



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SLAYTON FROTA SÁ NOGUEIRA NEVES**

**O OLHAR DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE PROMOÇÃO DAS POLÍTICAS  
DE IGUALDADE RACIAL DE HORIZONTE SOBRE A SAÚDE BUCAL NO  
QUILOMBO DE ALTO ALEGRE**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2020**

SLAYTON FROTA SÁ NOGUEIRA NEVES

O OLHAR DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE PROMOÇÃO DAS POLÍTICAS  
DE IGUALDADE RACIAL DE HORIZONTE SOBRE A SAÚDE BUCAL NO  
QUILOMBO DE ALTO ALEGRE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva

FORTALEZA – CEARÁ

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistema de Bibliotecas**

Neves, Slayton Frota Sa Nogueira.

O olhar dos conselheiros municipais de promoção das políticas de igualdade racial de Horizonte sobre a saúde bucal no quilombo de Alto Alegre [recurso eletrônico] / Slayton Frota Sa Nogueira Neves. - 2020.

107 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Saúde da Família - Profissional, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Controle Social. 2. Saúde Bucal da População Negra. 3. Equidade Racial em Saúde. I. Título.

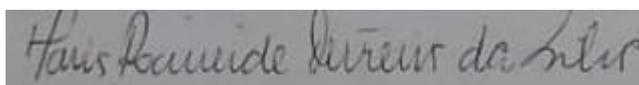
SLAYTON FROTA SÁ NOGUEIRA NEVES

O OLHAR DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE PROMOÇÃO DAS POLÍTICAS  
DE IGUALDADE RACIAL DE HORIZONTE SOBRE A SAÚDE BUCAL NO  
QUILOMBO DE ALTO ALEGRE

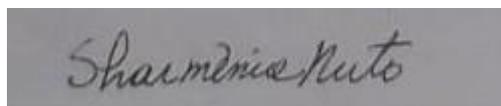
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Aprovado em: 14 de setembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof<sup>a</sup>. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/CE



Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Em primeiro lugar, a Deus, por possibilitar a minha existência e me guiar em caminhos de compartilhamentos e encontros. Em segundo lugar, ofereço aos meus pais, Ernesto Neves e Itassucê Frota Sá Nogueira Neves, incansáveis em oferecer bons ensinamentos aos filhos e estímulo a uma boa educação. À minha companheira, Regina de Fontes Silva e aos meus filhos, Lucas Fontes Frota Sá Nogueira Neves, Ana Letícia Rodrigues de Aguiar Nogueira Neves e, também, ao João Pedro Fontes Marques, por me acompanharem nessa caminhada exaustiva, com paciência e compreensão necessárias. Também à Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, obstinada pelas causas sociais, notadamente as relativas às minorias que, em sua missão de pesquisar, fez-me refletir sobre as potencialidades da pesquisa qualitativa no âmbito das singularidades e coletividades dos povos. Igualmente e com toda importância e reconhecimento, ofereço esta pesquisa à minha irmã, Thaúsi Frota Sá Nogueira Neves; aos meus amigos Manoel Eduardo dos Santos Júnior; Viviane de Amorim Duarte; André Ribeiro de Castro Júnior, todos mestres pela UECE, e à Sara Catarina Bastos Calixto, graduanda do Curso de Enfermagem pela UECE, pois me fizeram acreditar no poder dos nossos sonhos. O meu muito obrigado a todos.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço, a Deus, pelo dom da vida. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família RENASF/UECE, pela oportunidade de aprendizado e crescimento profissional.

Aos profissionais da secretaria do PPSF, pela receptividade e pelas palavras de incentivo nos dias de chegada e partida.

Aos meus familiares e amigos, meus pais que sempre foram as melhores referências que tive e sempre me incentivaram e apoiaram em minha vida.

A minha esposa Regina de Fontes Silva, pelo apoio e companheirismo.

Aos meus irmãos Riedel, Tassel, Thausi e demais familiares, pelo encorajamento e pela força.

Aos amigos do mestrado, especialmente Auricélio Cândido, Manoel Eduardo e Viviane Amorim, por me auxiliarem na construção deste trabalho.

À minha orientadora Maria Rocineide Ferreira da Silva pela acolhida com tanto afeto e amorosidade, pela forma compreensiva com que trata seus orientandos e todas as pessoas que a rodeiam, pela competência e pelo direcionamento durante a realização desta pesquisa.

Ao corpo de docentes do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF, pelos ricos ensinamentos, que uma vez colocados em prática, serão importantes para operacionalização e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Aos profissionais e gestores da Secretaria de Saúde do Município de Horizonte, por contribuírem de forma direta e indireta para o fortalecimento, em âmbito municipal, de uma política de educação permanente em saúde, uma vez que tem considerado importante a capacitação desses profissionais em cursos de Pós-Graduação em Instituições de Ensino Superior.

“Mas não podemos esquecer  
Que tivemos um passado escuro  
De tirania e exploração  
Maldade e castigo puro  
Um povo que aqui sofria  
Mas acreditava no futuro”.

(Tereza de Benguela)

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está orientado para promoção da saúde, garantia do acesso das populações que vivem em condições de vulnerabilidade social e, principalmente, para valorização dos diversos mecanismos de participação e controle da sociedade civil, como parte do protagonismo dos movimentos sociais na formulação de Políticas Públicas de Saúde. Trata-se de estudo descritivo, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, que busca compreender as percepções dos membros do Conselho Municipal de Promoção das Políticas de Igualdade Racial, do município de Horizonte (COMPPIRH), sobre a saúde bucal, no Quilombo de Alto Alegre, as contribuições destes para o exercício do protagonismo social negro, no âmbito do território, e as implicações para promoção da igualdade racial no campo da saúde bucal. Para tanto, o paradigma metodológico afrocêntrico foi adotado nesta pesquisa, uma vez que tem como intento finalístico a libertação do povo negro das amarras sociais que o aprisionam, por defender a construção de um conhecimento que lhe possa conferir participação ativa e apropriação de uma cultura potente, capaz de realocá-lo para o centro da própria história. A produção dos dados ocorreu de agosto a setembro de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará, e consentimento formal da instituição. Os dados foram organizados com base na análise de conteúdo temático proposta por Minayo, após as entrevistas serem processadas pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), como ferramenta de apoio à análise de dados em pesquisa qualitativa. A análise dos dados revelou que o estabelecimento de diálogo aproximado entre a equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os membros do COMPPIRH potencializou a sensibilização da importância da legitimidade e do reconhecimento social, nas discussões sobre saúde bucal, no território quilombola de Alto Alegre.

**Palavras-chave:** Controle Social. Saúde Bucal da População Negra. Equidade Racial em Saúde.

## ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is oriented towards health promotion, guaranteeing access for populations living in conditions of social vulnerability and, mainly, for valuing the various mechanisms of participation and control of civil society, as part of the protagonism of the social movements in the formulation of Public Health Policies. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, which seeks to understand the perceptions of members of the Municipal Council for the Promotion of Racial Equality Policies in the municipality of Horizonte (COMPPIRH), on oral health in the Alto Alegre quilombo, its contributions to the exercise of black social protagonism within the territory and its implications for the promotion of racial equality in the field of oral health. To this end, the Afrocentric methodological paradigm was adopted in the structuring of this research, since it has as its finalistic intent, the liberation of the black people from the social bonds that imprison them, for defending the construction of a knowledge that can confer active participation and appropriation of a powerful culture, capable of relocating it to the center of its own history. Data production took place from August to September 2019, after approval by the Ethics and Research Committee of the State University of Ceará and formal consent from the institution. The data were organized for thematic content analysis by Minayo, after the interviews were processed by the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) as a tool to support data analysis in qualitative research. The analysis of the data revealed that the establishment of an approximate dialogue between the oral health team of the Family Health Strategy (ESF) and the members of COMPPIRH increased the awareness of the importance of legitimacy and social recognition, in discussions about oral health, in quilombola territory of Alto Alegre.

**Keywords:** Social Control. Oral Health of the Black Population. Racial Equity in Health.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	<b>Pintura que mostra uma representação da fuga de Cazuzá, do navio negreiro que o traficava, ancorado no litoral cearense.....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 2 -</b>	<b>Pintura que mostra representação da captura de Negro Cazuzá, por Capitães do Mato em território cearense.....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 3 -</b>	<b>Pintura que mostra representação de tortura por açoite infringida ao Negro Cazuzá, momento em que passou três dias amarrado, ininterruptamente, a uma carnaubeira, em território cearense.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 4 -</b>	<b>Pintura que mostra representação da união entre Cazuzá e a índia Paiacu e a constituição do Quilombo de Alto Alegre.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 5 -</b>	<b>Mapa de referência em relação ao núcleo da comunidade de Alto Alegre, Horizonte-CE e a UBS do distrito de Queimadas.....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 6 -</b>	<b>Painel em tecido e costura, expondo fotos impressas de diferentes gerações descendentes do Negro Cazuzá.....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 7 -</b>	<b>Fotografia após reunião dos integrantes do COMPPIRH com membros da SEPPIR, no âmbito estadual.....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 8 -</b>	<b>Demonstração gráfica da fase pré-analítica do estudo.....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 9 -</b>	<b>Dendograma das seis classes lexicais obtidas a partir da classificação hierárquica descendente, das palavras ativas, advindas das contribuições dos membros do COMPPIRH.....</b>	<b>66</b>
<b>Figura 10 -</b>	<b>Análise Fatorial de Correspondência das palavras ativas mais frequentes em cada uma das classes lexicais obtidas na CHD.....</b>	<b>69</b>

**Figura 11 - Diagrama da aplicação de componentes temáticos das classes lexicais ao gráfico de Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a reformulação de hipóteses da pesquisa..... 71**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.....	55
Quadro 2 -	Demonstração gráfica das unidades temáticas preliminares e percentuais de representatividade no <i>corpus</i> textual.....	62
Quadro 3 -	Demonstração gráfica das hipóteses iniciais estabelecidas na fase pré-analítica.....	63
Quadro 4 -	Correlação cromográfica das unidades temáticas preliminares.....	64
Quadro 5 -	Demonstração gráfica das Unidades Temáticas Finais, com as respectivas classes lexicais e as porcentagens de representatividade atribuídas a elas no <i>corpus</i> textual final	67
Quadro 6 -	Demonstração gráfica das hipóteses iniciais estabelecidas na fase pré-analítica e das hipóteses construídas após aplicação de componentes temáticos das classes lexicais ao gráfico da AFC.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas
CISPN	Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COMPPIRH	Conselho Municipal de Promoção das Políticas de Igualdade Racial do Município de Horizonte
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DDE	Desenvolvimento do Esmalte Dentário
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAPS/SUS	Rede de Atenção Psicossocial do SUS
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	Contextualização do objeto.....	14
1.2	Trajectoria do pesquisador e escolha do objeto de pesquisa.....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
2.1	O Sistema Único de Saúde e a política nacional de saúde integral da população negra.....	25
2.2	Democracia racial e saúde do povo negro: os caminhos da participação popular.....	31
2.3	Discriminação racial e saúde bucal da população negra.....	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
3.1	Geral.....	40
3.2	Específicos.....	40
<b>4</b>	<b>CAMINHAR METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
4.1	Delineamento do estudo.....	41
4.2	Paradigma metodológico da afrocentricidade.....	43
4.3	Cenário de vivências.....	46
4.4	Acesso aos sujeitos participantes da pesquisa.....	50
4.5	Apresentação dos sujeitos participantes da pesquisa.....	52
4.6	Construção dos dados empíricos.....	55
4.7	Análise das descrições.....	58
4.8	Responsabilidades éticas da pesquisa.....	72
<b>5</b>	<b>CONSTRUÇÃO E DISCUSSÃO DAS PROPOSIÇÕES.....</b>	<b>74</b>
5.1	Análise das contribuições das representatividades negras do COMPPIRH.....	74
5.1.1	A amplitude social da saúde bucal e as vivências da política de igualdade racial.....	74
5.1.2	Bocas mutiladas, vozes fragmentadas, demandas sociais cumulativas – a dominação assume novas nuances.....	77
5.1.3	De(s)colonizando a saúde bucal - melhoria do acesso a uma atenção odontológica inclusiva e humanizada.....	79

5.1.4	Avanços na operacionalização da política de igualdade racial no campo da saúde bucal: expectativas e buscas.....	81
5.1.5	A estigmatização financeira e as relações com a linha de cuidado em saúde bucal e o exercício do protagonismo social negro no campo da saúde.....	84
<b>6</b>	<b>REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>103</b>
	<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA....</b>	<b>106</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“O conhecimento é como um jardim: se não for cultivado, não pode ser colhido”.

(Provérbio africano)

### 1.1 Contextualização do objeto

Dentre os aspectos que têm conferido resolubilidade à Estratégia Saúde da Família (ESF), como programa do Sistema Único de Saúde (SUS), na obtenção de melhoria dos resultados em saúde da população brasileira, um diz respeito ao protagonismo social conferido às comunidades-alvo, que resulta no engajamento, na transformação social e no comprometimento em busca de melhorias comunitárias, mediante o aumento da habilidade por parte dos sujeitos, em colaborar para resolução dos próprios problemas (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

Tal protagonismo também pode ser exemplificado mediante a operacionalização das leis orgânicas do SUS, por meio das quais ocorre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde público brasileiro.

Oportunamente, faz-se necessário pontuar que, a despeito da participação da sociedade civil despontar em discursos sobre a presença do controle social nas políticas públicas, estudo demonstra a necessidade em se avançar quanto à efetivação da mobilização para o controle social (PICCOLI; KLIGERMAN; COHEN, 2017).

A compreensão do SUS, a partir da amplitude social, requer conceber a ideia de política de saúde como uma política social destinada aos múltiplos anseios de indivíduos e coletividades e, portanto, sujeita a inúmeras variáveis, as quais desempenham influência sobre os efeitos e a formatação.

Nessa linha de entendimento, percebe-se que o SUS constitui complexo sistema público de equidade em saúde, regido por princípios fundamentais que defendem a garantia a um acesso universal, igualitário e integral aos cidadãos (SILVA, 2017).

O entendimento de que o SUS representa a consolidação de uma política de promoção da equidade, permite-nos racionalizar sobre questões que traduzam a contribuição efetiva que o mesmo pode implicar na garantia da cidadania de segmentos sociais aos quais ele se destina, assim como a afirmação de que a

participação social está constantemente presente na contextualização e atualização, como política de saúde protetiva de direitos sociais (SOUTO *et al.*, 2016)

As percepções sobre saúde vivenciadas por considerável parcela da sociedade civil, chanceladas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tornaram-se evidentes durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), quando, após a efervescência de discussões acerca dos temas abordados, estruturaram-se as bases de um dos maiores projetos alcançados pelo estado brasileiro, que culminou com a institucionalização do SUS (PAIM, 2009).

A esse respeito, um aspecto tem sido posto em destaque por alguns estudiosos ao enfatizarem a importância atribuída à 8ª Conferência Nacional de Saúde, como elemento fundante para representação social no SUS (PICCOLI; KLIGERMAN; COHEN, 2017).

Portanto, verifica-se que o protagonismo social foi recepcionado pelo SUS, não somente no nascedouro, como também na própria estrutura interna e operacional, uma vez que legaliza o exercício do controle social, por meio da Lei 8.142/90, de forma que em cada esfera de governo existam duas instâncias colegiadas, os conselhos e as conferências de saúde, nos quais serão propostas as diretrizes para formulação das políticas de saúde, assim como as estratégias de controle de execução das mesmas (BRASIL, 1990).

A participação do controle social também se faz presente em outras instâncias e espaços de negociação e trabalho, de forma diversa de como ocorre nos conselhos e nas conferências. A exemplos, têm-se as comissões, os seminários, grupos de trabalho e comitês, constituindo, portanto, cenários onde também se constata a atuação da sociedade civil sobre o tema saúde (BRASIL; TRAD, 2012).

Outra forma de exemplificar a participação da sociedade civil em prol da saúde foi destacada por intermédio da atuação do Movimento Social Negro, ao conduzir as discussões sobre saúde da população negra, provenientes de demandas sociais relevantes, fato que culminou com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), destacando, assim, a participação ativa dos órgãos de controle social no sistema (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

Sobre a saúde da população negra, enfatiza-se que o controle social tem procurado maior capilaridade mediante a diversificação de espaços de discussão, em que são tratados temas que impactam na saúde dessa parcela da sociedade, os

quais incluem o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), importante na discussão da equidade na atenção à saúde prestada (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013); a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN), notável no assessoramento à consolidação da PNSIPN e na luta do controle social negro (CNS, 2015); o Grupo de Trabalho (GT) sobre Racismo e Saúde Mental, integrado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Drogas/CGMAD, com parceira da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com militância no aperfeiçoamento da atenção e do cuidado ofertado pela Rede de Atenção Psicossocial do SUS (RAPS/SUS), tendo como foco a contribuição do racismo e das implicações deste na saúde mental da população negra (REDE HUMANIZASUS, 2015).

