivo e não direcionado pelo interesse da equipe de saúde.

No primeiro momento foram listados os principais problemas, demandas e dúvidas com recorte de assistência no pré-natal, dentro do nosso território, que poderiam ser trazidos para discursões subsequentes. Os temas sugeridos para orientar as abordagens educativas foram (1) violência obstétrica, (2) direitos e deveres das gestantes, (3) depressão pós-parto, (4) sinais e sintomas comuns da gestação e (5) cuidados com o recém-nascido. Os temas relacionados a saúde bucal a princípio não foram mencionados, nem sinalizados. No intuito de introduzir esse debate, foi proposto pela equipe de saúde bucal que se trabalhassem temas de saúde odontológica em conjunto com os sugeridos anteriormente, sendo aceito pelo coletivo.

Os encontros foram organizados também de acordo com a dinâmica de agenda da unidade e demais participantes, de forma a não prejudicar a continuidade de oferta de serviços, ficando pactuado que os espaços aconteceriam extrapolando o ambiente da USF, como na associação de moradores do bairro, que fica localizada em frente a unidade.

Na reunião de equipe, reiteramos sobre as atividades, principalmente aos ACS, para que além da entrega dos convites, dialogassem com as mulheres grávidas sobre a importância do momento. O convite foi estendido a todos da equipe caso quisessem participar ou reforçar o convite às gestantes. As mulheres grávidas que não estavam no momento do planejamento foram convidadas pela equipe através de redes sociais, telefonemas, visita domiciliar, assim como abordagem diretas na unidade. Optamos por estender o convite a todas as gestantes,

independente do período gestação, por entender que o espaço, as trocas e conteúdos poderiam ser relevantes a todas.

Foram realizados três espaços (oficinas e rodas), com cerca de 10 a 12 participantes em cada, com encontros quinzenais, no período de julho a agosto de 2018. O primeiro espaço foi facilitado por mim, dentista da unidade, por uma enfermeira, uma ACS, uma professora de educação física e uma fisioterapeuta. Fomos apenas uma referência para a condução do processo, objetivando assim, que a nossa figura não fosse uma barreira para livre expressão das mulheres.

O tema primeiramente abordado foi violência obstétrica, e partiu da necessidade de compreensão da conjuntura local onde se tem, pelos inúmeros relatos, uma assistência obstétrica hospitalar pouco humanizada. A equipe acrescentou a essa temática abordagem sobre mitos e verdades do tratamento odontológico na gravidez, propondo dialogo suave e propositivo para contemplar a relevância da temática.

Ornamentamos o espaço com mesa demonstrativa com elementos relacionados a saúde oral, como macro modelos, escovas dentais para entrega, escovódromo, espelhos, fio dental e flúor. Iniciamos o diálogo nos apresentando e falando das expectativas e sentimentos com relação ao espaço, em sequência promovi uma dança circular, com música ambiente leve e relaxante, somada a movimentos suaves, objetivando trabalhar o binômio corpo-mente. Ao término, sentamos em círculo, assistimos um vídeo curto sobre violência obstétrica e abrimos para as comunicações sobre o tema. Em riqueza de detalhes, as falas e expressões lançadas iam construindo uma rede de informações rodeadas de significados. Logo após, foi aberto um momento para dialogamos sobre a saúde bucal, onde cada uma foi contribuindo e gerando novas aprendizagens capazes de modificações e redirecionamento social.

Esse e os demais encontros foram finalizados com a realização da escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor (caso houvesse necessidade), e avaliação do encontro. A pedido das integrantes, foi construído um folder, sobre violência obstétrica, onde continha contatos e informações sobre denúncias, assim como contato de uma casa de parto humanizado numa cidade próxima.

No segundo encontro foram trabalhados os Direitos e Deveres das Gestantes e a importância de uma condição bucal saudável para saúde materno-infantil. Iniciamos a tarde realizando uma dinâmica onde uma caixinha de papel cheia de perguntas passava de mão em mão ao som de uma música relaxante. Quando a música parava a pessoa que estivesse com a caixa na mão tirava uma pergunta e respondíamos coletivamente. As perguntas contemplavam os dois temas proposto. Através das respostas abrangemos inúmeros temas transversais ao

discutido. Finalizamos esse espaço com a aplicação coletiva de *reiki*, executada por uma ACS da equipe. Antes da execução foram compartilhadas informações sobre essa técnica de harmonização e da sua importância no cuidado integral à mulher.

Todas as rodas de conversas se concentraram no auditório da unidade (figura 2), mesmo sendo a proposta anterior a utilização da associação de moradores local. Houve um impedimento do uso do espaço por conta de imprevistos que fugiam a nossa governabilidade.

**Figura 2:** Momentos educativos do Grupo de Gestantes.



Fonte: Autora, 2018.

O terceiro encontro foi sobre Depressão pós-parto e orientação de higiene bucal (técnicas de escovação e uso do fio dental). A mediação do diálogo foi realizada pelas mulheres, que em clima de empatia e pertencimento com a causa, iam trocando e aperfeiçoando os saberes agregados. Cada encontro contou em média com 10 a 12 gestantes e ao final foi realizado um lanche coletivo com frutas, sucos naturais e bolo, estimulando uma alimentação saudável e acessível ao nível socioeconômico das participantes.

Durante as rodas de conversas as gestantes tiveram participação ativa e demonstraram profundo interesse no compartilhamento dos saberes, tendo uma boa aceitação com relação as abordagens da temática de saúde bucal e reconhecendo o quanto esta pode ser determinante na saúde materno-infantil. As sugestões de mudança de consulta compartilhada para grupo objetiva a preservação do momento apenas para a educação em saúde, sem a preocupação com divisão do turno para a realização da consulta individual no mesmo dia.

Os espaços dialógicos produzidos (roda de conversa e oficina) se configuraram como momentos que excederam as questões fisiológicas e orgânicas do processo saúde-doença, trazendo para o centro do debate temas relativos aos lugares de fala dos sujeitos participantes, como questões subjetivas, trajetória de vida, socioeconômica, educacional, agregando os saberes das experiências prévias. Reiterando a ideia que somos, todos nós, educadores e educandos, sujeitos ricos de história (BORNSTEIN, 2016).

A proposta de uma intervenção com bases em princípios horizontais, fugindo do monólogo centrado no profissional da saúde foi um elemento que propiciou muitas aquisições positivas, tanto no âmbito coletivo quanto individual. As gestantes protagonizaram os espaços se reconhecendo como sujeitos políticos essenciais na materialização da promoção de saúde. Destaca-se aqui um resultado extremamente relevante do ponto de vista de uma metodologia que se pretendeu, baseada no modelo de clínica ampliada e na concepção de educação popular em saúde.

A ofertas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) teve uma ótima aceitação, sendo um fator motivador essencial na interação, estando em sintonia com o ideário representado pelo SUS e as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Este ideal significa a implementação de uma postura mais abrangente de saúde, doença e terapêutica, para além da visão mecanicista do corpo humano (NAGAI; QUEIROZ 2011).

Após a execução de reiki e da dança circular, tivemos relatos da forma como essas práticas e momentos são importantes, como um método de válvula de escape para todas as problemáticas e rotinas exaustivas enfrentadas diariamente, se caracterizando como período de relaxamento e autocuidado entre gestantes e equipe.