Faz-se necessário, portanto, atentar-se para essa política de forma crítica e inseri-la na seara das discussões, de modo a considerar a relevância que as percepções dos órgãos deliberativos de controle social da população negra, a nível local, têm sobre saúde desse estrato social e de que forma a construção desse entendimento pode contribuir para o enfrentamento do racismo, muitas vezes presente nessa área de atuação.

No tocante a essa questão, o presente estudo buscou ouvir e compreender as percepções que os membros do Conselho Municipal de Promoção das Políticas de Igualdade Racial, do município de Horizonte (COMPPIRH), órgão de controle social da população negra a nível local, têm sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre e a importância deste elemento no fortalecimento do protagonismo social na saúde, no âmbito do território de atuação da ESF.

A defesa de uma multiplicidade de vozes historicamente silenciadas e o rompimento com a ideia de monopólio do poder de fala, atribuído naturalmente a quem está em posição de poder, de maneira que seja possível ouvir o outro, na maioria das vezes, em situação hierárquica inferior e oprimido pelo racismo, integra o conceito contemporâneo de “lugar de fala” (SANTOS, 2017).

Enfatiza, ainda, Santos (2017) que tal conceito se baseia também na ideia de que o “lugar de fala” deve ser um ponto de onde se estabelecem representações coletivas, de onde se dão discussões de conjunto, relativas à população negra e não debates individualizados.

A esse respeito, é importante considerar que sujeitos historicamente excluídos de representações políticas, jurídicas e sociais, os quais constituem

parcela da sociedade naturalmente incapaz de se fazer ser ouvida, normalmente são submetidos a uma posição que os caracteriza impossibilitados “de se tornarem membros plenos do estrato social dominante” (SPIVAK, 2010, p.12).

Tal propositura conduz à convergência de ideias com o paradigma metodológico da afrocentricidade, adotado nesta pesquisa e que irá permear discussões subsequentes, uma vez que se trata de proposta epistemológica que coloca a África como referência central e estabelece o conceito de sujeito africano ativo e protagonista da própria história, da apropriação cultural, capaz de realocá-lo para o centro e não para periferia das questões que o envolvem, capaz de interferir nos temas que lhe dizem respeito e não se portando de forma passiva e indiferente, que não atua no sentido de modificar a realidade (ASANTE, 2009; URASSE, 2016; NOGUEIRA, s/d).

No que diz respeito à saúde bucal de povos quilombolas, estudo tem apontado que a política governamental brasileira, uma vez conduzida de forma a elaborar normas que visem ampliação e qualificação do acesso ao atendimento básico odontológico, acaba por sinalizar como importante as experiências e os valores culturais, na construção de um conhecimento relativo ao tema (NARVAI, 2006).

Todavia, o contexto social e político atual impulsionam a um questionamento: de fato, a política governamental brasileira tem sido conduzida de maneira a estimular a participação popular e o protagonismo social, desenvolvidos pelos órgãos de controle locais, no tocante à saúde da população negra?

Essas questões foram respondidas a partir da escuta realizada e tantas outras seguem, para apostas em sorriso que se produz com respeito e dignidade das resistências humanas.

Em se tratando da efetivação do direito à saúde em comunidades afrodescendentes, embora sejam verificados progressos, faz-se ainda necessário reconhecer que as comunidades quilombolas enfrentam inúmeras dificuldades em razão das condições precárias de vida, pela falta de efetividade de políticas públicas de inserção social, de resgate e reconhecimento da história, identidade e cultura (ALVES; ALVES, 2011).

Bidinotto *et al.* (2017) ressaltam que a despeito dos avanços em relação à saúde bucal dos povos remanescentes de quilombos, há ainda dificuldades de acesso à atenção odontológica, uma vez que 37,9% dos indivíduos nunca foram

consultados por um cirurgião-dentista, percentual referente a necessidades de tratamento reabilitador similares aos da população brasileira na década de 1980.

Estudos recentes têm ratificado a ideia de que indivíduos expostos a situações de vulnerabilidade social, com restrição a nutrientes imprescindíveis aos processos formativos dos tecidos dentais, como é o que ocorre em muitas comunidades remanescentes de quilombos, apresentam, em idade muito tenra, defeitos de Desenvolvimento do Esmalte Dentário (DDE), com consequente irregularidade da superfície dental, fato que pode predispor, a partir da primeira infância, ao surgimento de cáries e instalação de inflamações nos tecidos gengivais (COSTA *et al.*, 2017; MERMARPOUR *et al.*, 2017; XAVIES *et al.*, 2019).

Com vistas a se racionalizar sobre essas discrepâncias que assolam negativamente a população afrodescendente, considera-se importante o fomento ao diálogo em torno da saúde bucal da população negra e, para tanto, considera-se relevante o fortalecimento do controle social negro, no âmbito do território estudado, estimulando, desta forma, a participação da sociedade civil nas discussões sobre esse tema.

Para tanto, uma ideia importante que justifica esta pesquisa consiste em trazer para o âmbito do Conselho Municipal de Promoção das Políticas da Igualdade Racial de Horizonte as discussões pertinentes à saúde bucal presente no cotidiano dos membros da comunidade rural negra, denominada Alto Alegre, composta por aproximadamente 350 famílias quilombolas, situada no distrito de Queimadas, região metropolitana de Fortaleza e que traz consigo uma história de luta e resistência, pelo direito à terra, ao patrimônio cultural e ao acesso a políticas públicas de saúde (SANTOS, 2012).

Nesse contexto sociopolítico e sanitário local, em que se observa incipiente relação entre os membros do COMPPIRH e os integrantes da Estratégia Saúde da Família, conhecer as percepções que os membros do referido órgão deliberativo têm sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre e dentre elas, as histórias, as memórias e as tradições culturais que a comunidade construiu acerca do tema, significa, antes de tudo, propor reflexões sobre a dimensão social da saúde bucal e a implicação desta, na construção e efetivação da participação da sociedade civil nos debates que envolvam uma saúde bucal humanizada e no exercício do enfrentamento ao racismo na saúde. Representa, também, o convite à defesa de um “lugar de fala” inerente a esse órgão deliberativo, potencializando, assim, a

capacidade de interlocução nas discussões sobre a saúde bucal da população negra.

Enfim, as motivações para realização deste trabalho convergem para ideia defendida por alguns autores de que a pesquisa odontológica pode se voltar sobre questões que mantenham proximidade com as relações contextuais do racismo sistêmico e as implicações deste na saúde bucal (JAMES, 2011; GARCIA, 2017; BASTOS *et al.*, 2018).

## 1.2 Trajetória do pesquisador e escolha do objeto de pesquisa

“Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar...”.

(Poeta Antônio Machado)

A chegada do autor/pesquisador deste trabalho ao distrito de Queimadas, Horizonte-CE, local onde está situado o Quilombo de Alto Alegre, ocorreu em 2013, após aprovação em concurso público. Inicialmente, surgiram muitas expectativas e questionamentos, ao ser lotado em um local distante do centro da cidade. Esses sentimentos iniciais em relação a Queimadas se deram por não conhecer a localidade e as respectivas peculiaridades. Com o passar do tempo, as incertezas iniciais foram sendo substituídas por momentos de satisfação e reconhecimento pela forma como foi acolhido pelas pessoas de lá, as quais o trataram com simpatia e receptividade.

Um ano após a chegada, realizavam-se muitas ações clínicas e educativas em saúde bucal, direcionadas à comunidade. Porém, duas questões lhe intrigavam. A primeira se referia à fala de alguns membros da comunidade, quando diziam:

Aqui temos carência de um bom dentista, pois quando chega um na comunidade, logo ele vai embora. Parece uma coisa! (Membro da comunidade).

Isso denotava objetivamente ausência de vínculo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade.

A outra questão que inquietava era a constatação de demanda elevada por procedimentos cirúrgicos exodônticos em adultos e crianças que, em idade muito tenra, apresentavam muitos dentes comprometidos por ação da cárie. Essa

observação motivava a refletir que a população de Alto Alegre deveria conhecer as diferentes possibilidades do tratamento odontológico, ou seja, aquelas que se processam também mediante um prisma mais conservador e menos invasivo.

Por outro lado, a interpretação, ainda que superficial, desse cenário, demonstrava a necessidade de ampla discussão em saúde, entre os profissionais da equipe de Saúde Bucal e a comunidade local, de forma a conhecer as percepções dos sujeitos sobre a relevância do tema e de que forma a construção das concepções sobre a saúde bucal dos membros da comunidade havia sido experienciada pelos habitantes locais. Tais diálogos certamente perpassariam por reflexões sobre os modos alimentares e aspectos culturais relativos à saúde bucal, dentre outros determinantes, de forma que, em conjunto, poderiam interferir no processo saúde-doença vivenciado por aquelas pessoas.

Assim, destaca-se a importância do controle social negro local na interlocução desse debate, como protagonista na coalizão de forças necessárias para construção de atenção odontológica humanizada e inclusiva, voltada para população negra de Alto Alegre, em que haja prioritariamente a adoção de procedimentos restauradores e reabilitadores em detrimentos dos mutiladores. A esse respeito, faz-se menção especial ao papel representativo do Conselho Municipal de Promoção das Políticas de Igualdade Racial de Horizonte (COMPPIRH), que deve ser, dentre outros, o de propor discussões e pactuar ações, juntamente com integrantes da ESF, para valorização da dimensão social da saúde bucal, da representatividade de anseios locais no campo da saúde, de homens e mulheres afrodescendentes, e construção de práticas de enfrentamento ao racismo na saúde.

A partir desse movimento, a apropriação do “lugar de fala” (SANTOS, 2017) poderia ser estimulada e, posteriormente, contribuir para assunção de jeitos de cuidar de bocas tantas vezes caladas, mas com expressões gigantescas, inaudíveis, invisibilizadas, agora escutadas e vistas pelo odontólogo recém-chegado ao local.

Logo, verificou-se também o potencial que a cultura gastronômica afrodescendente poderia desempenhar na minimização de exposição dos tecidos dentais ao processo de desmineralização precoce do esmalte dentário, pois a mesma era rica em nutrientes e fibras. Contudo, aspecto interessante foi a visualização de distorções de comportamentos alimentares, massivamente

assimilados por um processo de aculturação, muitas vezes tido como natural, mas que, na realidade, representava a dominação de uma cultura sobre outra, em que a cultura alimentar negra, com menor teor de sacarose e, conseqüentemente, com menor potencial cariogênico, figurava-se como menos atrativa e, em conseqüência, permanecia em desvantagem, frente a uma cultura alimentar processada e industrializada. Este fato permitia a compreensão de tantas vivências que denunciavam perdas dentárias precoces, logo na infância. Tal aspecto se caracteriza como importante modo de dominação de um povo que, em última instância, parece fácil convencê-lo, candidamente, que a melhor opção de intervenção no campo da saúde bucal significa submetê-lo a uma ação intempestiva destrutiva, em que se extirpam as falas, os sorrisos e a autoestima, ao se promover a extração dos dentes naturais.

Nesse sentido, muitos aconselhamentos eram feitos, com intuito de evitar o excesso de sacarose e priorizar alimentos mais naturais e saudáveis.

Então, surgiram os seguintes questionamentos: como conhecer as percepções que a comunidade de Alto Alegre tinha sobre saúde bucal? Que conhecimento havia sido construído culturalmente sobre esse tema? Em que medida, o COMPPIRH poderia estar exercendo, de forma mais atuante, o controle social em defesa de uma saúde bucal inclusiva e humanizada para população negra de Alto Alegre? De que maneira a implementação de discussões sobre saúde bucal da população negra, no âmbito do território, poderia constituir estratégia de fortalecimento do protagonismo social e de combate ao racismo sistêmico?

Nesse momento de introspecção, houve o despertar de uma ideia inicial, porém, ainda, carente de reflexividades e maturação posterior, que foi a de, inicialmente, desenvolver um trabalho voltado para o fortalecimento do COMPPIRH, por julgar imprescindível a atuação deste órgão deliberativo e representativo da população negra de Alto Alegre, na construção de uma atenção odontológica como direito inclusivo ampliado, não significando apenas a percepção que se tem como um direito de ser saudável, mas que perpassa por questões culturais, sanitárias, nutricionais, habitacionais, de acesso à informação e educação em saúde, dentre outras (BARROS; SOUSA, 2016).

Aqui, também se aproxima dos ideais da afrocentricidade que tem na cultura a totalidade do pensamento e da prática, pelos quais um povo cria, define e

celebra a si, apresentando-se à história e humanidade (KARENGA *apud* RABAKA, 2009).

Porém, a ideia inicial de desenvolver este trabalho de fomento ao controle social ficou latente a nível individual, uma vez que o autor/pesquisador não dispunha tempo e oportunidade para discuti-la com a equipe, haja vista os remanejados da unidade básica de saúde da qual fazia parte, para outra, em função de grande reforma estrutural programada pela gestão. Assim, a equipe de Saúde da Família de Queimadas foi transferida do território original, para a unidade Cajueiro da Malhada, momento em que passou um ano distante do território onde foi lotado, vivenciando outro contexto social diverso daquele que tinha, outrora, instigando-lhe a reflexividades.

Como se não bastasse esse rompimento de vínculo com a comunidade do Quilombo de Alto Alegre, no ano subsequente, foi remanejado de ofício para outro distrito de saúde, mais distante ainda de Queimadas, situação em que permaneceu quatro anos atuando como dentista de Saúde da Família, em outra localidade e, conseqüentemente, perdeu o contato com os habitantes de Alto Alegre. Essa saída abrupta gerou tristeza interior, por ter sido a confirmação da fala dos habitantes de Alto Alegre, que diziam que um dentista considerado como bom, pelos moradores, não durava lá.

Todavia, o "exílio consentido" do distrito de Queimadas, pois se tratou de aceitação a um convite urgente feito por parte da gestão, inicialmente, fez-lhe distanciar do que seria posteriormente o objeto de estudo. Tal distanciamento físico gerou aproximação das ideias e dos sentimentos em relação ao trabalho, de forma que possibilitou ampliar os horizontes perceptivos sobre aquele projeto que naquele momento se encontrava em latência.

Foi, então, que, ao reconhecer a riqueza da cultura afrodescendente dos quilombolas de Alto Alegre, o autor/pesquisador procurou considerar a ideia de que a contextualização dos aspectos culturais e identitários inerentes ao quilombo poderiam revelar cenários de vida cotidiana e que discussões acerca destes, uma vez direcionadas para o campo da saúde bucal, poderiam ser valiosas para o fortalecimento do controle social negro, a nível local e da participação ativa da sociedade civil na construção de uma saúde promotora da igualdade racial e repudiadora do racismo na saúde. Isso porque concorda-se com o pensamento de Silva (2017), quando atribui ao racismo uma incidência perniciosa na vida das

peças, de forma a desestruturar os processos identitários e que uma vez manifestos no campo da saúde, esforços devem ser arregimentados para desfazê-los.

A esse respeito, recorda-se do pensamento de Munanga (2009, p.12), quando atribui à defesa de uma identidade e/ou personalidade coletiva, a operacionalização de três aspectos intrinsecamente ligados: o histórico, linguístico e o psicológico.

Mediante os fatos supracitados, após aprovação no Mestrado em Saúde da Família, promovido pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), em parceria com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), apresentou-se como proposta de pesquisa o projeto intitulado: “O olhar dos conselheiros municipais de promoção das políticas de igualdade racial, do município de Horizonte, sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre”, por considerar necessário, inicialmente, conhecer e compreender as percepções que os membros desse órgão deliberativo têm sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre e, em estudos posteriores, poder analisar as ações de controle social, deliberadas e implementadas pelo COMPIRH, envolvendo tal temática.

Tal propositura consiste em convite ao exercício do protagonismo social e do diálogo, no campo da saúde bucal da população negra, direcionado ao território sanitário de Queimadas, assim como na sinalização de uma parceria entre o setor saúde, representado pela equipe de Saúde Bucal da ESF, e a sociedade civil, na busca por identificar de que forma a construção dessa parceria pode contribuir para implementação de ações de combate ao racismo na saúde.

Outro aspecto muito importante que contribuiu para formulação desta pesquisa consiste na convicção de que grupos populacionais historicamente marginalizados e que tiveram as manifestações suprimidas ou invisibilizadas, cujos processos identitários têm sido continuamente solapados por forças sociais antagônicas, necessitam de organização civil vigilante, participativa e dialógica, para que a defesa dos direitos em saúde, a exemplo de atenção odontológica humanizada e inclusiva, possam ser continuamente construídos, de forma a resgatar processos culturais diluídos na linha do tempo.

Em suma, a pesquisa em questão não intenta, a partir de uma perspectiva distanciada do contexto sociopolítico e sanitário local, discorrer sobre saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre, mas visa compreender as percepções dos membros do

COMPPIRH a esse respeito e, assim, propor a construção conjunta de uma atenção odontológica, voltada para contemplar necessidades e particularidades específicas desse agrupamento social, de forma a promover igualdade e combate ao racismo.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 O Sistema Único de Saúde e a política nacional de saúde integral da população negra**

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto projeto do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), teve como objetivo superar adversidades e contradições inerentes ao campo da saúde, que perduram até hoje. Os questionamentos feitos aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e a busca por alternativas para o contexto político da saúde à época, ecoaram durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que foram estabelecidos os pilares daquela que foi uma das maiores reformas do Estado brasileiro, o sistema público de saúde (SILVA, 2017).

Com o contínuo processo de implementação, as críticas de outrora foram substituídas por questionamentos ao sistema de saúde vigente, quanto ao avanço de questões mais objetivas e desafiadoras, na tentativa de superar a focalização em temas que versassem prioritariamente sobre financiamento e gestão. Esse dinamismo exigiu atenção mais cuidadosa e decodificadora dos contextos de desigualdades, injustiças e dos determinantes sociais em saúde. Por essa razão, autores ressaltam impasses ligados à RBS e ao SUS (PAIM; TEIXEIRA; SOUZA, 2014).

Em se tratando do SUS, de uma política base de proteção social em função dos preceitos de equidade que defende, faz-se necessário analisá-la, de forma crítica, uma vez que a operacionalização desta revela um campo de disputa de interesses sociais e econômicos, em que são reproduzidos cenários de discriminações, preconceitos e racismo, ainda vigentes em nossa sociedade.

Como sinal de reconhecimento do racismo e das desigualdades raciais, enquanto determinantes do processo saúde-doença, impostos à população negra no âmbito do SUS, destaca-se a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como forma de se contrapor a essas forças e atender aos anseios de grande parcela da sociedade por uma saúde contextualizada com as necessidades desse povo.

Construída a partir das demandas apresentadas pelo Movimento Social Negro, tem exercido influência na participação ativa dos órgãos de controle social

representativos do povo negro, no sistema público de saúde (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

A construção da PNSIPN representou somatório de forças oriundas principalmente dos movimentos sociais, pela luta contra o preconceito e a desigualdade, existentes no campo da saúde e que têm se abatido de forma direta ou indireta, visível ou escamoteada, sobre a população negra no Brasil.

No que diz respeito aos embates operacionalizados pelos movimentos sociais, pode-se afirmar que estes se concentram prioritariamente na busca por afirmação de uma identidade cultural dos sujeitos, pertencentes a grupos populacionais oprimidos ou marginalizados e na construção de políticas de identidade que funcionem como estratégias, por meio das quais, tais movimentos provocam o Estado com reivindicações e resistem às tensões que lhe são direcionadas (SILVA, 1999; LOURO, 2000; WOODWARD, 2000).

Para Ribeiro (2014), os anos que antecederam à elaboração da PNSIPN foram marcados por episódios em que os líderes dos movimentos negros entenderam ser um período oportuno para denunciar, de maneira mais incisiva e estruturada, a existência do racismo no Brasil. A demonstração de diagnósticos de exclusão e de genocídio, com conseqüente descaracterização do povo negro destituído da própria cidadania, constituíram exemplos da atuação desses movimentos.

Prá (2010) destaca a atuação dos movimentos de mulheres e, em especial, os movimentos feministas na construção da política, por lograrem êxito em embates frente às discussões sobre discriminação de gênero e que, desta forma, conseguiram garantir cenários de interlocução na construção da política de saúde destinada ao povo negro.

O surgimento da PNSIPN representa, também, o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde (MS) acerca do processo social e cultural, historicamente arraigado no Brasil, que tem estigmatizado grande parcela da sociedade brasileira a contextos de precariedade na atenção à saúde, manifestos sob a forma de precocidade de óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, elevada prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra (BRASIL, 2013).

Conforme Centeno (2016), a PNSIPN é uma política pública de inclusão social, pois traz, nos elementos constitutivos, o reconhecimento e a reafirmação do

racismo e das desigualdades raciais enfrentados pelo povo negro, considerando-os como determinantes sociais de saúde e os implicando com o atendimento precário em saúde prestado a esta população.

A utilização do termo “política pública”, conferido à PNSIPN, tem sido estudada por diferentes autores, os quais defendem a interpretação de uma abordagem multicêntrica, por apresentar enfoque mais interpretativo e participativo. Tal abordagem possibilita aos gestores conceber as políticas públicas como espaços de construção de sentidos. A operacionalização desse enfoque na PNSIPN é percebida por meio de ações destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por intermédio da definição de metas e estratégias de atuação e da alocação de recursos, necessários para atingir os objetivos estabelecidos (SARAIVA, 2006; SECCHI, 2010; FARENZENA, 2011).

Para Agum, Riscado e Menezes (2015), a ideia de abordagem multicêntrica conferida a uma política pública em detrimento da estatista, a qual estabelece monopólio de execução ao ator estatal, reside na própria destinação a que uma política pública se manifesta, ou seja, a um problema de ordem pública que, nesse caso, o protagonismo da política pode ser executado por qualquer ator social envolvido.

Centeno (2016) traz para discussão a necessidade de compreensão sobre os diferentes poderes que confluíram para formulação da PNSIPN, ressaltando que estes não podem ser encontrados em uma fonte primeira, em um único foco, outrossim, provêm de distintos lugares.

Pontua, ainda, a referida autora que compreender a cronologia ligada ao surgimento e aprimoramento da PNSIPN remete a avaliar acontecimentos no âmbito nacional e internacional, relacionados à vida política e social, os quais permitiram e propiciaram a efervescência de movimentos sociais e a emergência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como recomenda analisar documentos de referência, importantes na constituição desta ação (CENTENO, 2016).

Os principais acontecimentos que antecederam à PNSIPN foram: Marcha Zumbi dos Palmares, contra o racismo, pela cidadania e pela vida, realizada em Brasília/DF (1995); Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Conexa, realizada na cidade de Durban, África do Sul (2001); criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

(SEPPPIR), Brasília/DF (2003); I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, Brasília/DF (2004); e aprovação da PNSIPN, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006.

Dentre os documentos de referência importantes na constituição da atual PNSIPN, podem-se citar: a Declaração da Conferência Mundial de Durban (2001); o Relatório do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra (2004); a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Plano Operativo I (2008), com a respectiva portaria; a primeira edição do texto completo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010); a segunda edição do texto completo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2013); e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Plano Operativo II, realizado no ano seguinte (CENTENO, 2016).

A esse respeito, Faustino (2017) propõe oportuna reflexão sobre a disputa de poderes envolvidos na constituição da PNSIPN, a partir de perspectiva em que a referida política faz parte de um pacto social ainda em conformação.

Consoante a estudos que trataram do tema, o referido autor destaca, em convergência com o pensamento de outros estudiosos, o surgimento de uma resistência institucional inicial, em relação à consecução da PNSIPN, desenhada de modo transversal, desde o início, tendo como aposta a incorporação do combate ao racismo institucional e a adoção de indicadores de processo e resultado, desagregados por raça nas demais políticas e programas do Ministério da Saúde (CUNHA, 2012; FAUSTINO, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2014; WERNECK, 2016).

Na esteira dessas discussões, diferentes autores pontuam que essa resistência pode ser explicada, principalmente, pela dificuldade das instituições públicas, especialmente aquelas voltadas à promoção de direitos sociais, em responderem, de forma adequada, às desigualdades raciais, tendo como fator a ser enfrentado o racismo institucional ou racismo sistêmico, que garante exclusão seletiva a grupos racialmente subordinados, atuando como instrumento importante de segregação pontual de diferentes sujeitos, nesses grupos, fato que reforça a crença de ausência de racismo na sociedade brasileira, assim como potencializa o desconhecimento de influências negativas sobre a saúde dessas pessoas (ANAND, 1999; MAIO; MONTEIRO, 2005; FRY, 2005).

Em conformidade com Centeio (2016), o caráter transversal mencionado no texto da PNSIPN se refere às questões de raça/cor em todas as políticas do

Ministério da Saúde. Para a autora, faz-se imprescindível ressaltar que a transversalidade de raça/cor, assim como a de gênero e classe, constitui o princípio norteador da formulação de políticas públicas no Brasil, a partir do Plano Plurianual (PPA), 2004-2007 (BRASIL, 2003).

Em outras palavras, a formulação da PNSIPN teria sido idealizada com base nos desafios de inclusão social no PPA. Neste sentido, a transversalidade tem sido apresentada como desafio para o governo, que pontua:

A gestão transversal é um dos grandes desafios para a administração pública. Sua característica é a articulação horizontal e não hierárquica, buscando com isso influenciar o desenho, a formulação, a execução e a avaliação do conjunto das políticas públicas. Articulando todos os órgãos de governo e níveis de poder, este modelo tem como um dos objetivos reintegrar programas e questões excluídas em razão do tratamento setorial. Trata-se de uma abordagem mais abrangente que pretende contemplar amplamente as necessidades e direitos da população (BRASIL, 2004b, p. 80).

Para Faustino (2017), a PNSIPN, quando articulada no interior do SUS, na perspectiva de transversalidade, distancia-se da classificação de política focalizada, supostamente associada às prerrogativas neoliberais, por apresentar especificidades que contribuem por complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando os instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população negra no Brasil.

Dito de outra forma, o que o campo da saúde da população negra apresenta como reivindicação, em sintonia com a noção ampliada de justiça social, é a possibilidade de enfrentar as iniquidades raciais, mediante a busca pela universalização do direito à saúde.

Outro aspecto importante que merece destaque é o fato de se considerar a criação de uma política específica para população negra, como um constructo cultural, haja vista a análise dos aspectos culturais possibilitar reflexões sobre esta, como campo de luta em torno da significação e identidade social e cultural do sujeito negro (CENTENO, 2016).

Diferentes autores têm estabelecido que os estudos culturais representam o local, onde grupos sociais, situados em posições diferenciadas de poder, lutam pela imposição de seus significados (HALL, 1998; SILVA, 2000a; VEIGA-NETO, 2000).

Nesse sentido, os ditos sobre o sujeito negro na PNSIPN, por meio da linguagem contida em seu escopo, além de possibilitar representações de situações concretas que caracterizam sua identidade, trazem consigo representações linguísticas que lhe conferem ou não critérios de legitimidade no campo da saúde.

Por essa razão, Kern (2012) se faz coerente ao pontuar que a aprovação de uma política que priorize determinado estrato social, considerando aspectos de raça/cor, foi uma conquista muito importante na sociedade brasileira, contudo não se traduz como suficiente para reverter o quadro de saúde desta população. O autor enfatiza que as ações elencadas na PNSIPN devem, necessariamente, estar atreladas a políticas afirmativas. Segundo o autor, tais políticas têm se constituído como o principal instrumento estatal de combate ao racismo no Brasil.

De acordo com Bernardino (2004), as políticas de ações afirmativas têm como um dos objetivos garantir ao povo negro o acesso a espaços nos quais elas provavelmente não estariam se dependessem de política neutra em relação à cor ou, na melhor das hipóteses, estariam de maneira residual.

Para Centeno (2016), uma das ações presentes na PNSIPN e que está pautada como ação afirmativa, consta no item V dos objetivos específicos, assim como no item V das responsabilidades das Esferas de Gestão do Gestor Federal, dentre outros. Trata da garantia de inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados, nos sistemas de informação em saúde.

V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

V – Garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS (BRASIL, 2013b, p.30).

A inserção desse dispositivo na Política Nacional de Saúde Integral da Pessoa Negra, “[...] tem como justificativa, entre outras, desvelar o mito da democracia racial [...]”, além de ser

[...] uma ação que materializa o poder dos movimentos sociais e direciona o significado do que é ser negro para o interior da política, evidenciando que a questão da discriminação social e racial produz efeitos, na área da saúde, da população negra (CENTENO, 2016, p.56).

Chor (2013) aprofunda a discussão sobre o racismo no Brasil, quando pontua que, em âmbito nacional, o tema raça se associa a outras questões, como as

de ordem socioeconômica e gênero, de forma que a resultante desses diferentes fatores gera desigualdades em saúde, percebidas em cenários distintos e sob magnitudes diversas.

Assim, diante do reconhecimento da existência do racismo institucional no campo da saúde, Costa e Santander (2008) pontuam a necessidade de um esforço conjunto por parte dos diversos atores envolvidos no campo saúde que resulte na ruptura de uma cultura racista intrínseca.

Isso posto, pode contribuir para que sujeitos negros se sintam protagonistas dos processos e, por meio de multiplicidade de vozes, possam assumir “lugar de fala” (SANTOS, 2017), pontuando questões que digam respeito a si e/ou coletivos onde estejam inseridos.

## **2.2 Democracia racial e saúde do povo negro: os caminhos da participação popular**

A participação popular é, na realidade, o elemento fundante da saúde (CORTÊS, 2009 *apud* PEREIRA, 2011).

Nesse sentido, Criola (2007) pondera que a participação da sociedade civil na área de saúde é anterior ao advento do Sistema Único de Saúde (SUS), todavia, a origem recente advém do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Refletir sobre o binômica democracia racial e saúde remete a buscar compreender em que dimensão de institucionalidade o racismo adquiriu corpo e vem sendo percebido nas ações e nos serviços dentro do SUS, confirmando o mito da democracia racial no Brasil.

No tocante à crença, ainda hegemônica, do mito da democracia racial e da subestimação da influência em conflitos raciais contra negros, detectados na sociedade brasileira, o estudo de Cohn e Bujdoso (2015) investigou os embates que permeiam espaços institucionais de controle social das políticas de saúde e estabeleceram questionamentos sobre o posicionamento dessas instâncias em articular a defesa de interesses coletivos.

Tal questionamento remete ao desafio concreto de reconhecer a Política Nacional de Saúde Integral da população Negra (PNSIPN), a fim de observar possibilidades de operacionalização e articulação, na busca pela democratização do

acesso e universalização do direito à saúde do povo negro e no combate à ideia de negação ao reconhecimento do racismo como determinante social de saúde.

Para Santos (2009), torna-se urgente proceder ao desmonte da falsa ideia de democracia racial, assim como combater e denunciar o racismo institucional operacionalizado na estrutura interna do SUS, sob o risco da não garantia de um dos princípios fundamentais, a equidade.

O princípio da equidade tem sido associado a uma noção de justiça social, por reconhecer a existência de desigualdades entre indivíduos/grupos que demandam atenção diferenciada na medida de suas necessidades, o que o difere do princípio da igualdade, que atrelado a uma ideia de cidadania, pressupõe igualdade de direitos (WERNECK, 2016).

O simples reconhecimento de direitos não resulta necessariamente em alteração da condição de desigualdade social, contudo cria condições para que se proceda a uma mediação dos embates entre grupos dominantes e inferiorizados (MONTEIRO, 2010).

Travassos e Castro (2008) enfatizam que a percepção de iniquidades em saúde ou a existência de pessoas em desvantagem social em relação a outras torna-se mais claramente evidenciada quando os referenciais sobre o processo saúde-doença se alteram para além dos fatores de risco individuais, refletindo diversas situações de grave injustiça social.

Barros e Souza (2016) asseveram que, uma vez estando o direito à saúde associado a um direito social, percebe-se expansão do poder de atuação do Estado brasileiro, de forma que outros padrões de cidadania são reivindicados, os quais estão orientados pelos princípios da igualdade e da universalidade, o que resulta no encurtamento da distância entre as diferenças pertencentes às pessoas.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2014, negros e negras, o que inclui pardos e pretos, compõem 53,6% da população brasileira. Apesar da maioria, essa população enfrenta grandes desigualdades, a começar pelo quesito renda: entre os 10% da população mais pobre do país, 76% são negros. Entre o 1% mais rico, apenas 17,4% são negros.

A população negra é, ainda, a mais suscetível à violência: um homem negro tem oito vezes mais chance de ser vítima de homicídio no Brasil do que um branco, apontam estudos realizados a partir de dados do Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (IPEA), os quais foram apresentados no lançamento da 4ª edição do Boletim de Análise Político-Institucional (BAPI/ IPEA, 2013).

Dados do IBGE (2014) mostram que do total de jovens entre 15 e 29 anos que não estudavam e nem trabalhavam, 62,9% eram negros e negras. A maternidade precoce é um dos fatores que levam as jovens a essa situação. Do total de meninas de 15 a 19 anos sem estudo e trabalho, 59,7% tinham pelo menos um filho, destas, 69% são negras.

Estudo tem demonstrado que as iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil se manifestam desde a infância, demonstrando acesso desigual ao tratamento odontológico entre crianças pretas e pardas, destacando desvantagens sociodemográficas como fatores associados à experiência de cárie (ANTUNES *et al.*, 2003).