Além das aquisição subjetivas citadas, da mudança de consulta compartilhada para grupo, obtivemos uma melhoria com relação ao aumento da cobertura de primeira consulta odontológica programática de gestantes, assim como consultas de retorno nos meses que foram realizados as ações, melhoria da qualidade da escovação dentária e adesão ao uso do fio dental (observados durante os atendimentos individuais), participação ativa e corresponsabilidade com autocuidado, aproximando comunidade e USF como peça chave para o fortalecimento do controle social e

gestão participativa no SUS. Os ganhos não se limitaram para as mulheres gestantes, a equipe também extraiu do espaço vivências norteadoras na construção de uma identidade profissional crítica e reflexiva.

Em relação as barreiras enfrentadas pelo grupo, citamos: o espaço físico da unidade com presença de ruídos, causando interrupção em atividades que demandavam silêncio e concentração, necessidade de maior empenho e comprometimento por parte de toda a equipe na divulgação e convite, pouca participação nas ações educativas por parte da maioria gestantes, tendo em vista que no universo de 43, só conseguimos abranger cerca de 25%.

A tabela abaixo descreve o número de consultas odontológicas de gestantes de janeiro a agosto de 2018, segundo análise secundária dos cadernos de registro da equipe de saúde bucal.

**Tabela 1:** Frequência das consultas odontológicas das gestantes.

Mês	Frequência de 1 <sup>a</sup> consulta	Frequência de consultas de retorno	Total de consultas
Janeiro	01	04	05
Fevereiro	02	03	05
Março	02	01	03
Abril	05	00	05
Maio	01	01	02
Junho	05	03	08
Julho	06	04	10
Agosto	08	10	18

Fonte: Autora, 2018.

Na observação dos dados é notório o crescente acesso e retorno das gestantes às consultas odontológicas, com maior frequência nos meses de julho e agosto, quando as atividades educativas coletivas foram iniciadas, demonstrando a potencialidade que estas estratégias apresentam no estreitamento dos vínculos entre equipe e gestantes, tendo como consequência positiva além da assistência individual, melhoria nos índices de cobertura odontológica. Salientamos que a baixa dos números anteriores também são consequências de problemas enfrentados, como questões estruturais e de ausência de insumos, falta de Auxiliar de Saúde Bucal, acarretando na suspensão de alguns turnos de atendimentos.

Delfino et al. (2004) discorre sobre a participação de gestantes em atividades grupais como multiplicadora de saúde no seu coletivo, e que as interações geradas entre as participantes e profissionais formam uma teia que possibilita a promoção da saúde integral com repercussões dessa construção coletiva, partindo do reconhecimento e compreensão do cuidar-participante. Quando essa participação vem guiada por metodologias que tem propósito emancipatórios, como

a educação popular, pode produzir melhores resultados que a educação tradicional, por possibilitar a participação ativa do educando no processo da aprendizagem, propiciando o desenvolvimento contínuo das habilidades humanas tanto dos usuários, quanto dos trabalhadores da área de saúde (PEREIRA, 2003).

A proposta de inserção da educação popular como norteadora das ações subsequentes é viável e oportuna, tendo em vistas os resultados satisfatórios alcançados e por apresentar metodologias que contemplam as especificidades presentes em cada território/população, desde esse período citado as atividades grupais com gestantes e seus respectivos parceiros sem sendo realizadas seguindo a metodologia de EPS.

Os avanços obtidos através das intervenções educativas demonstraram a importância e necessidade de ressignificação dos espaços coletivos na produção do cuidado e acolhimento baseado em conceitos que alargam os olhares além da visão biológica e mecanicista centrada na doença. Comungar dos princípios pautados pelas práticas de saúde dialógicas e democráticas que respeitam e valorizam os saberes carregados pelas pessoas é um caminho proveitoso e integrativo.

A partir do relato de experiência e da discussão teórica referenciada, verificou-se que a educação popular em saúde e as práticas integrativas executadas, desempenham efetivamente um papel importante como facilitadores do processo de mudanças, promovendo espaços de acolhida, escuta e trocas de conversas que incorporam também as questões subjetivas tão valiosas no âmbito individual/coletivo das relações humanas saudáveis.

Entender esses elementos como ruptura de processos históricos desiguais e autoritários é uma medida modificadora de condições de vida e cidadania, itinerários terapêuticos e acesso aos serviços de saúde diferenciados, sendo um caminho que pode ser trilhado e/ou protagonizado pelas equipes de saúde da família, gestores e usuários.

Os resultados positivos com a integração dos conceitos trabalhados, reforçam a proposta para avançarmos nos organizando de forma a pautar e assumir enquanto equipe e atores sociais na saúde da família as limitações enfrentadas durante essa construção, como estratégia de aprimorar os trabalhos subsequentes livres de vieses colonizadores que sustentam a organização social de forma tão opressora e injusta. Foi nessa linha de pensamento que passamos o grupo para a turma de residentes darem continuidade ao trabalho.

Paralelo à remodelação desse grupo, realizamos um estudo com escolares na área de abrangência da USF sobre a condição de saúde bucal, que sintetizo a seguir.

### **3.4 Um estudo sobre a condição bucal de escolares na área de abrangência de USF**

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (ESF), às quais compete realizar periodicamente avaliação das condições de saúde, a exemplo da avaliação odontológica. Uma ferramenta potente que oportuniza esses exames é o Programa Saúde na Escola (PSE), oriundo de uma política Inter setorial instituída em 2007 entre o ministério da saúde e da educação, visando o fortalecimento de prática de produção e promoção da saúde, considerando o espaço escolar como ambiente potencial para a produção dessas experiências. O estabelecimento dessa intersecção integrando os saberes desses dois campos é potente é viável uma vez que os processos educativos em saúde e doença incluem tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas (VASEL et al., 2008; BRASIL, 2011; GUIDETTI; ALMEIDA, 2013).

Estudos do tipo inquérito epidemiológico a nível nacional que avaliam condição de saúde bucal de crianças foram realizados no Brasil nos anos de 1996, 2003 e 2010, trazendo informações sobre necessidades bucais dos escolares, possibilitando assim o planejamento das ações a serem desenvolvidas, além de construção de banco de dados contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal. Os resultados desses estudos demonstram que há uma tendência de crescimento na prevalência da cárie em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do CPO-D/ceo-d (média de dentes cariados, extraídos e obturados). Grandes variações regionais nos resultados, também são percebidas, principalmente entre Norte e Nordeste quando comparado com os das regiões Sul e Sudeste, demonstrando a relação dos quesitos socioeconômicos com o adoecimento (BRASIL, 2004b; 2009).

A polarização da cárie dentária, fenômeno onde a prevalência da patologia acomete, com maior frequência, grupos sociais menos favorecidos sócios-economicamente, fortalece a necessidade de as equipes de saúde bucal investirem em espaços coletivos exercendo o que está disposto nos programas voltados para esse público, estimulando enfrentamento de tais agravos bucais (FEITOSA; COLARES, 2004).

Um estudo realizado em Salvador sobre condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família, demonstrou que a prevalência da cárie foi de 49,6% e o ceo-d igual a 1,97, sendo que a maioria dos dentes se encontrava cariados (85,78%), além da elevada prevalência e gravidade de

problemas bucais passíveis de prevenção e controle mediante ações educativas, preventivas, a citar o PSE (ALMEIDA et al, 2009).

Camaçari, cidade onde foi realizado esse estudo, pertence a região metropolitana de Salvador, é a quarta cidade mais populosa da Bahia e a segunda mais populosa da Região Metropolitana. No último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, seu quantitativo populacional foi de 242.970 habitante, em 2019 a população estimada era de aproximadamente 296.893 habitantes<sup>6</sup>. Trata-se de um dos mais ricos municípios do nordeste brasileiro, com Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2014 de R\$ 62.409,50. De acordo com o Geoportal de Informações em Saúde – GEOlivreBA, o município apresenta uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (equipe mínima) de 50,79% até novembro de 2018. Quando delimitamos a cobertura de saúde bucal este número chega a 29,05%<sup>7</sup>.