A avaliação dos indicadores de cárie, perda dentária, dor, necessidade de prótese e acesso a serviços de saúde bucal demonstraram, entre outros aspectos, maior vulnerabilidade da população negra em relação aos brancos, representada por 24% de negros que nunca foram ao dentista, contra 14% de brancos na mesma situação e que o percentual de negros sem plano de saúde não Brasil é 2,2 vezes maior que o percentual de brancos (FRAZÃO *et al.*, 2003; SUSIN *et al.*, 2005; BARBATO *et al.*, 2007; GUIOTOKU *et al.*, 2012).

Fatores contextuais relacionados ao perfil de desenvolvimento humano, à distribuição de renda e ao acesso a políticas de cuidado em saúde parecem ter papel essencial na caracterização da vulnerabilidade de grupos populacionais a agravos em saúde bucal. A perda dentária e a necessidade de prótese na população negra estiveram correlacionadas com IDH e a renda média familiar no Brasil (PERES *et al.*, 2003; ANTUNES *et al.*, 2006; FISCHER *et al.*, 2010; GUIOTOKU *et al.*, 2012).

Ainda sobre esse contexto, estudiosos têm atribuído relação entre as condições financeiras de grupos populacionais e as disparidades em saúde bucal, asseverando que em períodos de restrições econômicas, percentual elevado da população brasileira estaria fortemente prejudicada, quanto ao acesso a cuidados odontológicos exclusivamente públicos (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018; CASCAES *et al.*, 2018; PROBST *et al.*, 2019).

Corroborar-se, assim, com o pensamento de Munanga (2012), quando asseverou ser o racismo um crime perfeito que se deu desde a antiguidade e ainda

constitui realidade sociocultural histórica, pois, atualmente, depara-se com a precariedade dos indicadores referentes ao povo negro.

Precocidade de óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência constituem dados oficiais que assolam a população negra no Brasil, desvelando a ausência de democracia racial na saúde (BRASIL, 2010).

Diante desse cenário, Ribeiro (2014) pontua que a participação da sociedade civil representativa do povo negro, a exemplo da Marcha Zumbi dos Palmares, pode contribuir para o surgimento de políticas públicas de promoção da igualdade racial e, assim, estabelecer-se como estratégia potente para consolidar a democracia e reverter iniquidades sociais.

Faz-se oportuno entender que o SUS foi proposto com a finalidade de constituir estratégia descentralizada de formulação, controle e implementação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2008).

O protagonismo da sociedade civil, também intitulado de “controle social”, foi regulamentado no âmbito do SUS, mediante a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual afirma que o sistema de saúde público brasileiro deve contar, em cada esfera de governo, com duas instancias colegiadas, os Conselhos e as Conferências de Saúde, a partir das quais são propostas as diretrizes para a formulação das políticas de saúde e as estratégias de controle na execução destas (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, a normatização do SUS contempla um arcabouço legal que recepiona as Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080 e nº 8.142, assim como o Decreto 7.508/2011. As ações e os serviços públicos em saúde, uma vez integrados por rede regionalizada e hierarquizada, conformam um sistema único de saúde, que se operacionaliza mediante três diretrizes básicas: a descentralização, a integralidade e a participação comunitária (BRASIL, 1990).

Silva (2017) elucida que o exercício do controle social no SUS, mediante atuação de Conselhos e Conferências de Saúde, condiciona a uma necessidade constante de qualificação da interlocução dos membros que compõem essas instâncias de deliberação e de negociação, respectivamente, de forma que os mesmos não se posicionem apenas como fornecedores ideológicos da igualdade racial no SUS, mas como agentes geradores de impacto real na atenção à saúde do povo negro.

O SUS não está orientado somente para promoção da saúde e garantia do acesso das populações que vivem em condições de vulnerabilidade, mas também para valorização dos diversos mecanismos de participação e controle social, como parte do protagonismo destas populações na luta pela saúde (SILVA, 2017).

Assim, buscar aproximação com o COMPPIRH, por meio da discussão de temas relacionados à saúde bucal do povo negro de Alto Alegre, representa estimular a gestão participativa em saúde, operacionalizar o controle social a nível local e contribuir para o enfrentamento ao racismo institucional, no âmbito municipal, mediante prática dialógica e construtivista.

Procurar compreender as percepções que os integrantes do Conselho Municipal de Promoção das Políticas de Igualdade Racial de Horizonte têm sobre saúde bucal, significa materializar os princípios basilares da universalidade, integralidade e equidade, por entender que o exercício da democracia racial perpassa por questões que dizem respeito à saúde do povo negro.

Tal estratégia constitui um convite ao resgate do lugar de fala, inerente a uma parcela da sociedade, historicamente silenciada pela supremacia branca (SANTOS, 2017).

### **2.3 Discriminação racial e saúde bucal da população negra**

Abordar a influência de questões relativas à discriminação racial e o impacto destas na saúde bucal da população negra pode constituir tarefa árdua, em virtude da carência de estudos sobre o tema. Tal fato, por si só, pode ser entendido como indício do processo de discriminação a que essa população vem sendo submetida.

Estudo demonstrou que a predileção pela utilização de modelos analíticos para correlação da discriminação racial, utilizados pela maioria das pesquisas no campo da saúde bucal, tem dificultado a identificação de uma variedade de publicações que operacionalizem a exploração econômica, a marginalização política ou, mais importante, o construto do racismo em saúde bucal (JAMES, 2001; GARCIA, 2017).

Bastos *et al.* (2018), em revisão crítica sobre o tema, colocam que a pesquisa na área odontológica conta com inúmeros artigos os quais tratam da

associação entre doenças bucais e populações racialmente marginalizadas, como determinadas por desvantagem genética ou cultural. Enfatizam que pouquíssimas são as análises sobre o papel que o racismo sistêmico, bem como as relações contextuais com a exploração econômica, com a estigmatização social e a marginalização política, exercem sobre a saúde bucal dessa parcela da sociedade.

A implicação da discriminação racial com a saúde bucal da população negra perpassa por entendimentos mais amplos que os amparados pelo determinismo biológico que tenta associar doenças bucais a questões de raça. A narrativa alternativa para a compreensão dessa questão é a racionalização de que essas desigualdades podem ser o resultado de processos históricos e sociais mais complexos, os quais transcendem as características anatômicas e outras individuais, incluindo composição genética e nível socioeconômico (BASTOS *et al.*, 2018).

Estudos têm apontado para correlação considerável entre discriminação racial, dentre outras formas de discriminação, e os resultados negativos em saúde bucal. Defende-se a teoria de que a discriminação racial funciona como estressor psicossocial subjacente às desigualdades raciais na saúde bucal; à distribuição diferenciada de maus-tratos, tanto dentro, como em grupos; à origem não apenas a padrões específicos de saúde bucal, como também a desigualdades raciais nos resultados dentários (CELESTE *et al.*, 2013; JAMIESON *et al.*, 2013; BEN JAMIESON *et al.*, 2014; BEM PARADIES *et al.*, 2014; CALVASINA *et al.*, 2015; LAWRENCE *et al.*, 2016; FINLAYSON *et al.*, 2018).

É importante considerar o fato de que estudos, como os citados anteriormente, constituem literatura nascente no campo da odontologia e estão baseados em dados de populações que vivem no Brasil, na Austrália, nos Estados Unidos e no Canadá. Ao acrescentar quadros explicativos à questão da discriminação racial em saúde bucal, os autores procuram fazer descrição mais equilibrada das iniquidades raciais presentes, de forma que os determinantes sociais sejam considerados em perspectiva que perpassa a teoria do determinismo biológico e genético de afinidade da população negra a certas doenças bucais específicas.

Além disso, ressaltam os autores supracitados que ao promover tais visões alternativas sobre raça, racismo, discriminação racial e saúde bucal, pode-se ocasionar estímulo à inclusão de dados sobre tais fatores, em pesquisas de saúde bucal, em larga escala.

Bastos *et al.* (2018) enfatizam ainda que diversos aspectos contextuais do racismo sistêmico em saúde bucal podem ser incluídos em questionários de pesquisas científicas e obtidos em fontes oficiais e governamentais, a exemplo da segregação residencial racial e da baixa qualidade de habitação e que tais fatores poderiam, então, ser combinados com dados de pesquisa em saúde bucal.

De acordo com Chiavegatto Filho *et al.* (2015), a pressuposta universalidade de acesso e a conhecida desigualdade social trazem oportunidades interessantes para a análise dos determinantes contextuais no uso de serviços de saúde no Brasil.

Essa forma de interpretar as desigualdades raciais em saúde bucal encontra suporte teórico em estudos que defendem a saúde oral como subcampo da saúde pública e que tem incorporado novas abordagens metodológicas e formulações teóricas, a exemplo da modelagem multinível, e que devem ser extensiva e rigorosamente utilizadas na luta contra as desigualdades, inclusive no que tange ao acesso a serviços de saúde (BAKER; GIBSON, 2014; PARADIES, 2016; SU; BEHAR-HORESTEISN, 2017).

A maioria dos estudos na literatura têm analisado os determinantes individuais do uso de serviços de saúde, possibilitando a identificação de grupos historicamente excluídos. Contudo, é preciso compreender que os determinantes de saúde e de acesso a serviços não se restringem a fatores individuais. Para tanto, estudos têm demonstrado que análises multiníveis, as quais tratam de examinar também os determinantes contextuais sobre o uso de serviços de saúde, em países com universalidade de acesso, são necessários para compreender a complexa rede de acesso a serviços de saúde e as desigualdades de saúde a que estão submetidos, grupos historicamente excluídos (CHIAVEGATTO FILHO *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a existência de fatores contextuais, como o local de residência do indivíduo; a segregação residencial racial; a baixa qualidade de habitação; a presença de capital social, representado pela participação comunitária e coesão social; o desenvolvimento econômico da localidade onde o indivíduo reside; a ocorrência de violência na região; e a existência de cobertura médica privada dentre outros, desempenham influência marcante na frequência do uso dos serviços em saúde, na ocorrência de maior gama de problemas em saúde, além de representar diferenças no acesso aos locais de oferta de serviços de saúde (HENDRYX *et al.*, 2002; NEMET *et al.*, 2000; YIP *et al.*, 2002).

A esse respeito, o estudo de Chiavegatto Filho *et al.* (2015) possibilita reflexões acerca dos determinantes sociais que comumente estão associados a agrupamentos ou populações em condições de risco e vulnerabilidade, como os experimentados por expressiva parcela da população negra brasileira que se encontra residindo em regiões metropolitanas violentas e bairros rurais distantes, onde há baixa qualidade de habitação. Segundo o autor, indivíduos residentes em regiões com alta violência apresentam menor probabilidade de acesso a serviços de saúde, assim como indivíduos que não possuem seguro saúde, tendem a não ter acompanhamento em situações rotineiras de saúde.

Nesse contexto, a pesquisa de Barros e Bertoldi (2002), que se propôs a analisar o uso de serviços odontológicos no Brasil, mostrou que indivíduos com maiores rendas consultaram o profissional dentista, em torno de 2,8 vezes a mais que os mais pobres, nos 12 meses anteriores ao período estudado.

Bastos *et al.* (2018) ressaltam que as desigualdades raciais em saúde bucal se referem a diferenciais de saúde entre grupos definidos com base na raça, os quais estão envolvidos por matrizes complexas de dominação, constituídas por amplo processo de racismo e conexões com outros eixos de opressão, como o gênero, o status socioeconômico e a sexualidade.

Guiotoku *et al.* (2012) colocam que as iniquidades raciais em saúde bucal se manifestam desde a infância. Ademais, que as desigualdades no acesso a serviços de saúde bucal, por parte da população negra brasileira, podem ser representadas por 24% de negros que nunca foram ao dentista, contra 14% de brancos na mesma situação e que o percentual de negros sem plano de saúde no Brasil é 2,2 vezes maior que o percentual de brancos.

Estudos de Antunes *et al.* (2003) demonstraram associação entre experiência de cáries em crianças pretas e pardas brasileiras, com o acesso desigual ao tratamento odontológico, a presença de iniquidades sociodemográficas e com a discrepante inserção socioeconômica desses segmentos da população. Os autores negam o determinismo biológico para os diferenciais raciais na ocorrência de cárie, atribuindo tal experiência à discrepante inserção socioeconômica desses segmentos da população e ao acesso distinto a bens e serviços no Brasil.

Bastos *et al.* (2018) enfatizam que a visualização da raça a partir de perspectiva multidimensional afasta o foco dos fatores de nível micro, para o impacto de processos sócio-históricos mais amplos e, nesse contexto, os formuladores de

políticas, pesquisadores e profissionais da área odontológica devem ter cautela em estabelecer concepções restritas sobre raça, o que levaria a iniciativas de abordagem desiguais em saúde bucal.

Outros estudos, que pesquisaram a correlação entre discriminação racial e saúde bucal, abordaram teorias estruturais do racismo, ressaltando que a discriminação racial é apenas uma manifestação comportamental de múltiplos sistemas de opressão e que se constitui em uma única modalidade pela qual o racismo produz desigualdades em saúde bucal (BONILLA-SILVA, 1997; GRAHAM *et al.*, 2011; MATTHEW, 2015; PHELAN; LINK, 2015; BAILEY *et al.*, 2017).

Katz *et al.* (2008) defendem que pesquisadores em saúde bucal também poderiam estimular pesquisas a respeito da maneira como eventos históricos moldam as visões das minorias raciais sobre a ciência, assim como identificar grupos com categorias socialmente marginalizadas, e se tais fatores influenciam a disposição de participar de estudos sobre desigualdades raciais.

Estudos recentes possibilitam inferir que a inclusão do racismo sistêmico nos arcabouços teóricos dos estudos odontológicos poderá influenciar pesquisas futuras para avaliar em que medida, outros fatores, além do status socioeconômico individual, da composição genética e das características culturais, poderiam explicar as desigualdades raciais em saúde bucal. Esses outros elementos podem incluir conexões sociais benéficas, encarceramento discriminatório, efeitos de vizinhança, estresse, além de estabelecer a influência de como cada um deles influenciaria a saúde bucal da população negra brasileira (WILLIAMS, 2012; BAIELEY *et al.*, 2017; GARCIA, 2017; HAHN *et al.*, 2018; HICKEN *et al.*, 2018).

Por essa razão, Bailey *et al.* (2017) e Hicken *et al.* (2018) defendem a ideia de que há amplo espaço para integrar potencial conjunto de conceitos das ciências sociais à literatura odontológica.

Após analisar a contribuição que a maioria das pesquisas em odontologia tem proporcionado sobre a correlação entre desigualdades raciais e saúde bucal, a partir de abordagens dominantes, com ênfase em concepções simplistas e não contextuais, cabe, assim, estabelecer reflexão sobre a forma como se compreende o impacto da desigualdade racial, na saúde bucal da população negra brasileira, pois, em maioria, goza de carência nutricional, ausência de abastecimento de água limpa e fluoretada e presença de renda insuficiente.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Compreender as percepções dos Conselheiros Municipais de Promoção das Políticas de Igualdade Racial, do município de Horizonte, sobre a saúde bucal, no Quilombo de Alto Alegre.

#### **3.2 Específicos**

- Conhecer as concepções dos membros da COMPPIRH a respeito da saúde bucal;
- Estabelecer diálogo aproximado entre a equipe de saúde bucal e os integrantes do COMPPIRH, de forma a estimular o exercício do controle social na saúde, no âmbito local;
- Identificar potencialidades e dificuldades observadas pelos conselheiros para o desenvolvimento de ações de promoção da igualdade racial, relacionadas ao campo da saúde bucal.

## 4 CAMINHAR METODOLÓGICO

### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo, do tipo exploratório, fundamentado na abordagem qualitativa, tendo como objeto as percepções dos Conselheiros De Promoção Da Política De Igualdade Racial, do município de Horizonte, acerca da saúde bucal, vivenciada no território quilombola de Alto Alegre.

Minayo (2010) oportuniza o entendimento acerca de distintos conceitos sobre a pesquisa qualitativa e um deles diz respeito a perceber o objeto de estudo das ciências sociais, como detentor de consciência histórica, construída a partir da existência de sociedades humanas, presentes em determinado espaço, envoltas em formação social e configuração cultural específica e inseridas em um contexto temporal e dinâmico que envolve presente, passado e futuro.

Araújo, Oliveira e Rossato (2018) consideram que as pesquisas com abordagem qualitativa geram impactos significativos para as ciências humanas, por envolver a noção de um sujeito que se expressa, compreende, interage e interpreta fatos inerentes à própria existência. Sinalizam, ainda, que, para os autores de base histórico-cultural, a prática da pesquisa qualitativa deve perpassar por questões que considerem a subjetividade dos indivíduos.

Nesse sentido, ao se debruçar sobre o objeto em questão, procurou-se considerar a constituição da linguagem oral e o sentido das palavras e expressões ditas pelos sujeitos da pesquisa, como mediadores de histórias e vivências, tão importantes para produção do conhecimento em pesquisas qualitativas.