Segundo a Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, na cidade de Camaçari, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 90,82%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 81,40%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 47,70%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 34,40% (BRASIL, 2012).

Partindo da lacuna de estudos com esse caráter a nível de Bahia e ausência de estudos publicados sobre Camaçari, a produção desse estudo se torna profícua e relevante, contribuindo para compartilhamento de conhecimentos e aprendizagens, na perspectiva de valorizar ações voltadas às políticas públicas e vigilância em saúde bucal. Sendo assim, esse trabalho buscou descrever avaliação da condição bucal dos escolares da escola Filantrópica Família Feliz na área de abrangência de unidade de Saúde da Família do Parque das mangabas, município de Camaçari, Bahia, no ano de 2018. Especificamente, buscou-se (1) estimar a prevalência de cárie dentária e placa visível dos estudantes da Escola Filantrópica Família Feliz, na faixa etária dos 02 aos 06 anos, e (2) fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde e educação relativos à Saúde Bucal deste grupo, orientando planejamento das ações educativas e intervencionistas a serem realizadas.

A ação que resultou nesse estudo trata-se do Programa Saúde na Escola (PSE), uma política voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira na perspectiva de promover saúde e educação integrais.

---

<sup>6</sup> Departamento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde. Plano municipal de saúde 2018 -2021, Camaçari, Secretaria de saúde.

<sup>7</sup> Infraestrutura e dados Espaciais do Estado da Bahia. Disponível em: <<http://geolivres.saude.ba.gov.br/geoportal/map.phtml?language=brGeoPortal>>. Acessado em: maio de 2019

Previamente à ação, foi realizada uma reunião entre a equipe de saúde bucal e a coordenação da escola, momento de planejamento conjunto da atividade a ser realizada como o levantamento das características do ambiente, faixa etária das crianças, série, temas a serem abordados, entre outros aspectos relevantes ao desenvolvimento da ação. Sendo realizado também, em outro momento, um encontro teórico com dentistas examinadores, para a discussão dos métodos de cada exame e os códigos a serem preenchidos na ficha de coleta.

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra composta por 114 escolares, com idades entre 02 e 06 anos, matriculados na Escola Filantrópica Família Feliz. As ações foram realizadas em todas as turmas, um total de dez. Estiveram presentes três cirurgiões-dentistas (CD), uma auxiliar de saúde bucal (ASB), duas agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma enfermeira, todos integrantes da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde do bairro.

Como estratégia de diálogo com as crianças sobre tema proposto, foram utilizados elementos da educação dialógica e lúdica promovendo espaços de integração e aprendizagem em torno do cuidado com a higiene oral e alimentação. Foram utilizados recursos como: teatro de fantoches, mesa demonstrativa contendo elementos associados à saúde da boca e alimentação saudável (macromodelos, escova, fio e creme dental, frutas, verduras), além de recursos musicais. A atividade foi realizada em cada sala separadamente, tendo em vista a ausência de um espaço no ambiente escolar que comportasse todo o grupo, além da possibilidade de trabalhar o tema de forma mais atenciosa e didática, considerando as singularidades de cada turma e faixa etária.

Após participarem das atividades lúdicas, cada criança era direcionada para mesa onde se realizava o exame bucal e preenchimento da ficha de avaliação, depois recebia um kit de higiene oral, realizavam a escovação dental supervisionada pelos ASB e ACS e aplicação tópica de flúor, pelos dentistas.

O exame bucal foi realizado no dia dezoito de abril de 2018 nos turnos matutino e vespertino. Com relação aos indicadores para a condição dentária, foi utilizado o índice preconizado pela Organização Mundial de saúde, do qual se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente) e o ceo-d (dentição decídua). O CPO-D/ceo-d expressam a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados, ou seja, o histórico de cárie. No estudo em questão foi utilizado apenas índice de ceo-d, tendo em vista a faixa etária avaliada.

A coleta de dados se deu pelas dentistas residentes em saúde da família. O exame clínico epidemiológico se deu sob luz natural, com o auxílio de abaixadores de língua, estando os examinados sentados à frente do examinador, devidamente paramentado com equipamento de proteção individual. O dente foi considerado hígido quando não havia nenhuma alteração visível.

Foram classificados como cariados apenas quando havia certeza da presença de cárie e quando cavitado. Os dentes com extração indicada (perdido) foram aqueles com cavidade ampla com suposta perfuração do assoalho, problemas múltiplos, e remanescentes radicular. A consideração de obturado foi dada aos dentes que apresentavam material restaurador em estado satisfatório. A avaliação da higiene oral foi analisada segundo a presença de placa dental visível e em quantidade considerável, adotando-se a classificação grau 0 para ausência de placa visível, grau 1 para presença de placa bacteriana em até 1/3 da superfície dentária, grau 2 para presença de placa bacteriana em até 2/3 da superfície dentária e grau 3 para presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dentária. Para esse dado foram avaliados os dentes decíduos incisivos centrais e os primeiros molares decíduos superiores e inferiores.

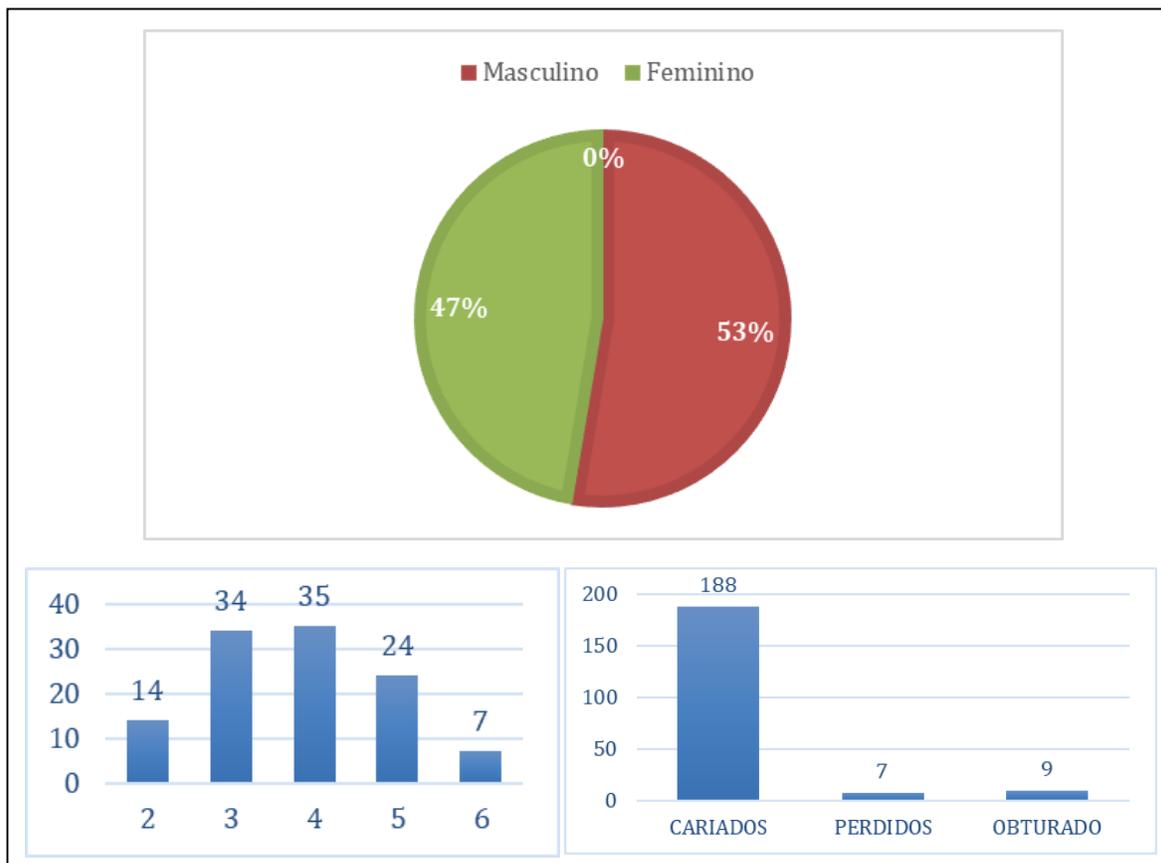
Todas as crianças avaliadas tinham documento devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis autorizando a participação no exame clínico odontológico, na aplicação tópica de flúor e na escovação dental supervisionada. O documento foi construído pela equipe de saúde bucal e a coordenação da instituição encaminhou para os responsáveis.

Terminada a avaliação, foi entregue ao professor de cada turma um comunicado direcionado aos responsáveis de cada criança que foi avaliada, contendo informações sobre a condição de saúde bucal e necessidade da visita ao dentista de referência. O processamento dos dados foi realizado através da digitação e elaboração manual com construção de tabelas e gráficos no Word e Excel.

Os resultados demonstraram que foram avaliados 114 escolares de 02 a 06 anos. Do total, 53% eram do sexo masculino e 47% feminino (gráfico 4-a). A idade com maior número de participantes foi a de 3 e 4 anos, conforme gráfico 4-b.

Em porcentagem significa dizer que dos 1.361 dentes avaliados, 13,8% apresentaram cárie, 0,5% foram ou estão perdidos e 0,6% se apresentavam obturados (gráfico 4-c). Diante do número de dentes cariados em confronto com os poucos obturados, demonstra a prevalência da cárie e o pouco acesso aos serviços odontológicos. Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal anteriores como SB Brasil 2010, demonstram que há uma tendência de crescimento na prevalência em função da idade, um fenômeno comum considerando o caráter cumulativo do ceo-d, sendo responsável por mais de 80% do índice.

**Gráfico 4:** (a) Frequência dos escolares por sexo; (b) Frequência de escolares por idade de 02 a 06 anos; (c) Composição do índice ceo-d.



Fonte: Autora, 2019.

Grandes diversidades regionais também são percebidas em todas as idades. Além disso, a proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste. Tomando como exemplo o ceo-d aos 5 anos, a média da Região Norte é cerca de 27% maior que a média da Região Sudeste, enquanto a de dentes restaurados, é maior nas regiões Sudeste e Sul, exemplificando como as variações locais podem ser determinantes no processo saúde e doença. Em média, uma criança brasileira aos 5 anos já possui aproximadamente 3 dentes com experiência de cárie, sendo que a proporção chega a quase 60% (BRASIL, 2004). As tabelas abaixo (tabela 2, 3 e 4) demonstram essa variação de acordo com cada localidade do país.

**Tabela 2:** Distribuição, em números absolutos e percentuais, da prevalência de cárie medida pelo ceo-d, segundo grupo etário macrorregião.

Idade		Macrorregião										Brasil	
		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
5 anos	ceo = 0	1.639	35,04	1.599	34,92	3.275	44,92	2.619	43,35	1.690	41,73	10.822	40,62
	ceo >= 1	3.039	64,96	2.980	65,08	4.016	55,08	3.423	56,65	2.360	58,27	15.818	59,37
	<b>Total</b>	<b>4.678</b>	<b>100,00</b>	<b>4.580</b>	<b>100,00</b>	<b>7.291</b>	<b>100,00</b>	<b>6.042</b>	<b>100,00</b>	<b>4.050</b>	<b>100,00</b>	<b>26.641</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SB Brasil, 2003.

**Tabela 3:** Média do Índice CEO-D, CPO-D e proporção dos componentes em relação ao CEO/CPO total, segundo o grupo etário e os domínios da pesquisa, na Região Nordeste.

	Domínio	Hígido		Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.I.	L.S.
5 anos	São Luís (MA)	166	17,26	1,40	77,3	0,04	2,2	0,28	15,5	0,09	5,0	1,81	1,28	2,33
	Teresina (PI)	174	16,46	2,17	85,1	0,12	4,7	0,21	8,2	0,05	2,0	2,55	1,91	3,19
	Fortaleza (CE)	232	17,75	1,20	86,3	0,01	0,7	0,17	12,2	0,00	0,0	1,39	1,01	1,77
	Natal (RN)	187	16,87	2,10	91,7	0,04	1,7	0,10	4,4	0,05	2,2	2,29	1,69	2,90
	João Pessoa (PB)	139	16,73	1,96	75,1	0,07	2,7	0,47	18,0	0,11	4,2	2,61	2,03	3,20
	Recife (PE)	267	17,10	1,87	89,5	0,03	1,4	0,11	5,3	0,07	3,3	2,09	1,41	2,77
	Maceió (AL)	167	16,01	2,41	87,3	0,06	2,2	0,27	9,8	0,02	0,7	2,76	2,24	3,27
	Aracaju (SE)	232	16,60	1,96	87,9	0,03	1,3	0,24	10,8	0,01	0,4	2,23	1,79	2,68
	Salvador (BA)	228	16,90	1,51	88,8	0,03	1,8	0,15	8,8	0,01	0,6	1,70	1,36	2,04
	Interior Reg. Nordeste	317	14,85	3,50	88,8	0,10	2,5	0,21	5,3	0,13	3,3	3,94	3,10	4,78

Fonte: SB Brasil, 2010.

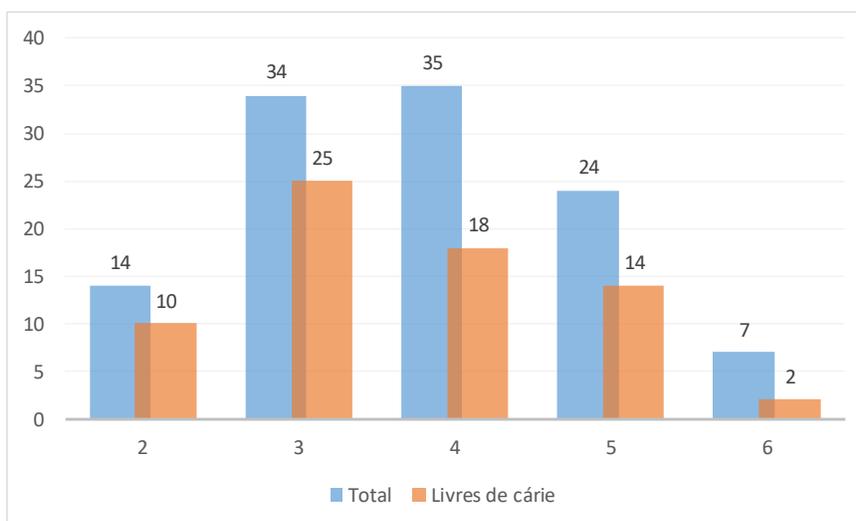
**Tabela 4:** Média do Índice CEO-D, CPO-D e proporção dos componentes em relação ao CEO/CPO total, segundo o grupo etário e os domínios da pesquisa, na Região Sudeste.