Portanto, ouvir e compreender as palavras e a contextualização das significâncias, advindas de representantes sociais de uma comunidade tradicional e minoritária, constituída por descendentes de escravos historicamente silenciados, faz desta pesquisa qualitativa uma possibilidade de construção do conhecimento no campo da saúde bucal, em um contexto coletivo. De forma adicional, oferece oportunidades para que se compreenda a importância da participação da sociedade civil no campo da saúde e a contribuição para o fomento ao controle social negro, no âmbito de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ainda sobre a pesquisa qualitativa, Denzin e Lincoln (2010) pontuam que a competência da pesquisa qualitativa está no mundo da experiência vivida, pois é nele que a crença individual, ação e cultura se entrecruzam.

Portanto, faz-se necessário considerar o fato de que a pesquisa com abordagem qualitativa situa o observador no mundo, além de consistir em conjunto de práticas interpretativas que dão visibilidade ao mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas e outras técnicas de apreensão do fenômeno (MINAYO, 2010).

Para Bosi (2012), os objetos de estudo sobre os quais a pesquisa qualitativa se debruça devem ser entendidos como complexos, haja vista conduzirem a investigações científicas de fenômenos da realidade permeados por interdisciplinaridades e inter(trans)culturalidades. A autora enfatiza, ainda, a incorporação dos saberes nativos e as respectivas intercessões, na construção de um conhecimento científico de importância primordial para o campo da Saúde Coletiva.

Os desafios em pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva são apontados quando da necessidade de coerência e consistência na articulação das dimensões ontológica, metodológica e ética, presentes na pesquisa científica. De acordo com a autora, “o que se processa nas pesquisas qualitativas pertence ao plano das construções intersubjetivas, imersas em relações sociais, e não a mera aplicação de técnicas” (BOSI, 2012, p.8).

Do mesmo modo, Minayo (2013) referenda a busca por uma verdade que, muitas vezes, de forma cartesiana, é tratada como quantificação da realidade, mas que exige da pesquisa qualitativa a compreensão e interpretação de forma mais objetiva possível, da lógica interna dos sujeitos que estuda e dar conhecimento da “verdade”.

Outro aspecto que influencia o caminhar metodológico nesta pesquisa diz respeito ao convite ao exercício do protagonismo social negro sobre as questões que lhe dizem respeito e, em especial, acerca da saúde bucal, além de significar a possibilidade de resgate de um conhecimento cultural ancestralizado, exige a superação de desafios impostos historicamente pela supremacia branca hegemônica, muito implicada na construção do conhecimento científico.

É importante considerar que o povo negro tem estado continuamente exposto a situações que enaltecem a branquitude do saber e a autoridade da fala

branca, mesmo que esta não se considere como parte racial, de forma que o primeiro experimenta uma sensação de não lugar.

Portanto, constituiu, também, referencial teórico para este estudo o conceito de “lugar de fala”, representado pelo rompimento do monopólio do poder de interlocução atribuído naturalmente a quem está em uma situação de poder. O resgate desse espaço deve ser estimulado e referendado a uma multiplicidade de vozes historicamente silenciadas (SANTOS, 2017).

Outro aspecto importante e balizador desse estudo refere-se ao estímulo à produção científica negra e apoia-se no conceito de encarceramento mental proposto por Mazama (2009), quando estabelece que, por meio de um processo mental, psicológico e intelectual, a supremacia branca tem tomado ideias, teorias e conceitos europeus como universais, normais e naturais.

Assim, buscou-se, por intermédio deste estudo, atingir as dimensões éticas e humanísticas, a que a pesquisa qualitativa se propõe, a partir da compreensão do fenômeno social, em termos dos significados que os indivíduos atribuem ao cotidiano em que vivem, atentando para as singularidades do campo e, principalmente, para o significado e sentido das palavras e expressões que traduzem a forma como percebem a saúde bucal vivenciada por eles no Quilombo de Alto Alegre, território de atuação da Estratégia Saúde da Família.

## 4.2 Paradigma metodológico da afrocentricidade

“Na África tudo é História. A grande História da vida compreende a História das Terras e das Águas (geografia), a História dos vegetais (botânica e farmacopeia), a história dos “Filhos do seio da Terra” (mineralogia, metais), a História dos astros (astronomia, astrologia), a História das águas e assim por diante.”

(HAMPATÉ BÂ, 2010, p.184)

Esta pesquisa buscou articular um método contemporâneo de conhecimento que possibilite a coexistência entre razão e intuição, de maneira que seja possível reproduzir, de forma mais precisa, o tipo de conhecimento africano que surge, quando o sujeito negro se confronta com o objeto a ser conhecido, assumindo postura de interação e coexistência e não conduta clássica de neutralidade (SENGHOR, 1965).

Trata-se, portanto, de uma filosofia do conhecimento que assume perspectiva libertadora para o povo negro, pois além de constituir método de conhecimento tão respeitável como qualquer outro, difere dos parâmetros da racionalidade europeia, caracterizados pelo distanciamento e pela neutralidade, constituindo distinção entre uma razão branca e uma negra (SENGHOR, 1965). “Nós herdamos de nossos ancestrais o nosso próprio método de conhecimento. O africano não estabelece distância entre ele e seu objeto de estudo. Ele toca, ele vive, ele aspira, ele vive a realidade dialeticamente” (SENGHOR, 1965, p.84).

O paradigma da afrocentricidade, adotado nesta pesquisa, foi proposto na década de 1980, por Molefi Kete Asante e Ama Mazama, e situa os valores da África como potentes para construção de um conhecimento negro diferenciado do ocidental, capaz de deslocar o povo negro de uma situação periférica para um ponto central, no que diz respeito aos aspectos relativos à cultura, história, economia e aos costumes (SILVA, 2017).

Mazama (2009) pontua que a validação do método afrocêntrico do conhecimento perpassa por questões de protagonismo do povo negro ao afirmar que

[...] é validado por uma combinação de compreensão histórica e intuição, ou seja, que o conhecimento é ao mesmo tempo racional e superracional. Além disso, em concordância com o fato de que o objetivo último da Afrocentricidade é a libertação dos africanos, a metodologia afrocêntrica deve gerar um conhecimento que os liberte e lhes traga empoderamento (MAZAMA, 2009, p. 123).

É possível se estabelecer diferença entre pesquisadores eurocentristas e afrocentristas, por entender que os primeiros usam o chamado método científico e os segundos, percebem que há conhecimentos relativos às artes, à estética, à moral, que enriquecem a experiência humana e que nem tudo é cognoscível com recurso exclusivo ao método científico. Para os afrocêntricos, um método de conhecimento deve ser baseado no pensamento e na ação, de forma que sirva para o progresso humano, no sentido ético e humanístico e não no avanço técnico-científico, que caracteriza o pensamento eurocêntrico, por assumir sentido materialista e econômico (MUCALE, 2013).

Logo, não há no método afrocêntrico uma negação à ciência, nem ao método científico como tal. Há uma valorização de outras formas de conhecimento, não adquiridos de maneira racional, que são constituídos por sentimentos e

emoções decorrentes da interação humana, de maneira que se considera um erro metodológico subjugar o comportamento humano às leis naturais e a ser explicado por fatores causativos dentro da hereditariedade e do meio ambiente (MUCALE, 2013).

Portanto, discutir a saúde bucal do povo negro significa tomar como referência os valores das civilizações negras que foram destruídos ou que tiveram as culturas negadas e silenciadas. Representa antes de tudo a busca por uma tomada de consciência, a partir de uma contextualização histórica do racismo, como fator estruturante da formação socioeconômica brasileira.

A ideia de submissão de um povo a condições desumanizadas traduz um cenário de junção de esforços para o restabelecimento da integridade, mediante o fortalecimento de vínculos ideológicos e culturais (NASCIMENTO, 2002; MUNANGA, 2009).

Nesse contexto, valorizar a riqueza da cultura africana e respectiva influência na formação de um conhecimento em saúde inerente à população negra, significa vislumbrar um alinhamento conceitual do presente estudo com a ideia de que o paradigma afrocêntrico possui uma base cultural que, no dizer de Karenga (apud RABAKA, 2009, p.31), cultura é “a totalidade do pensamento e da prática, pelos quais um povo se apresenta à história e à humanidade”.

Dessa forma, o paradigma metodológico da afrocentricidade constitui alternativa de conhecimento que busca superar as condições de desenraizamento e distanciamento cultural, psicológico, econômico e histórico a que o negro foi submetido, reafirmando a atuação desse sujeito como protagonista e interlocutor da própria história e do domínio cultural (ASANTE, 2009; MAZAMA, 2009; KARENGA apud RABAKA, 2009; URASSE, 2016; NOGUEIRA, s/d).

Em suma, o presente estudo se harmoniza com a proposta de construção do conhecimento, defendida pelo método afrocêntrico, em função dos seguintes aspectos: 1) afinidade e interlocução entre o pesquisador e o objeto de pesquisa; 2) compreensão que o conhecimento se constrói pela interconexão de componentes racionais e suprarracionais; 3) por considerar importante conhecer as percepções que os membros do COMPIRH têm sobre a saúde bucal do povo negro de Alto Alegre; 4) por defender a ideia de libertação do povo negro, seja ela associada à produção do conhecimento e que se contrapõe à teoria do encarceramento mental, conceituada por Wades Nobles (apud MAZAMA, 2009) e compreender que

iniciativas de aproximação entre a Estratégia Saúde da Família e o controle social negro, a nível local, podem contribuir para o exercício do protagonismo social em favor da população negra, mediante a retomada do “lugar de fala” (SANTOS, 2017).

### **4.3 Cenário de vivências**

O estudo foi desenvolvido no distrito sanitário de Queimadas, local de atuação do pesquisador, inicialmente, como dentista da ESF e, no decorrer da construção da pesquisa, também, como membro do Conselho Municipal de Promoção da Política de Igualdade Racial de Horizonte (COMPPIRH), do qual passou a fazer parte, com representação na saúde.

A referida localidade, pertencente ao município de Horizonte-CE, Brasil, onde está situado o bairro negro rural, denominado Alto Alegre, abriga uma comunidade quilombola, formada por descendentes do Negro Cazuzá, escravo traficado da mãe África para o Brasil, que ao fugir de um navio negreiro, ancorado às margens do litoral cearense, adentrou no continente e, após captura e açoites, acabou por se refugiar entre as localidades de Pacajus e Horizonte. Lá conheceu uma índia Paiacu, uniram-se e constituíram o Quilombo de Alto Alegre, que hoje conta com contingente populacional de, aproximadamente, 350 famílias e está situado no distrito de Queimadas.

A escolha do cenário de pesquisa está relacionada ao fato de que entre os distritos sanitários que integram a RAS/Horizonte (Rede de Assistência à Saúde de Horizonte), o único que conta com a presença de um órgão de controle social negro, a nível local, voltado para promoção da política de igualdade racial, é o distrito de Queimadas. Desta forma, um estudo que pudesse correlacionar a participação dos membros do COMPPIRH com a saúde bucal vivenciada no território, deveria necessariamente ser aplicado nesse distrito de saúde, que abriga o Núcleo de Promoção da Política de Igualdade Racial (NUPPIRH), local onde acontecem as reuniões do COMPPIRH.

As pinturas que seguem foram fotografadas da sala de acervos e memórias do Centro Cultural Negro Cazuzá, situada no Quilombo de Alto Alegre, cuja demonstração intenta proporcionar ao leitor uma retrospectiva, para melhor compreensão do contexto histórico que envolve o cenário da pesquisa. Logo após, apresenta-se um mapa de referência, delimitando a localização entre o núcleo

quilombola e a unidade básica de saúde do distrito de Queimadas, UBS Carminha Nogueira.

Em seguida, como repertório histórico-cultural pertencente ao cenário de pesquisa estudado, demonstra-se um painel em tecido impresso e costurado, confeccionado por artesãos locais, expondo diversas fotos conjugadas, de membros da comunidade quilombola, que integram diferentes gerações descendentes do Negro Cazuzá.

**Figura 1 - Pintura que mostra uma representação da fuga de Cazuzá, do navio negreiro que o traficava, ancorado no litoral cearense**



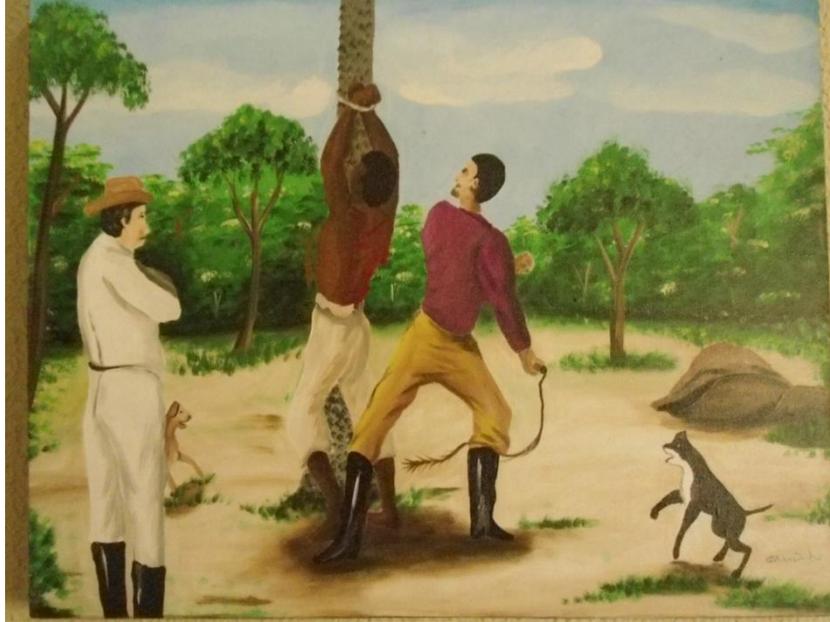
Fonte: Centro Cultural Negro Cazuzá, Alto Alegre, Horizonte-CE.

**Figura 2 - Pintura que mostra representação da captura de Negro Cazuzá, por Capitães do Mato em território cearense**



Fonte: Centro Cultural Negro Cazuzá, Alto Alegre, Horizonte-CE.

**Figura 3 - Pintura que mostra representação de tortura por açoite infringida ao Negro Cazuzu, momento em que passou três dias amarrado, ininterruptamente, a uma carnaubeira, em território cearense**



Fonte: Centro Cultural Negro Cazuzu, Alto Alegre, Horizonte-CE.

**Figura 4 - Pintura que mostra representação da união entre Cazuzu e a índia Paiacu e a constituição do Quilombo de Alto Alegre**



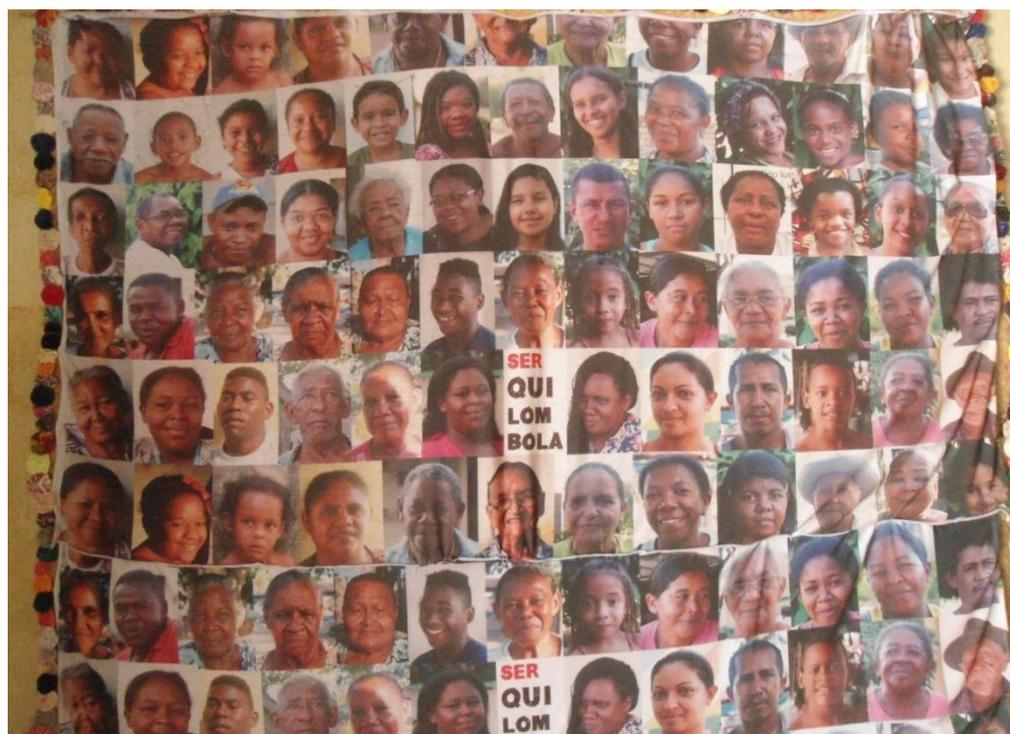
Fonte: Centro Cultural Negro Cazuzu, Alto Alegre, Horizonte-CE.