	Domínio	Hígido		Cariado		Obt/Cariado		Obturado		Perdido		CEO-D/CPO-D		
		n	Média	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%	Média	IC (95%)	
													L.I.	L.S.
5 anos	Belo Horizonte (MG)	200	16,54	1,88	78,3	0,13	5,4	0,37	15,4	0,02	0,8	2,40	1,80	3,00
	Vitória (ES)	205	17,66	0,97	66,0	0,07	4,8	0,40	27,2	0,04	2,7	1,47	1,09	1,86
	Rio de Janeiro (RJ)	265	17,70	0,98	86,0	0,00	0,0	0,15	13,2	0,01	0,9	1,14	0,62	1,67
	São Paulo (SP)	224	17,94	1,62	81,4	0,03	1,5	0,30	15,1	0,05	2,5	1,99	1,54	2,45
	Interior Reg. Sudeste	389	16,27	1,67	74,9	0,10	4,5	0,42	18,8	0,05	2,2	2,23	1,86	2,61

Fonte: SB Brasil, 2010.

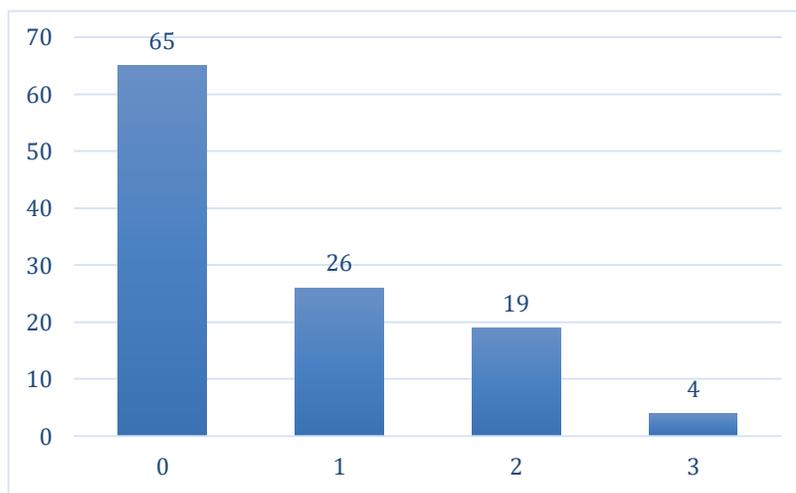
A média de ceo-d dos escolares do bairro de parque das Mangabas, onde realizamos o estudo, foi de 1,78, sendo próximo aos valores encontrado em dois estudos realizados em Salvador com valores de 1,7 no ano de 2009 na avaliação crianças de faixa pré-escolar e o SB Brasil 2010 no valor de 1,7. (ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2012).

No universo de 114 crianças, um total de 69 estão livres de cárie, representando 60% do total. O gráfico abaixo traz os números de crianças livres em cada faixa etária.

**Gráfico 5:** Crianças Livres de cárie por faixa etária.

Fonte: Autora, 2019.

**Gráfico 6:** Frequência de Placa Visível dos escolares. (Legenda: 0 - Ausência de placa visível; 1 - Presença de placa bacteriana em até 1/3 da superfície dentária; 2 - Presença de placa bacteriana em até 2/3 da superfície dentária; 3 - Presença de placa bacteriana em mais de 2/3 da superfície dentária).



Fonte: Autora, 2019.

Percentualmente, 57% das crianças não tinham placa visível e um percentual de 42% tinha algum grau de placa visível, tal resultado ressalta a necessidade e importância de intervenções educativas que viabilize o empoderamento dessas crianças e responsáveis para o autocuidado e corresponsabilidade com a condição bucal.

A condição de higiene bucal da grande maioria dos escolares avaliados não foi tão satisfatória. A doença cárie esteve presente em uma parcela considerável, principalmente em algumas idades, com tendência crescente com relação a faixa etária. O quesito raça/ cor não foi

coleta neste estudo pela necessidade de ser autodeclarado e a faixa etária em estudos, crianças de 03 a 5 anos, não permitir essa resposta fidedigna. Mesmo sem esse dato concreto, sabe-se por conhecimentos do território e da atividade prática, que o público majoritário é preto e pardo. Dessa forma, torna-se importante e urgente o fortalecimento de atividades preventivas de educação em saúde direcionando para esses grupos e familiares, em busca de melhor condição de saúde bucal, melhorando a qualidade de vida e acesso oportuno as informações. Ressalta-se ainda a importância de construir iniciativas de trabalho com estudos transversais conhecendo as condições de saúde bucal da população, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e mantendo uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde.

### **3.5 Mangabinhas e Saúde da Criança negra**

Fruto de um trabalho colaborativo, tendo como principais facilitadores eu, a enfermeira da minha equipe, NASF e comunidade, o grupo foi criado e tomou forma ao longo do tempo. Trabalhar essa abordagem que deveria ser feita também pelas escolas e famílias, não é algo tão simples de ser explorado por profissionais da saúde. Enquanto escola e educadores possuem ferramentas para tal, nós estávamos com inúmeras preocupações de ordem didática e pedagógica.

Mesmo sabendo das limitações fomos a frente. O primeiro passo foi aproveitar a boa vinculação com a comunidade e ACS para que fossem também sujeitos ativos nessa proposta. A aproximação da equipe com esse tema foi amistosa, mesmo sabendo que alguns não viam a necessidade de racializar as ações. Fomos aprendendo com a prática e nossa experiência tornou um espaço significativo para as crianças. Queríamos contribuir de alguma maneira com uma educação em saúde da população negra para o público infantil, pensando saúde com um conceito ampliado e no redirecionamento da forma como a sociedade julga e que acaba comprometendo o bem-estar social e mental, assim como rendimento escolar.

Pensamos que trabalhar com crianças seria ideal por ser um público que aprende muito cedo, e de forma assustadora, a reproduzir atitudes racista. Sendo também um espaço potencial para exercitar e promover práticas antirracistas. A proposta de educação étnico-racial é destinada para negros e brancos, por entendermos que é uma pauta que envolve ambos os grupos. Sabíamos que quebrar padrões hegemônicos e criar uma nova identidade demandaria muitos recursos que a maioria das famílias negras não tem facilmente acesso. Era o cenário e o público ideal.

Com o desenvolvimento das ações no grupo, aprimoramos várias atribuições da atenção básica, fortalecemos o vínculo e controle social além de percebermos os relatos positivos na autoestima e vida das crianças e familiares.

Nosso grupo tinha inicialmente, uma faixa etária pré-estabelecida para facilitar a organização das atividades, mas isso nem sempre foi seguido, tivemos que abraçar crianças e familiares de todas as faixas etárias, de bebês a adolescentes. Algumas mães que acompanhavam as crianças não tinham com quem deixar os bebês, então nosso espaço foi se alargando, e apesar de ser voltado para crianças, esteve aberto a toda comunidade. Tivemos que nos adaptar para dar uma atenção também nesse sentido.

A colaboração mais importante para implantação e consolidação do grupo não foi de nenhum profissional da USF, foi de uma mãe, que de forma receptiva e acolhedora, protagonizava os objetivos do grupo a ponto de divulgar as datas, sair pela comunidade convidando as crianças, articular outros espaços para realizarmos as atividades, dando sugestões e mediando discussões. Dando uma verdadeira aula de participação popular. A gente sempre fala que é importante a comunidade se colocar, mas não me deixou de causar surpresa o quanto ela era empoderada e importante no êxito do nosso trabalho. Ela foi uma das nossas maiores incentivadoras. Relatava que via na equipe um veículo de transmissão importante de muitas informações que ela gostaria de passar para filhas, mas trazia um discurso de falta de capacidade por conta de não ter uma qualificação educacional. Nós levamos para ela justamente o oposto, deixamos claro o quanto ela era essencial para unidade no geral, especialmente naquele grupo. A vantagem de ela estar na comunidade e falar de um lugar que a equipe não acessava totalmente, nos íntimos detalhes, e que faz toda diferença no desenrolar das ações.

Dentro da rotina corrida do processo de trabalho tínhamos um dia reservado para planejamento e execução do grupo de crianças. O planejamento era realizado entre equipe e NASF, trazendo as sugestões das crianças e dos responsáveis. Essas etapas eram uma verdadeira terapia. Realizamos inúmeras atividades orientadas pelas relações raciais, sem deixar de mão outras demandas que por ventura vinham surgindo no território.

Dentre muitas atividades desenvolvidas, podemos citar realização de contação de histórias que traziam referencial afro-brasileiro e indígena, como os livros: *Meu crespo é de Rainha* (Bell Hooks), *Só Me Diz por Que... Temos Cor de Pele Tao Diferente?* (Sara Agostini), *Epe layê* (Mãe Stella), *Quero Colo* (Stela Barbieri), *Menina Bonita do Laço de Fita* (Ana Maria Machado), *Da raiz do cabelo até a ponta do pé* (Emília Nunez) e *Anhangá o protetor das matas* (Vanessa Alexandre), entre tantos outros.

Uma das propostas foi, em cada encontro, espalhar esteiras no chão para que todos permanecessem sentados em círculo, favorecendo o contato e o diálogo. Livros de literatura infanto-juvenil afro-brasileira e indígena eram disponibilizados, juntamente com lápis e papeis. As crianças tinham um momento dedicado para que folhassem os livros e se percebessem presentes nas narrativas, construindo relação com os diversos personagens negros das histórias de modo a fortalecer uma identidade racial negra positiva. Após esse momento, as crianças escolhiam um determinado livro para ser lido coletivamente e dialogávamos sobre os diversos temas presentes na obra, reafirmando a identidade negra dos personagens. Em um dos encontros foi realizado também oficina e desfile de turbantes, exaltando a beleza, colorismo e significado desses elementos nas diferentes culturas.

Uma das ações educativas mais lindas foi a oficina de bonecas *Abayomi* (figura 3). Neste espaço as crianças ouviram atentamente a história contada, que retrata uma tradição africana que virou um símbolo da resistência contra a escravidão e os preconceitos. Nesta tradição, as mulheres negras as confeccionavam com pedaços de suas saias, único pano encontrado nos navios negreiros, para acalmar e trazer alegria para suas crianças. Após a contação da história, as crianças aprenderam a confeccionar suas próprias bonecas com retalhos de tecidos e linhas, sendo auxiliadas pelas organizadoras da oficina. Este espaço contou com amplo envolvimento da equipe da USF e das crianças presentes e nos espaços avaliativos posteriores todos elogiaram a iniciativa e desenvolvimento da oficina. Após a termino, as bonecas foram afixadas em um espaço de ampla circulação na USF com seu respectivo significado histórico, como forma de socializar nosso aprendizado com todos da comunidade que frequentam o espaço. Essa, particularmente, foi umas das ações que mais me emocionou, por ver o envolvimento das crianças e equipe, por ouvir elas verbalizando de forma objetiva e segura o quanto aquelas bonecas traziam sobre nossa história.

Outra abordagem foi a confecção e pintura do mapa da África, discutindo o processo diapórico. Tivemos também bailinhos de carnaval, conversa sobre abuso sexual na infância, alimentação saudável, gincanas e resgates de brincadeiras dos tempos dos nossos pais e avós, fortalecendo uma sociabilidade saudável e dialogo sobre o conceito de racismo.

Durante a execução dessas atividades e dos diálogos sobre temas, ouvimos e nos emocionamos com os inúmeros relatos de racismo e violência que as crianças traziam. Ouvir crianças falando da forma como foram ridicularizadas pelos cabelos crespos, xingadas de apelidos ofensivos, tratadas como inferiores, preteridas em vários espaços, sempre mexeu comigo por que trazia a triste constatação de que o ciclo de violência continuava a todo vapor.

Ao mesmo tempo trazer esse debate, desconstruindo os mitos que constroem sobre nós, trazia um amparo e uma certa tranquilidade interna por estar falando de nós para nós.

A contemplação da abordagem de outros temas relativos a saúde, como saúde bucal, era realizada em conjunto com os temas citados. Durante os diálogos sobre a importância da escovação e do uso do fio dental para manutenção de uma boa condição de saúde bucal, as crianças eram estimuladas a reproduzir em macromodelos a escovação que realizavam em casa (figura 3), compartilhando saberes e conhecimentos com todos que estavam presentes e sendo auxiliadas por mim, dentista. O desejo era que elas tivessem um sorriso largo e lindo, de forma integral.

Sempre eram realizadas brincadeiras e cirandas para ampliar a integração das crianças que eram, em sua maioria, sugestões do próprio grupo infantil. Além de ofertas educativas existia a distribuição de escova e creme dental, avaliação bucal individualizada das crianças, com oferta do atendimento clínico, caso houvesse indicação. Tínhamos como rotina a inclusão das crianças e familiares na avaliação das atividades desenvolvidas, objetivando contemplar também os desejos demandados pelas mesmas

As iniciativas educativas com crianças negras relatadas neste trabalho são instrumentos para implementação tanto de uma Política para Saúde Integral da População Negra, como de uma Educação Popular em Saúde baseada nas relações étnico-raciais, ações afirmativas de suma importância para o combate ao racismo. Ressalta-se que a relevância de tratar as especificidades da saúde da população negra e priorizá-las no planejamento e execução das atividades tanto educativas como as demais práticas dentro dos processos de trabalho da estratégia de Saúde da Família, tende a viabilizar a redução das iniquidades dentro dos processos de saúde e adoecimento.

Durante o desenvolvimento das intervenções educativas observou-se uma melhora na condição de saúde bucal das crianças participantes, além do conhecimento e fortalecimento de uma identidade negra positiva, historicamente silenciada e ausente nos livros educativos, salas de aula e outros espaços de sociabilidades. A representatividade de personagens e histórias de matriz africana e afro-brasileira foi um dos alicerces para tal fortalecimento, reiterada pelo protagonismo das duas profissionais de referência do grupo, mulheres negras, encrespadas, que através das suas afirmações estéticas empoderaram-se e empoderaram outros sujeitos na luta antirracista.

**Figura 3:** Momento educativos no Grupo Mangabinhas.



Fonte: Autora, 2019.

Como historicamente o nome foi algo nos negados, faço questão de citar os principais profissionais, que toparam junto comigo o desafio de articular tudo de poderoso que foi esse

grupo, entendo a responsabilidade social e a potência que temos, no sentido de dar uma contribuição no SUS/mundo, que queremos e acreditamos. Elas são Sara Moreira (enfermeira), Mônica Brito (psicóloga), Amanda Rabelo (professora de educação física), Brenda Machado e Graciele Gomes (fisioterapeutas), Beatriz Jacques (enfermeira), Tainan Garcia (dentista) e Alexandre Gonzaga (professor de educação física, preceptor NASF 2), profissionais que acreditam na construção diária do SUS e transmitem isso em suas diversas práticas de cuidado, doando afeto, criatividade e um olhar mais que sensível em tudo que tocam. A presença e envolvimento de outros atores profissionais também tem grande responsabilidade com o sucesso do grupo e as diversas trocas baseadas em clínica ampliada e abordagem multiprofissional.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das formas mais honestas, reais e vívidas para dialogar sobre marcadores sociais de desigualdade de gênero e raça na sociedade brasileira pode ser através dessa minha escrivência. Acredito que o que não se escreve se perde, e vejo minha escrita como veículo estratégico para repensar e combater as formas de dominação, discriminação e preconceito no âmbito, sobretudo, das instituições públicas.