**Figura 5 - Mapa de referência em relação ao núcleo da comunidade de Alto Alegre, Horizonte-CE e a UBS do distrito de Queimadas**



Fonte: *Google Maps*, com detalhes do autor.

**Figura 6 - Painel em tecido e costura, expondo fotos impressas de diferentes gerações descendentes do Negro Cazuzá**



Fonte: Centro Cultural Negro Cazuzá, Alto Alegre, Horizonte-CE.

#### **4.4 Acesso aos sujeitos participantes da pesquisa**

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram os conselheiros do COMPPIRH, órgão colegiado que, por existência relativamente recente, tem nos integrantes uma contextualização temporal que os condiciona a indivíduos em desenvolvimento dialógico, atuantes no campo das representações sociais, em defesa da população negra.

Com criação em de 10 de março de 2016, por meio de Lei municipal nº 1.131, o COMPPIRH se configura como órgão colegiado, que dentre outras características de caráter consultivo, normativo e fiscalizador, participa também da proposição, em âmbito municipal, de políticas de promoção da igualdade racial, com ênfase na população negra, com objetivo de combater o racismo e reduzir as desigualdades raciais, inclusive no campo da saúde.

A despeito da constituição ainda tenra, porém de grande potência para o protagonismo negro local, os membros do COMPPIRH assumem grande responsabilidade na operacionalização da política da igualdade racial, no âmbito municipal. Neste sentido, o estudo em questão considerou importante construir relação mais próxima entre a equipe de saúde bucal da ESF e os membros do referido órgão colegiado, com conseqüente acesso facilitado aos participantes da pesquisa, para que, em primeiro momento, fosse possível conhecer e analisar as percepções dos membros sobre a saúde bucal vivenciada no Quilombo de Alto Alegre.

Posteriormente, novos estudos podem ser realizados, a partir de articulação ascendente entre a equipe de saúde bucal e o COMPPIRH, com a finalidade de implementar ações e projetos de igualdade racial, os quais promovam a operacionalização da interdisciplinaridade com a educação popular em saúde, com a gestão do cuidado destinada a esse estrato social, assim como com a política de redução de riscos, frente a contextos pandêmicos, como os enfrentados na atual conjuntura com a Covid-19, dentre outros tópicos relevantes para comunidades tradicionais, detentoras de vulnerabilidades históricas, como é o caso do Quilombo de Alto Alegre.

De acordo com o dispositivo legal que originou o COMPPIRH, a composição era de seis integrantes do poder público, oriundos das secretarias de: Desenvolvimento e Inclusão Social; Desenvolvimento Econômico; Saúde; Educação;

Cultura e Agricultura, além de seis representantes da sociedade civil, sendo que três representações eram de: Organização Não Governamental da comunidade e adjacência; uma religiosa; uma negra feminina; e uma negra idosa.

Do universo de 12 participantes, que totalizam a composição máxima do COMPPIRH, estabelecida em lei, participaram do estudo nove sujeitos, sendo que cinco eram representações da sociedade civil e quatro, do poder público. No período em que o estudo foi realizado, as reuniões do COMPPIRH apresentavam consideráveis intervalos entre elas, além de, no período citado, estava havendo rotatividade em algumas representatividades, de forma que os conselheiros que concordaram e se fizeram presentes na constituição do COMPPIRH, naquele dado momento, foram nove membros, os quais se faziam presentes nas reuniões à época do estudo, ou seja, que tinham vinculação com a função de conselheiro, fato que configurou fator de inclusão na pesquisa. Os demais não participaram do estudo por estarem atendendo ao critério de exclusão de não participação do Conselho Municipal de Promoção da Política de Igualdade Racial de Horizonte.

No que diz respeito à existência de número predeterminado de participantes, em pesquisa qualitativa, não há critério amostral matemático que determine quantitativo ideal para coleta.

Para Minayo (2010), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

Assim, considerou-se o número de participantes da pesquisa conveniente para contemplar os objetivos do estudo.

Em reunião do COMPPIRH, realizou-se a apresentação dos objetivos da pesquisa, com vistas a prover esclarecimentos acerca do estudo e dirimir possíveis dúvidas dos conselheiros. Esse momento também foi importante para conquistar a adesão e o apoio dos conselheiros.

As entrevistas individualizadas foram realizadas em sala reservada, de forma a garantir ambiência adequada, em clima calmo e privado, com a finalidade de preservar a privacidade dos participantes.

No momento das entrevistas, explicaram-se os propósitos da pesquisa aos participantes. Caso aceitassem, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando uma cópia, devidamente assinada, com o participante.

Solicitou-se aos envolvidos a permissão para que os depoimentos fossem gravados, houve concordância irrestrita sobre o feito, o que representou relação de confiança e responsabilidade estabelecida entre o pesquisador e os sujeitos participantes da pesquisa, além de contribuir para o processo de análise das descrições.

A seguir, apresenta-se fotografia dos membros do COMPPIRH, após reunião com os integrantes da SEPPIR, no âmbito estadual.

**Figura 7 - Fotografia após reunião dos integrantes do COMPPIRH com membros da SEPPIR, no âmbito estadual**



Fonte: Registro do autor no Nuppirh, em Alto Alegre, Horizonte-CE.

#### **4.5 Apresentação dos sujeitos participantes da pesquisa**

A fim de personalizar e interligar as falas dos membros do COMPPIRH, mantendo o anonimato destes, optou por identificá-los, segundo o código sujeito-participante, acrescentando o número da respectiva entrevista. Desta forma, o texto oriundo dessas evocações constitui o documento de análise.

##### Sujeito participante 1

39 anos, do sexo feminino. Ocupava assento de suplente no COMPPIRH, com representação de Organização Não Governamental. Integrava esse órgão de

controle social negro há três anos. Não era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo de contratado.

#### Sujeito participante 2

40 anos, do sexo masculino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, com representação da Secretaria de Educação. Integrava esse órgão de controle social negro há três anos. Não era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo efetivo.

#### Sujeito participante 3

36 anos, do sexo feminino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, como representação negra feminina. Integrava esse órgão de controle social negro há quatro anos. Era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Não exercia função na administração pública municipal.

#### Sujeito participante 4

57 anos. Do sexo masculino. Ocupava assento de suplente no COMPPIRH, como representação religiosa. Integrava esse órgão de controle social negro há um ano. Era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Não exercia função na administração pública municipal.

#### Sujeito participante 5

65 anos. Do sexo feminino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, como representação negra idosa. Integrava esse órgão de controle social negro há quatro anos. Era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Não exercia função na administração pública municipal.

#### Sujeito participante 6

38 anos. Do sexo feminino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, com representação da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer. Integrava esse órgão de controle social negro há dois anos. Não era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo contratado para cargo comissionado.

### Sujeito participante 7

30 anos. Do sexo feminino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, com representação da Secretaria de Desenvolvimento e Inclusão Social. Integra esse órgão de controle social negro há três meses. Era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo contratado.

### Sujeito participante 8

59 anos. Do sexo feminino. Ocupava assento de titular no COMPPIRH, com representação religiosa. Integrava esse órgão de controle social negro há seis meses. Era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo contratado.

### Sujeito participante 9

25 anos. Do sexo feminino. Ocupava assento de suplente no COMPPIRH, com representação da Secretaria de Desenvolvimento e Inclusão Social. Integrava esse órgão de controle social negro há dois meses. Não era membro da comunidade quilombola de Alto Alegre. Exercia função na administração pública municipal, com o vínculo contratado.

O quadro a seguir ilustra a caracterização dos sujeitos da pesquisa, de modo que é preciso atentar para as relações de desvantagem presentes na própria constituição do COMPPIRH, onde as representatividades quilombolas de Alto Alegre, em quase sua totalidade, não têm qualquer tipo de vinculação com o poder público municipal, portanto, apresentando capacidade reduzida de interlocução no âmbito institucional local. Outro aspecto diz respeito a não possuírem remuneração financeira durante o exercício da representatividade, fato este que pode se caracterizar como um motivo de desencorajamento à participação social quilombola, haja vista tais sujeitos estejam impelidos a buscar condições de sobrevivência.

**Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa**

Participantes	Idade	Sexo	Suplente/Titular	Representação Sociedade Civil/ Poder Público	Tempo	Membro da Comunidade/ Não Membro	Cargo na Adm. Efetivo/ Contratado ou Não Exerce
SP 1	39	F	S	SC	3 ANOS	NÃO MEMBRO	C
SP 2	40	M	T	PP	3 ANOS	NÃO MEMBRO	E
SP 3	36	F	T	SC	4 ANOS	MEMBRO	NÃO EXERCE
SP 4	57	M	S	SC	1 ANO	MEMBRO	NÃO EXERCE
SP 5	65	F	T	SC	4 ANOS	MEMBRO	NÃO EXERCE
SP 6	38	F	T	PP	2 ANOS	NAO MEMBRO	C
SP 7	30	F	T	PP	3 MESES	MEMBRO	C
SP 8	59	F	T	SC	6 MESES	NÃO MEMBRO	C
SP 9	25	F	S	PP	2 MESES	NÃO MEMBRO	C

Fonte: Elaborado pelo autor.

#### 4.6 Construção dos dados empíricos

A escolha de narrativa oral, como modo de construção dos dados empíricos nesta pesquisa e o direcionamento às representatividades negras locais, implicadas com a promoção da igualdade racial no município de Horizonte, apresenta alinhamento com a ideia de que por meio de narrativas, é possível penetrar em instigante domínio de reflexões para a História, particularmente para os que vislumbram o inegável papel que ela desempenha na democratização do conhecimento (SOUZA, 2017).

Santos Filho e Alves (2018) pontuam que a oralidade, ou o ato de falar, tem sido considerado método de construção do conhecimento para o povo africano e os afro-brasileiros.

Ainda, “Toda palavra tem um valor moral e reflete a magia do que é sagrado”, de maneira que por meio da oralidade se permeiam valores morais, os quais se relacionam também com a consciência e a responsabilidade humana, importante para o povo negro (SANTOS FILHO; ALVES, 2018).

Paul Ricoeur (1997) atribui uma noção privilegiada ao relato, uma vez que, por meio deste, é possível correlacionar passado e presente, a partir de uma consciência reflexiva, que somente o distanciamento temporal pode oferecer.

Em outras palavras, a partir do relato oral, pode-se relacionar passado com presente, no qual está inserido o narrador, assim como se estabelecer expectativas de futuro.

Nesse sentido, o uso da entrevista narrativa nesta investigação científica diz respeito ao contexto dinâmico no âmbito temporal, que possibilita a construção histórica da realidade, além de se permitir a reelaboração de novas variáveis, questões e processos inseridos na área estudada.

Para tanto, a adoção de narrativas orais, aqui empregadas, intentou contextualizar passado, presente e expectativas futuras, quanto aos aspectos que envolvem a saúde bucal vivenciada no Quilombo de Alto Alegre, espaço de atuação do pesquisador, como dentista da ESF, no território.

Faz-se oportuno considerar que, por meio de narrativas, torna-se possível reconstruir a história de vida dos informantes, além de permitir a compreensão dos contextos em que essas biografias são construídas e os fatores que produzem e motivam as ações dos entrevistados (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002).

Mediante adoção de entrevistas narrativas, a investigação suprime o condicionamento de respostas, o que possibilita ao participante a construção gradativa de uma história com tendências próprias, em que os conteúdos implícitos e os silenciados possam emergir com maior naturalidade e de forma contextualizada com a realidade vivenciada (CALLAHAN; ELLIOTT, 1996; SILVA, 2005; CLANDININ; CONNELLY, 2011).

Nessa linha de entendimento, conhecer as percepções sobre a saúde bucal vivenciada no território de atuação da ESF, oriundas de representatividades negras locais, com atuação para promoção da igualdade racial, constituiu grande oportunidade para utilização de entrevistas narrativas, uma vez que por meio delas, amplia-se a escuta coletiva proveniente de um órgão de controle local, mediante contextualização histórica dos fatos relativos à saúde bucal vivenciada por esse estrato social.

A aplicabilidade das entrevistas em profundidade, na construção dos dados empíricos, está associada à formulação de uma questão gerativa, quando se propõe ao entrevistado que discorra livremente a partir de uma questão aberta.

No estudo que se apresenta, a questão gerativa elaborada para construção dos dados empíricos foi: qual sua percepção sobre a saúde bucal vivenciada no Quilombo de Alto Alegre?

Campos (2010) ressalta aspecto importante durante a coleta de dados, quanto ao uso de entrevistas narrativas e que se relaciona ao perfil do entrevistador, detentor de escuta comprometida, com grande capacidade de interação com o outro, a disponibilidade psicológica para ouvir e com habilidades de escrever as experiências analisadas.

Além desse aspecto, nas entrevistas narrativas, verifica-se importante característica colaborativa, em que a história contada emerge a partir de uma relação de troca e de diálogo entre o entrevistador e os participantes, demonstrando engajamento entre os interlocutores (CRESWELL, 2014).

A esse respeito, Kramer (2007) enfatiza que a narrativa é fundamental para construção de uma noção de coletivo, a partir da perspectiva de que a narrativa de fatos vividos no âmbito individual possa contribuir para construção de noção coletiva da realidade social.

A ideia estabelecida pelo autor supracitado reforça a proposta de construção dos dados empíricos no referido estudo, a partir da adoção de entrevista narrativa, por se tratar de investigação direcionada a representatividades negras locais com implicações coletivas.

Nesse contexto em particular, as entrevistas em profundidade encontram ambiência favorável à utilização, por se constituírem em recursos potentes, uma vez que possibilitam também o cruzamento de histórias de vida com contextos sócio-históricos distintos, otimizando a compreensão das percepções, as quais conferem plasticidade às crenças e aos valores que motivam e justificam as ações dos informantes (MUYLEARTE *et al.*, 2014).

Dessa forma, as narrativas mostram-se muito úteis, por se constituírem EM modo artesanal de comunicação, sem a intenção de transmitir informações, mas conteúdos, a partir dos quais as experiências podem ser transmitidas (MUYLEARTE *et al.*, 2014).

Durante as entrevistas, as interferências pontuais com a finalidade de proporcionar maiores esclarecimentos, no sentido de retomar o foco do conteúdo pesquisado foram realizadas após o término da gravação (CAMPOS, 2010).

Em suma, as entrevistas ocorreram de forma livre, em atmosfera de grande espontaneidade possível, assemelhando-se a uma conversa, pois através da oralidade, recurso costumeiramente utilizado por comunidades afro-brasileiras, na construção de conhecimentos coletivos, foi possível obter os relatos dos membros do COMPPIRH, acerca das percepções sobre a saúde bucal vivenciada pelos integrantes da comunidade quilombola de Alto Alegre.

#### **4.7 Análise das descrições**

Para a pesquisa qualitativa em questão, optou-se pela adoção da análise de conteúdo, uma vez que possibilita inferências acerca de dados verbais ou simbólicos obtidos a partir de observações do pesquisador, por permitir a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema e que resulta no objeto de estudo, e por possibilitar a obtenção de significados, a partir do cruzamento dos dados coletados (MENDES, 2018).

Na busca pelo significado da mensagem, o ponto de partida da análise de conteúdo faz-se necessário estabelecer breve contextualização, a partir da importância dos sujeitos que a emitem, representados pelos conselheiros do COMPPIRH, lideranças negras locais, apoiadas em expressões coletivas e que a partir das mensagens que se deram por meio de narrativas, procurou-se contribuir com reflexões acerca das percepções sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre (FRANCO, 2008).

Trata-se, portanto, de contribuição importante para política de igualdade racial, no campo da saúde bucal, uma vez que captar e decodificar tais mensagens concernentes ao contexto estudado, além de se caracterizar como iniciativa ainda não executada na perspectiva da pesquisa científica, no território de atuação do pesquisador, representa resgate da expressão verbal de povo historicamente cerceado do direito de fala, mas que tem muito a dizer sobre essas questões, a quem, com sensibilidade e postura de acolhimento, possa ouvi-los atentamente.

Para Mendes (2018), o emprego da técnica de análise de conteúdo deve responder à clássica formulação: “quem diz o que, a quem, com que efeito, por quê?”

Tendo-se em vista, portanto, a importância dos sujeitos desta pesquisa para operacionalização da promoção da igualdade racial na saúde bucal, o objeto

deste estudo assume significado positivo, por apresentar características definidoras com o corpo de significação e, além disso, demonstra estar dotado de sentido que remete ao compromisso ético e humanístico de que a pesquisa científica deve se voltar para o desenvolvimento humano equitativo de estratos sociais historicamente marginalizados, como é o caso do Quilombo de Alto Alegre.

Outro aspecto de que se encarrega a justificativa pela adoção da análise de conteúdo no estudo em questão é a possibilidade de que esta pesquisa tenha relevância teórica para estudos posteriores a serem realizados pelo próprio pesquisador, que atua na linha de frente, na operacionalização da saúde bucal ofertada a essa população.