É importante explicitar meu reconhecimento de que ainda sou exceção no lugar que ocupo, para que não surjam vozes cruéis contrariando tudo que foi exposto, como se a posição que ocupo fosse fruto de meritocracia e estivesse acessível a toda população negra, desconsiderando que existe todo um aparato que dificulta e impede a ascensão social e econômica de pessoas como eu. Mesmo diante das condições citadas, jamais deixaria de reconhecer a dimensão reflexiva e os avanços alcançados durante esses acontecimentos memoráveis de formação na residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Reconheço e defendo a importância da RMSF no contexto de retrocessos e desmontes do SUS, a proposta de formação pedagógica é essencial para manutenção de um sistema democrático e para construção de novas identidades profissionais. Essa contribuição está presente no meu amadurecimento e deslocamento individual. Quando escrevo e me exponho, o que não é nada confortável, é objetivando também mobilizar a instituição de forma que assuma a responsabilidade legal e institucional sobre os casos de racismo que ocorrem no campo de prática, tornando a formação mais leve e acolhedora. Dar visibilidade a esses entraves não desconstrói a necessidade social de instituições como a FESF, muito pelo contrário, o que espero é que a mesma seja uma ferramenta a mais na desconstrução e combate a tais violências. E que a partir de tais reflexões e denúncias possamos superar o silenciamento, negação e descaracterização que envolvem comumente os episódios de racismo.

Devemos também levar em consideração o contexto macropolítico para qualquer estratégia de superação e combate ao racismo, que na realidade a qual estive inserida durante estes dois anos representou uma gestão pública municipal e nacional nos moldes de um modelo político conservador de extrema direita, com infinitas consequências para às minorias étnicas e raciais. Ao refletir sobre tal questão, é importante mobilizar uma compreensão do conceito de necropolítica, cunhado por Achille Mbembe (2016, p. 146), referente às “formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte”. Este conceito permite reconhecer, nas mortes de jovens negros e de mulheres negras, por exemplo, uma face seletiva de produção de morte constitutiva

da modernidade. Lutar contra o racismo é lutar contra todas as formas objetivas e subjetivas, micro e macropolíticas, de expressão dessa ideologia da morte.

A despeito de tal contexto, a residência contribuiu de forma significativa com a minha trajetória, desde a aquisição de uma linguagem e vocabulário mais seguro até a construção de estímulo para perceber de maneira crítica a realidade da Saúde da Família e o Sistema Único de Saúde, aprendendo a colocar em análise minhas vivências singulares e coletivas, a fazer e receber críticas de maneira solidária, abrindo-me para construção de novos significados e mudança do ponto de vista prático e teórico.

Que a minha escrita, contribua de alguma forma para que futuros residentes que se sentem desconfortáveis com essa construção do não lugar para pessoas negras, sejam motivados a escrever, denunciar e transformar a realidade posta, mesmo diante das adversidades. Em uma cultura racista, que nos exclui a todo momento, a vitória de um dos nossos segue sendo uma conquista coletiva. Precisamos ocupar todos os espaços que nos foi negado. Além da escrita em si, que a experiência com atividades coletivas relatadas neste trabalho seja também um alicerce motivador para outros espaços contra hegemônicos que tenham como compromisso a promoção de saúde da população negra em sua integralidade. Que as sementes plantadas no grupo Mangabinhas, pensado e encantado exatamente para essa finalidade, possam germinar e transformar outros espaços, terrenos, mentes e corações.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F. et al. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil** [online]. 2009, vol.9, n.3, p. 247-252.

ALMEIDA, L. Racismo estrutural influencia relações de trabalho. Agência Universitária de Notícias, São Paulo. Disponível em: <<https://paineira.usp.br/aun/index.php/2017/12/20/racismo-estrutural-influencia-relacoes-de-trabalho/>>. Acesso em: 25 mai 2019.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013.

BERSANI, H.; OLIVEIRA, D. de. **Racismo estrutural e direito à desestratificação: um estudo a partir das relações de trabalho**. 2016. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

BORNSTEIN, V. J. et al. (Org.). **Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana**. Brasília: Conselho Nacional de Educação. Ministério da Educação. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**; n. 24. p, 96, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.

BRASIL. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAVALLEIRO, Eliane (Org.). **Racismo e Anti-racismo na educação: repensando nossa escola**. São Paulo: Selo, 2001.

CHAVES, S. N. Da tomada de consciência à invenção de si: uma trajetória na pesquisa narrativa e autobiográfica. In: FEITOSA, R. A.; SILVA, S. A. **Metodologias emergentes na pesquisa em ensino de ciências [recurso eletrônico]**, Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018.

DELFINO, M. R. R.; PATRÍCIO, Z. M.; MARTINS, A. S.; SILVÉRIO, M. S. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.

EVARISTO, Conceição. Gênero e etnia: uma escre(vivência) de dupla face. In: MOREIRA, Nadilza Martins de Barros; SCHNEIDER, Liane (Org.). **Mulheres no mundo: etnia, marginalidade e diáspora**. João Pessoa: Ideia; Editora Universitária UFPB, 2005.

EVARISTO, Conceição. Literatura Negra: uma poética de nossa afro-brasilidade. **Scripta**, Belo Horizonte, n. 25, v. 13, 2. sem., 2009a, p. 17-31.

FEITOSA, S.; COLARES, V. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares da rede pública de Recife, Pernambuco, Brasil, aos quatro anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, 20(2):604-609, Rio de Janeiro, 2004.

FERRAROTTI, F. Sobre a autonomia do método biográfico. In: NÓVOA, A.; FINGER, M. (orgs.). **O método (auto)biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1988.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. Pacientes Impacientes: Paulo Freire (apresentação Ricardo Burg Ceccim). In: BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2007.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF); FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ BAHIA "GONÇALO MUNIZ" (FIOCRUZ). **Projeto Político Pedagógico (PPP)**. Salvador: Programa de Residências Integradas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, 2018.

GADOTTI, M. Paulo Freire e a educação popular. **Revista trimestral de debate da fase**, São Paulo, 2007.

GOMES, N. L. Cultura Negra e Educação. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, n. 23, p. 75-85, 2003.

GUIDETTI, E. ALMEIDA, M. M. Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas: levantamento de necessidades. **Rev. ABENO** [online]. vol.13, n.2, pp. 69-75, São Paulo, 2013.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Ed. 34, 1999.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11): 2473-2479, 2006.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Arte & Ensaios, 2016; (32):123-51.

MS/SVS/CGIAE - **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM.

MUNANGA, Kabengele. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Pensesb**, n. 12, p. 1-384, 2010. p. 11.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.16, n.3, 2011.

PAIXÃO, MJP; CARVANO, LMF; OLIVEIRA, JC; ERVATTI, LR. Diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e Grandes Regiões. In: LOPES, F. (org.) **Saúde da População Negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

PEREIRA, A L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

SANTOS, V. F.; SANCHES, I. Educação e Saúde: Perspectivas para a Autoestima de Crianças Negras no Processo de Escolarização. **Sankofa**: Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana, ano IV, Nº 7, 2011.

SESAB/SUVISA/DIVEP. **Sistema de Informação sobre Mortalidade** – SIM.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implementação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 17(3), 2019.

SOUZA, K. M.; GOLDSCHMIDT, L. I.; BORNSTEIN, V. J.; ACIOLI, S. Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **INTERFACE: Comunicação Saúde Educação**, v. 18, Supl 2, p. 1513-1522, 2014.

SOARES, L. V.; MACHADO, P. S. “Escrevivências” como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social. **Psicologia Política**. v.17, n. 39. pp. 203-219, 2017.

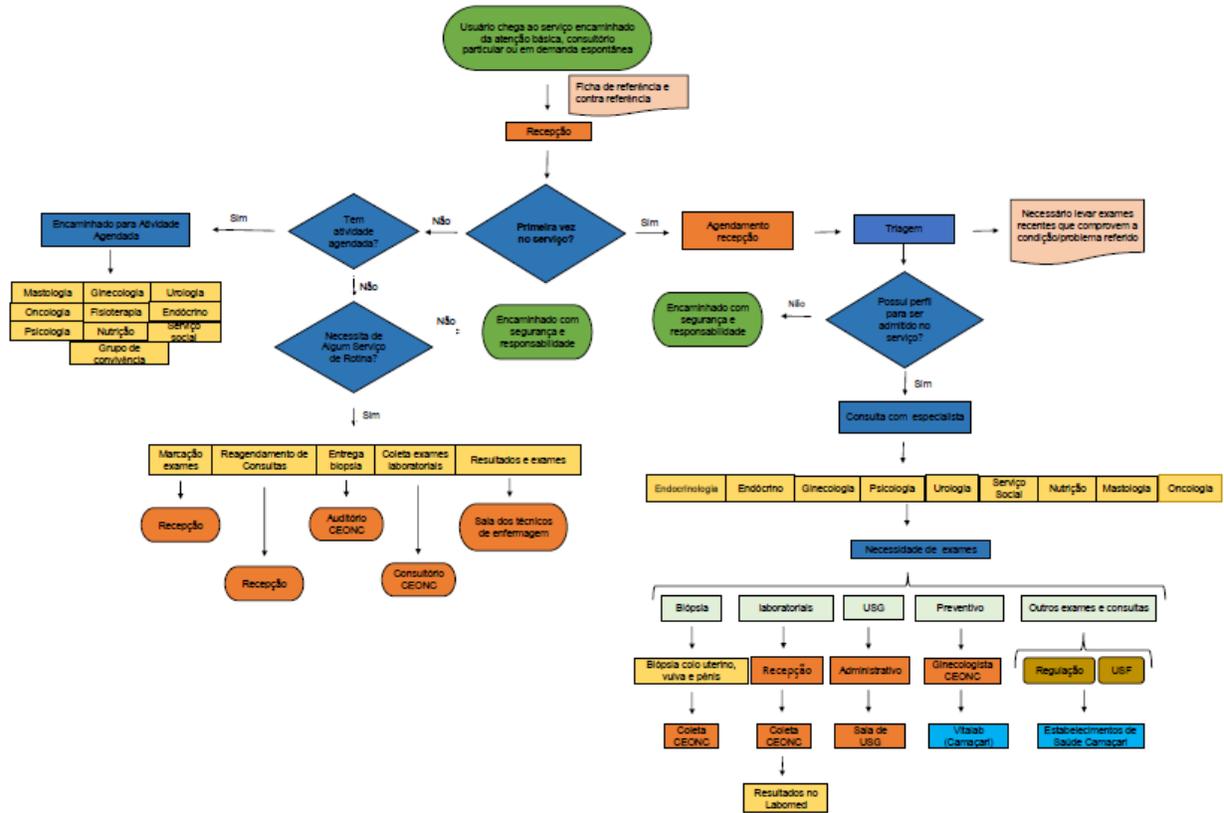
TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, M. V. R. Formulação da Política de Saúde da População Negra em Salvador: atores e propostas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p.891-913, 2013.

VASEL, J. BOTTAN, E. R. CAMPOS, L. Educação em saúde bucal: análise do conhecimento dos professores do ensino fundamental de um município da região do Vale do Itapocu (SC). **RSBO** v. 5, n. 2, Santa Catarina, 2008.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

ANEXO A - Fluxograma do CEONC.

**FLUXOGRAMA CEONC**



## ANEXO B - Ficha de Cadastramento das Gestantes do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0																	
SISPRENATAL N: _____		Data do atendimento ____/____/____																	
<b>FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE</b>																			
DADOS DO ESTABELECIMENTO	1 Município do atendimento	2 Código do IBGE	3 Sigla da UF																
	4 Nome do Estabelecimento de Saúde	5 Código CNES	6 Nº área																
	8 Nome do profissional	CBO	7 Nº microárea																
	9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional																		
DADOS PESSOAIS	10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante	11 Nº inscrição social - NIS																	
	12 Nome da gestante	13 Data nascimento ____/____/____																	
	14 Nome da mãe da gestante	15 Idade: ____/____/____	<input checked="" type="radio"/> menor de 15 anos																
	16 Nome: Representante familiar: ( se menor incapaz)	17 Nº NIS																	
	18 Município de residência:	19 UF:	19 Código IBGE																
	20 Logradouro (Rua avenida):	21 Bairro:																	
	22 Nº	23 Complemento	24 Ponto de referência																
	25 CEP																		
	Zona: 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado <input type="checkbox"/>	Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira <input type="checkbox"/>	Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não <input type="checkbox"/>																
	26 Telefone fixo	27 Celular	28 E-mail:																
29 Escolaridade	30 Estado civil/união <input type="checkbox"/>	31 Raça/cor (por autodeclaração): <input type="checkbox"/>																	
<small>[0] Analfabeto            [1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)            [2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)            [3] 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)            [4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)            [5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)            [6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)            [7] Educação superior incompleta            [8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica</small>																			
PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS	32 Nome do cartório:																		
	33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento <input type="checkbox"/> [3] Separação/Divórcio	34 Livro:	35 Folha:																
	36 Termo	37 Data de emissão:																	
	38 Identidade:	39 Data de emissão:	40 Órgão Emissor																
	41 UF:	42 Carteira de trabalho:	43 Série																
44 UF:	45 CPF:																		
<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE</b>																			
<b>DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL</b>																			
Consulta do: <input type="checkbox"/> [1] -1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado																			
46 DUM ____/____/____	47 DPP ____/____/____	48 Altura/m	49 Peso/gramas																
50 Precisa de auxílio deslocamento <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM																			
51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.	52 Tipo de gravidez: <input type="radio"/> Única <input checked="" type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais <input type="radio"/> Ignorada	53 Gravidez Planejada <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____/____																
55 Data do ultrassom: ____/____/____																			
<b>56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>		<b>ANTECEDENTES CLÍNICOS</b>																	
<p>Final da gestação anterior, &lt; de 1 ano <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</p>		<table border="0"> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> <td>Tromboembolismo</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> </tr> <tr> <td>Pré-eclâmpsia</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> <td>Doença Mental</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> </tr> <tr> <td>Eclâmpsia</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> <td>Hipertensão</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> </tr> <tr> <td>Cardiopatia</td> <td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td> <td>Outros, qual:</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Diabetes	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Tromboembolismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Doença Mental	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Outros, qual:	_____
Diabetes	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Tromboembolismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Doença Mental	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Outros, qual:	_____																