Optou-se, também, pela escolha do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), como recurso adicional para categorização dos dados da pesquisa, em virtude do rigor estatístico que o mesmo apresenta, por permitir a obtenção de diferentes possibilidades de análise, apresentar interface simples, compreensível e de acesso gratuito, além do fato de que sua utilização pode trazer muitas contribuições aos estudos que têm o conteúdo simbólico proveniente de materiais textuais, como fonte importante de dados da pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para os autores supracitados, é importante lembrar que os materiais verbais transcritos encerram dados que são originados essencialmente a partir da linguagem verbalizada.

Outros estudos têm reportado vantagens quanto ao uso de *softwares*, como auxílio na análise de dados em pesquisas qualitativas, principalmente no que diz respeito à organização e separação de informações, ao aumento na eficiência do processo e à facilidade na localização dos segmentos de texto, além da agilidade no processo de codificação, comparado ao realizado à mão (CRESWELL; CLARK, 2013; GARCIA *et al.*, 2010; PAULA *et al.*, 2016).

A esse respeito, faz-se oportuno enfatizar que a presente pesquisa também buscou alinhamento metodológico entre a oralidade e a utilização do *software* IRaMuTeQ, como ferramenta de apoio à análise de contribuições sociais, no campo da saúde bucal, advindas de representatividades negras, a partir de linguagem verbalizada transcrita.

Para Santos Filho e Alves (2018), a oralidade tem sido reportada como recurso natural de transmissão de ensinamentos e construção de conhecimentos,

em comunidades afro-brasileiras. Ao passo que promove a interconexão entre os indivíduos, possibilita a troca de experiências relevantes para todos.

Portanto, neste estudo, a oralidade exercitada pelas representatividades afro-brasileiras do COMPPIRH contribuiu para obtenção das entrevistas narrativas, fato que possibilitou a elaboração do material textual transcrito a ser explorado.

A organização dos dados coletados nesta pesquisa ocorreu mediante os procedimentos constantes na metodologia de análise de conteúdo temático por Minayo (2014), enquanto que a categorização dos dados se deu em função da ferramenta *software* IRaMuTeQ. A análise propriamente dita desses dados coletados foi feita a partir do confronto destes com o aporte teórico trazido à luz do conhecimento, na revisão bibliográfica proposta para o estudo.

Para Minayo (2014), o significado dos núcleos de sentido ganha respaldo no contexto da análise temática, em detrimento da simples presença ou frequência dos mesmos no *corpus* a ser explorado.

Não se trata, portanto, de mera quantificação da repetição de unidades de significado, mas, acima de tudo, da busca pela compreensão dos significados no contexto da fala, tentando ultrapassar o alcance meramente descritivo da pesquisa científica, para atingir, mediante inferência, interpretação mais profunda e, conseqüentemente, atribuir à pesquisa qualitativa identidade mais exploratória.

Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Minayo (2014) elenca os procedimentos metodológicos que integram a fase pré-analítica da análise temática proposta por ela e os descreve operacionalmente como: 1) Leitura flutuante: o pesquisador tem contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo conteúdo; a dinâmica entre hipóteses iniciais e emergentes tornam a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de superar o caos inicial; 2) Constituição do corpus: diz respeito ao universo do estudo em relação aos parâmetros constitutivos, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: **exaustividade** – deve-se esgotar a totalidade da comunicação; **representatividade** – que contenha as características

essenciais que representem o universo pretendido; **homogeneidade** – obedeça aos critérios precisos de escolha, quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; **pertinência** – que os documentos analisados sejam adequados para fornecer resposta aos objetivos do trabalho); 3) Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: consiste na retomada constante da fase exploratória e se desmembra em leitura exaustiva do material; dinâmismos entre indagações iniciais, visualização da pungência do material de campo, reformulação de hipóteses para reorientação de rumos interpretativos e surgimento de novas indagações.

Tendo-se como referência, nesta pesquisa, a fase pré-analítica da análise temática por Minayo (2014), procedeu-se em cada *corpus* textual inicial, ou seja, naqueles textos referentes a cada entrevista transcrita, à organização, modelagem dos dados, delimitação de unidades de sentido, estabelecimento de unidades temáticas preliminares e codificação dessas últimas com sinalizações em cores diferentes.

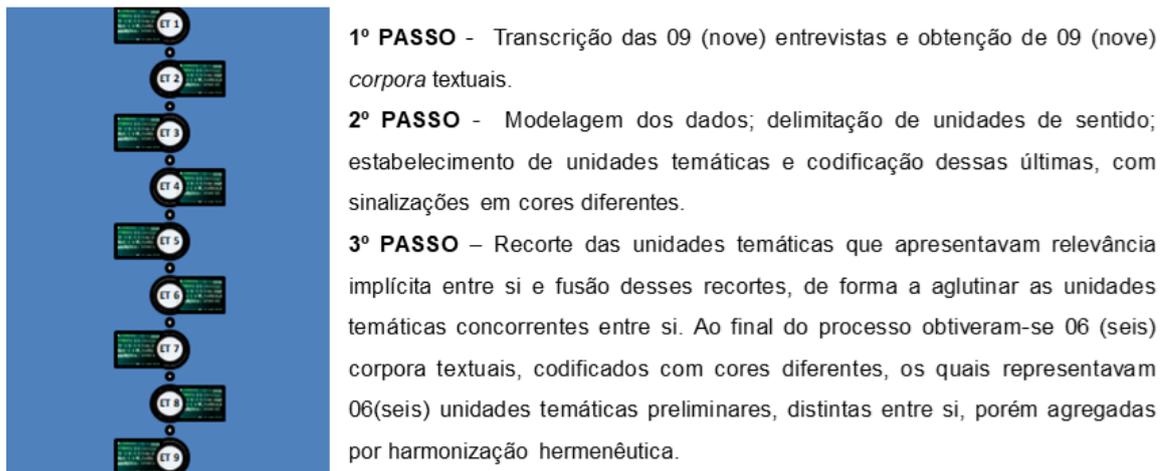
Após essa ação, iniciou-se, em todas as entrevistas, processo de recorte das unidades temáticas que apresentavam relevância implícita entre si. Em seguida, procedeu-se à fusão desses recortes, em dado *corpus* textual, codificado por uma cor preestabelecida. Essa manobra foi realizada de forma a aglutinar as unidades temáticas concorrentes entre si, que se sobressaíram do material coletado, a partir das evocações dos participantes da pesquisa à questão gerativa: qual sua percepção sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre?

A utilização de única pergunta, denominada questão gerativa, direcionada aos conselheiros do COMPPIRH, ampara-se no estudo de Camargo *et al.* (2019) que afirmam ser essa modalidade um aspecto facilitador da análise estatística pelo *software* IRaMuTeQ. Outros autores relataram ser esta modalidade de pergunta única uma maneira de se evitar viés estatístico e assegurar o correto resultado da análise (CARVALHO *et al.*, 2020).

Ao final do processo, obtiveram-se seis *corpora* textuais, codificados com cores diferentes, os quais representavam, respectivamente, seis unidades temáticas preliminares e distintas entre si, porém agregadas por harmonização hermenêutica.

O diagrama abaixo possibilita a visualização dos passos alcançados na fase pré-analítica do estudo, desde o processamento inicial das entrevistas transcritas, até a obtenção dos seis corpora textuais preliminares.

**Figura 8 - Demonstração gráfica da fase pré-analítica do estudo**



Fonte: Elaborada pelo autor.

Em seguida, atribuíram-se às expressões coletivas dos membros do COMPPIRH, manifestações próprias do pesquisador, de forma a melhor caracterizar as unidades temáticas preliminares, representadas graficamente.

**Quadro 2 - Demonstração gráfica das unidades temáticas preliminares e percentuais de representatividade no *corpus* textual**

(Continua)

<b>Unidade Temática Preliminar (a) (UTP) 20 %</b>	A ideia de escuta qualificada em relação às demandas da comunidade, que pode resultar em maior acesso ao serviço de saúde bucal.
<b>Unidade Temática Preliminar (b) (UTP) 17,3%</b>	O reconhecimento da necessidade de discussões sobre o tema saúde bucal da população negra e política de igualdade racial, defendida pelo COMPPIRH.
<b>Unidade Temática Preliminar (c) (UTP) 21,3%</b>	A visualização de oportunidade no estabelecimento de parceria entre saúde bucal e comunidade, por intermédio do COMPPIRH.
<b>Unidade Temática Preliminar (d) (UTP) 14,7%</b>	A importância do diálogo ou da aproximação entre a saúde bucal e o COMPPIRH, na manutenção de linha de cuidado em saúde bucal, voltada para população negra.

**Quadro 2 - Demonstração gráfica das unidades temáticas preliminares e percentuais de representatividade no *corpus* textual**

**(Conclusão)**

<b>Unidade Temática Preliminar (e) (UTP) 13,3 %</b>	Os saberes culturais adquiridos pela comunidade, no campo da saúde bucal, vivenciados no território.
<b>Unidade Temática Preliminar (f) (UTP) 13,3 %</b>	Desfechos em saúde bucal vivenciados por membros da comunidade de Alto Alegre.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda, nessa fase, estabeleceram-se duas hipóteses iniciais, descritas a seguir.

**Quadro 3 - Demonstração gráfica das hipóteses iniciais estabelecidas na fase pré-analítica**

<b>Hipótese Inicial 1</b>	A aproximação entre a equipe de saúde bucal e o COMPPIRH contribuiria para o fortalecimento do controle social negro na saúde.
<b>Hipótese Inicial 2</b>	A saúde bucal constitui campo de prática importante para o fortalecimento da política de igualdade racial na área da saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para Minayo (2014), a fronteira entre a fase pré-analítica e a exploratória, se é que se podem estabelecer limites entre ambas, haja vista ser da própria natureza da pesquisa qualitativa, uma dinâmica de idas e vindas, até a consecução final da análise dos dados, reforça a ideia que [...] “os procedimentos exploratórios devem ser valorizados neste momento, para que a riqueza do material de campo não seja obscurecida pelo tecnicismo” (MINAYO, 2014, p. 317).

Desse modo, a segunda fase da análise temática proposta por Minayo, denominada Exploração do Material, caracterizou-se como operação classificatória de execução meticulosa, a qual consistiu em alcançar o núcleo de compreensão do texto, por meio da redução deste a expressões significativas, anteriormente estabelecidas, de forma preliminar, na fase pré-analítica (MINAYO, 2014).

Portanto, nesta pesquisa, optou-se por uma derivação da metodologia de análise temática proposta por Minayo, uma vez que para categorização das unidades temáticas preliminares, lançou-se mão do *software* IRaMuTeQ como ferramenta de apoio à análise dos dados em pesquisa qualitativa.

Procedeu-se à junção dos seis *corpora* textuais distintos, representados, respectivamente, pelas seis unidades temáticas preliminares citadas anteriormente e codificados por diferentes cores, resultantes da fase pré-analítica, de maneira que se obteve um *corpus* textual final único, constituído pelo conteúdo textual das seis unidades temáticas preliminares, codificados em cores distintas e sequenciados um após o outro. Esse foi o *corpus* textual final explorado pelo *software* IRaMuTeQ.

O Quadro 3 mostra a correlação cromográfica estabelecida entre o conteúdo das transcrições, a partir das entrevistas dos sujeitos participantes da pesquisa (seis *corpora* textuais distintos) e respectivas unidades temáticas preliminares.

**Quadro 4 - Correlação cromográfica das unidades temáticas preliminares**

	Unidade Temática Preliminar (a)
	Unidade Temática Preliminar (b)
	Unidade Temática Preliminar (c)
	Unidade Temática Preliminar (d)
	Unidade Temática Preliminar (e)
	Unidade Temática Preliminar (f)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A montagem de único texto para fins de exploração do *corpus* textual final objetivou evitar viés estatístico, além de assegurar o correto resultado da análise, quando da utilização do *software* IRaMuTeQ (CARVALHO; MOTA; SAAB, 2020).

A confiabilidade das análises do IRaMuTeQ foi avaliada considerando-se: o aproveitamento mínimo de 70% dos segmentos de texto na análise lexicográfica; valor do qui-quadrado de Pearson acima de 3,85, nas análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), representando separação satisfatória entre as classes; a soma dos fatores dos eixos dos gráficos de Análise Fatorial de Correspondência (AFC), próxima de 100% (MENDES *et al.*, 2019).

As classes lexicais ou unidades de significado, fornecidas pelo *software* utilizado, após categorização dos dados, foram nomeadas subjetivamente pelo pesquisador, com a intenção de melhor representar as ideias centrais contidas em cada classe (SAFAA; HOUSNI; BÉDARG, 2017).

O corpus textual final foi submetido a dois tipos de análises fornecidas pelo IRaMuTeQ e descritas a seguir: a classificação hierárquica descendente (CHD), para categorizar as palavras ativas em classes lexicais; e a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permite, por meio de gráficos, visualizar a proximidade das palavras e classes provenientes da CHD (MENDES *et al.*, 2019).

A análise de CHD das palavras ativas presentes no *corpus* textual final produziu seis classes lexicais, a partir do processamento dos dados presentes nas unidades temáticas preliminares, codificadas cromograficamente. Essas classes lexicais foram distribuídas em três grandes grupos (A, B e C). Esses grupos foram denominados de unidades temáticas finais.

O processamento, a distribuição e o agrupamento dos dados nas distintas classes lexicais guardaram correlação entre a codificação cromogênica das unidades temáticas preliminares e os contextos hermenêuticos inerentes a elas.

A fusão de classes lexicais diferentes em três grandes grupos ocorreu em virtude da possibilidade de se correlacionar temas que apresentassem, de algum modo, relevância implícita, a ponto de promover expansão da temática, sem fugir do contexto apreendido, mediante as entrevistas e, desta maneira, estabelecer-se inferências relevantes no estudo.

O processamento pelo *software* IRaMuTeQ resultou na distribuição das classes lexicais, demonstrando a seguinte configuração: unidade temática final **A** formada pelas classes lexicais **2** e **3**; unidade temática final **B** formada pelas classes lexicais **5** e **4**; e unidade temática final **C** formada pelas classes lexicais **6** e **1**.

A Figura 6 mostra a análise de Classificação Hierárquica Descendente, oferecida pelo *software* para o presente estudo.



**Quadro 5 - Demonstração gráfica das Unidades Temáticas Finais, com as respectivas classes lexicais e as porcentagens de representatividade atribuídas a elas no *corpus* textual final**

<p style="text-align: center;"><b>Unidade Temática Final (A) 38,6% (Cl. lexical 2 + Cl. lexical 3)</b></p>	Do controle ao protagonismo social – caminhos cruzados entre a comunidade quilombola, a gestão e o serviço de saúde bucal.
<p style="text-align: center;"><b>Unidade Temática Final (B) 28% (Cl. lexical 5 + Cl. lexical 4)</b></p>	A influência da cultura afrodescendente no campo da saúde bucal e a negação desta na contemporaneidade.
<p style="text-align: center;"><b>Unidade Temática Final (C) 33,3% (Cl. lexical 6 + Cl. lexical 1)</b></p>	Uma condição temporal? Do primeiro contato, acesso à credibilidade na construção de novos cenários na saúde bucal da população negra de Alto Alegre.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme Figura 8, o Grupo A (Unidade Temática Final A) apresentou maior percentual representativo, totalizando 38,6% dos segmentos de texto. Dentre as classes lexicais desse grupo, a de número 3 foi a que apresentou maior representatividade no *corpus* textual final, com percentual de 21,3% dos segmentos do texto. Importante se faz considerar que, tanto o **Grupo A** quanto à **Classe Lexical 3**, apresentam contextualizações hermenêuticas atribuídas pelo pesquisador, estabelecidas à luz da leitura exaustiva do material coletado, decorrente das evocações dos membros do COMPPIRH, representações sociais negras, implicadas na operacionalização da política de igualdade racial em âmbito local. O primeiro guarda correlação contextual com a temática: “Do controle ao protagonismo social – caminhos cruzados entre a comunidade quilombola, a gestão e o serviço de saúde bucal.” A Classe Lexical 3 guarda correlação contextual com a seguinte ideia: “A visualização de uma oportunidade no estabelecimento de uma parceria entre saúde bucal e a comunidade, por intermédio do COMPPIRH.”

O **Grupo C** se evidenciou como detentor da segunda maior representatividade em relação ao *corpus* textual final, com percentual de 33,3%, dos

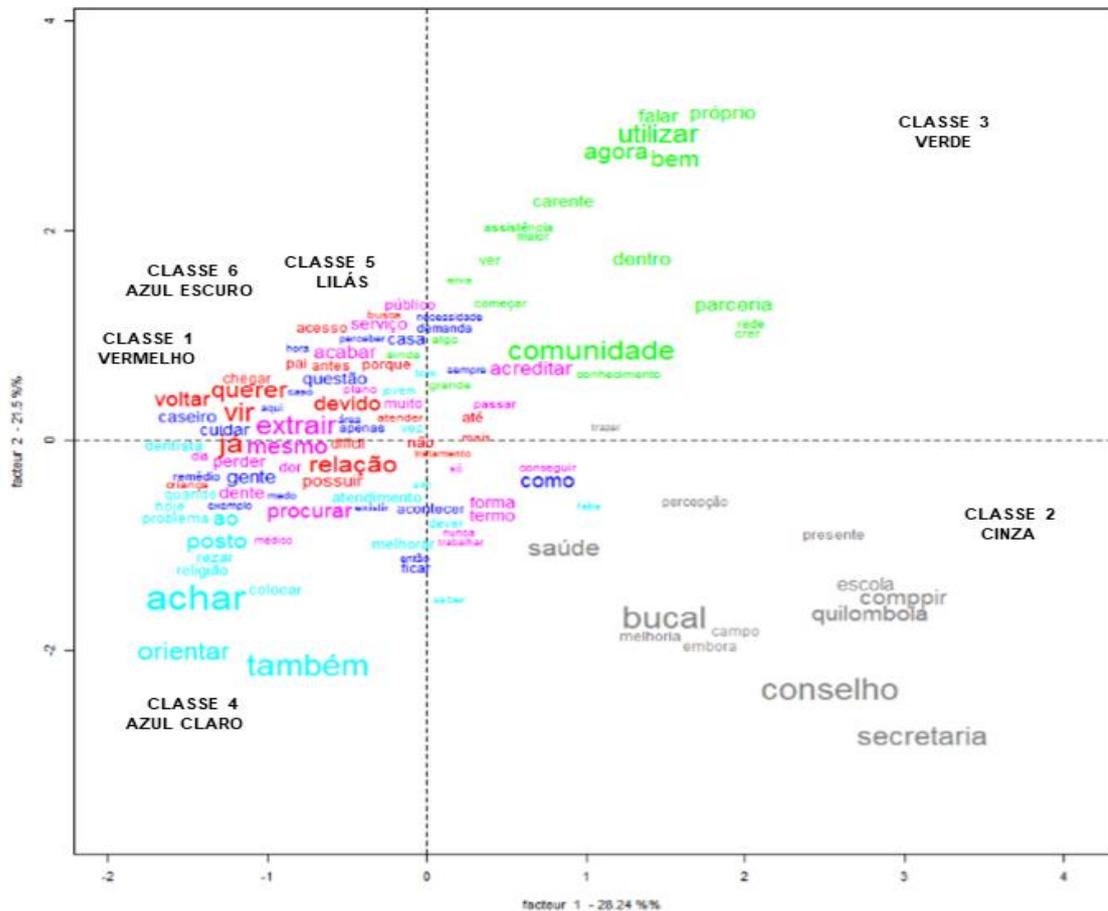
quais 20% referiram-se à representatividade da **Classe Lexical 1** e os 13,3% restantes, associados à da **Classe Lexical 6**.

Representatividade intermediária em relação ao *corpus* textual final, evidenciada nesta pesquisa, foi atribuída à Unidade Temática Final B (**Grupo B**), formada pela fusão das Classes Lexicais 5 e 4, ambas com representatividades respectivas de 13,3% e 14,7%, em relação aos dados processados. A maior delas, ou seja, a representatividade atribuída à **Classe Lexical 4** apresenta contextualização hermenêutica com a ideia da: “Importância do diálogo ou da aproximação entre a saúde bucal e o COMPPIRH, na manutenção de uma linha de cuidado em saúde bucal, voltada para população negra”.

De acordo com os Quadros 3 e 4, as classes lexicais receberam as seguintes contextualizações: a) Classe – 1: a ideia de uma escuta qualificada em relação às demandas da comunidade, que pode resultar em maior acesso ao serviço de saúde bucal; b) Classe – 2: o reconhecimento da necessidade de discussões sobre o tema saúde bucal da população negra e política de igualdade racial, defendida pelo COMPPIRH; c) Classe – 3: a visualização de oportunidade no estabelecimento de uma parceria entre saúde bucal e a comunidade, por intermédio do COMPPIRH; d) Classe – 4: a importância do diálogo ou da aproximação entre a saúde bucal e o COMPPIRH na manutenção de uma linha de cuidado em saúde bucal, voltada para população negra; e) Classe – 5: os saberes culturais adquiridos pela comunidade, no campo da saúde bucal, vivenciados no território; f) Classe – 6: desfechos em saúde bucal vivenciados por membros da comunidade de Alto Alegre.

O outro tipo de análise fornecida pelo IRaMuTeQ para essa pesquisa foi a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) que permite, por meio de gráficos, visualizar a proximidade das palavras e classes provenientes da CHD. Não significa contagem de palavras e sim relação entre elas (MENDES *et al.*, 2019).

**Figura 10 - Análise Fatorial de Correspondência das palavras ativas mais frequentes em cada uma das classes lexicais obtidas na CHD**



Fonte: Elaborada pelo autor e extraída de IRaMuTeQ.

A AFC resultou dois fatores que explicam 28,24% e 21,50% do modelo. Os dois fatores com percentuais elucidam acumulado de 49,74% do modelo, os quais estão representados nos eixos X e Y do plano cartesiano (Figura 9).

No eixo X, representando 28,24% de distribuição no *corpus* textual, a classe 4 (eixo X negativo) é perceptivelmente separada da classe 3 (eixo X positivo). Há maior predomínio de posicionamento central das classes 1, 5 e 6 nesse eixo. No eixo Y, representando 21,50% de distribuição no *corpus* textual, as classes 2 e 4, embora estejam do lado negativo do eixo Y, estão perceptivelmente posicionadas em quadrantes diferentes. A classe 3 está posicionada completamente no eixo Y positivo. Há posicionamento da palavra “não” no cruzamento dos eixos X e Y.

A combinação dos dois eixos x e y oferece visão bidimensional e distingue o *corpus* textual final em quatro mundos lexicais. O primeiro, um mundo de eixos X e Y positivos, no quadrante superior direito, mostrando a classe 3, que

corresponde ao tema “visualização de uma oportunidade no estabelecimento de uma parceria entre saúde bucal e a comunidade, por intermédio do COMPPIRH”; o segundo, um mundo de coordenadas com eixo X positivo e eixo Y negativo, no quadrante inferior direito, mostrando a classe 2, correspondente ao tema “reconhecimento da necessidade de discussões sobre o tema saúde bucal da população negra e política de igualdade racial, defendida pelo COMPPIRH; o terceiro, um mundo de coordenadas com eixo X negativo e eixo Y negativo, evidenciando a classe 4, correspondente ao tema “importância do diálogo ou da aproximação entre a saúde bucal e o COMPPIRH na manutenção de uma linha de cuidado em saúde bucal voltada para população negra; e, finalmente, um mundo lexical com posicionamento central em relação ao eixo X e positivo para o eixo Y. Este mundo está concentrado principalmente no quadrante superior, mostrando as demais classes.

A confluência entre as classes lexicais 1, 6 e 5, graficamente demonstrada, torna possível, a partir da AFC, visualizar a proximidade das classes lexicais oriundas da CHD (MENDES *et al.*, 2019).

No entanto, verificou-se que essa atribuição de aproximações entre as classes lexicais estabeleceu, também, aproximação entre as temáticas implicadas ou relacionadas, na constituição dessas classes lexicais. A partir dessa correlação numérica verificada, mediante a operacionalização da AFC nesta pesquisa, faz-se necessário proceder a uma decodificação matemática dos dados e aplicar os componentes temáticos correspondentes às classes lexicais referenciadas, para se obter tradução hermenêutica da codificação estabelecida, ou seja, correlação de mensagens que não foi estabelecida de forma preliminar na fase pré-analítica da pesquisa, mas que emergiu na fase de exploração dos dados e que pode ser considerada a partir de então. Tal aspecto possibilita a introdução de novas hipóteses ao estudo.

Nesse sentido, tentou-se proceder, de forma compreensiva, à transmutação da mensagem supracitada, por meio do diagrama que segue.

**Figura 11 - Diagrama da aplicação de componentes temáticos das classes lexicais ao gráfico de Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a reformulação de hipóteses da pesquisa**

APLICAÇÃO DE COMPONENTES TEMÁTICOS AO GRÁFICO



Fonte: Elaborada pelo autor.

Minayo (2014) estabelece que a submissão dos resultados a operações estatísticas complexas, como a análise fatorial, que coloque em relevo, informações obtidas, permite ao analista propor inferências, realizar interpretações, além de viabilizar a estruturação de novas pistas em torno de outras dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2014).

Dessa forma, mediante a aplicação dos componentes temáticos das classes lexicais, o gráfico de análise fatorial de correspondência possibilitou a reformulação de hipóteses para a pesquisa em questão.

Portanto, de acordo com o diagrama apresentado na Figura 11, os componentes temáticos das classes lexicais 1, 6 e 5, respectivamente, foram as seguintes afirmativas: ideia de uma escuta qualificada em relação às demandas da comunidade, que possa resultar em maior acesso ao serviço de saúde bucal; desfechos em saúde bucal vivenciados por membros da comunidade de Alto Alegre

e os saberes culturais adquiridos pela comunidade, no campo da saúde bucal, vivenciados no território, procedeu-se à formulação de três novas hipóteses para o estudo. A primeira hipótese a emergir desse processo foi: uma escuta qualificada em saúde bucal pode resultar em maior acesso ao serviço. A segunda hipótese que ressaltou do contexto processado foi a de que um melhor acesso pode minimizar os desfechos negativos em saúde bucal, vivenciados por membros da comunidade de Alto Alegre. Por último, a terceira hipótese, de que uma escuta qualificada pode ser impactante para o compartilhamento dos saberes culturais no campo da saúde bucal.

Dessa forma, ampliou-se o quadro de hipóteses da pesquisa nessa etapa.

**Quadro 6 - Demonstração gráfica das hipóteses iniciais estabelecidas na fase pré-analítica e das hipóteses construídas após aplicação de componentes temáticos das classes lexicais ao gráfico da AFC**

<b>Hipótese Inicial 1</b>	A aproximação entre a equipe de saúde bucal e o COMPPIRH contribuiria para o fortalecimento do controle social negro na saúde.
<b>Hipótese Inicial 2</b>	A saúde bucal constitui um campo de prática, importante para o fortalecimento da política de igualdade racial na área da saúde.
<b>Nova Hipótese</b>	Uma escuta qualificada em saúde bucal pode resultar em maior acesso ao serviço.
<b>Nova Hipótese</b>	Um melhor acesso pode minimizar os desfechos negativos em saúde bucal.
<b>Nova Hipótese</b>	Uma escuta qualificada pode ser impactante para o compartilhamento dos saberes culturais no campo da saúde bucal.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, buscou-se compreender e interpretar o objeto de pesquisa, organizando e agregando as unidades de significados, de forma a poder representar gráfica e hermeneuticamente as evocações analisadas dos membros do COMPPIRH, os quais verbalizaram ações voltadas para contribuição de contextos de promoção da igualdade racial na saúde bucal, no território de Alto Alegre e na luta pelo resgate do “lugar de fala”.

#### **4.8 Responsabilidades éticas da pesquisa**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, conforme parecer Nº 3.411.017 (Anexo A),

conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012, que normatiza pesquisa científica envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O procedimento de apreensão dos dados ocorreu após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, garantia de sigilo e anonimato dos sujeitos, bem como informações acerca dos benefícios esperados, respeitando-se aspectos sociais, culturais, éticos, morais, religiosos, hábitos e costumes das comunidades, assegurando o direito de desistência, sem qualquer ônus para o sujeito participante.

Após esclarecimento sobre o conteúdo da pesquisa projeto, os sujeitos participantes autorizaram a participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

A fim de personalizar e interligar as falas dos sujeitos participantes, mantendo o anonimato destes, optou-se por identificá-los segundo o código sujeito-participante, acrescentando o número da respectiva entrevista. Desta forma, o texto decorrente constitui o documento para análise.

## 5 CONSTRUÇÃO E DISCUSSÃO DAS PROPOSIÇÕES

### 5.1 Análise das contribuições das representatividades negras do COMPPIRH

O controle social, desde a Constituição Federal de 1988, posteriormente legalizado por meio da Lei 8.142/90, é referenciado como princípio fundamental do SUS, voltado para implementação e formulação de políticas de saúde, de maneira que esse princípio também se aplica à política de saúde bucal.

Exemplo importante do envolvimento da sociedade civil em prol da saúde, mediante atuação do Movimento Social Negro, ocorreu com a própria institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), demonstrando a participação ativa dos órgãos de controle social no sistema (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

As evocações produzidas nesta pesquisa dizem a respeito a esse lugar. Ressaltam a compreensão do que é esperado por parte dos usuários do sistema de saúde, representados pelos membros do COMPPIRH, sobre a saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre.

#### 5.1.1 A amplitude social da saúde bucal e as vivências da política de igualdade racial

A amplitude social que a saúde bucal assume, a partir da operacionalização, em território assistido pela Estratégia Saúde da Família, que abriga a comunidade quilombola de Alto Alegre, com vivências da política de igualdade racial, evidenciou o alcance que ações desenvolvidas podem ter ao se atravessarem.

Estou satisfeito em termos, precisamos de outros colaboradores para completar nosso Conselho e melhorar a saúde bucal e a saúde como um todo e agradecer essa oportunidade de ter a participação no Conselho Municipal de Saúde, pois é muito importante para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que passam muita discriminação, desrespeito e acabam sendo introspectivas e precisando de uma representatividade (P2).

Então se torna interessante e até magnífica essa aproximação desse trabalho com a saúde bucal e essa parceria do COMPPIRH com esse trabalho, que eu creio que vai aproximar mais a comunidade, garantir aos usuários um tratamento mais digno.... (P9).

Honestamente, nós começamos a ver agora, porque só agora começou a parceria com o COMPPIRH e a presença da saúde está sendo importante porque sempre tem um representante da saúde. Isso é muito importante (P4).

Ao analisar as falas dos participantes, percebeu-se expectativa da potencialidade que será produzida, com maior aproximação entre a saúde bucal e o COMPPIRH. Tais sentimentos se referiram à possibilidade de contribuição para o enfrentamento à discriminação racial e ao desrespeito, a exemplo do que majoritariamente acontece com grande parcela da população negra brasileira menos abastada, usuária dos serviços públicos de saúde. Em última instância, as verbalizações demonstraram busca pela melhoria na qualidade de vida dos indivíduos dessa comunidade.

O anseio em se construir uma linha de cuidado humanizado em saúde bucal, direcionada aos usuários do SUS, notadamente àqueles em situação de maior vulnerabilidade social, reflete a ideia de transversalidade da política de igualdade racial em meio à política de saúde bucal, a ponto de lhe conferir características de política social, defensora do direito à saúde, direito humano fundamental, uma vez que se volta a atender às mais diversas necessidades dos indivíduos e das coletividades.

Percebeu-se que, para os conselheiros, a conotação social atribuída à saúde bucal os condiciona à ideia de que esse campo do saber possa contribuir para construção de um entendimento em saúde, para além da noção de ausência de doença ou simplesmente da presença de higiene, do ponto de vista orgânico.

A aproximação do COMPPIRH com a saúde bucal é dita por eles como de extrema importância e implica estabelecimento de intersetorialidade efetiva, para que o usuário da saúde bucal e, porque não dizer, da saúde em abrangência mais ampla, seja detentor de uma atenção que lhe confira dignidade como ser humano.

Eu vejo como algo de extrema importância para a comunidade, que antes não existia (P4).

Reafirma-se, ainda, a possibilidade do encontro.

Essa forma de pensar a saúde bucal encontra suporte teórico em alguns autores que correlacionam a saúde como direito fundamental, uma vez que recepciona a noção de direito inclusivo ampliado, ultrapassando a percepção de saúde como direito de ser saudável, abrangendo outros aspectos como: o acesso à

informação e educação em saúde, os hábitos nutricionais saudáveis, dentre outros (BARROS; SOUSA, 2016).

A existência de representatividades coletivas, como as que foram ouvidas, possibilitou inferir que, no Quilombo de Alto Alegre, local onde há implantação da política de igualdade racial, constatou-se oportunidade relevante para otimização do exercício do controle social no campo da saúde bucal, por meio do engajamento, da motivação e participação da sociedade civil, resultando em ganho adicional para o protagonismo social.

Nessa linha de pensamento, enfatiza-se que o aumento das habilidades dos sujeitos, em colaborar para resolução dos próprios problemas, tem encontrado no protagonismo social, conferido às comunidades-alvo, potencialidades no enfrentamento de demandas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (LIMA; GALIMBERTTI, 2016).

Outros aspectos importantes que dizem respeito ao exercício dos membros do COMPPIRH e à aproximação com a saúde bucal foram: a implementação de ações como interlocutores da comunidade local e a retomada de multiplicidade de vozes, que ecoam em defesa da igualdade racial na saúde dos membros da comunidade de Alto alegre.

Nesse contexto, estudos que avaliam a participação da sociedade civil na saúde, consideram-na importante, inclusive chegando a reportá-la como elemento fundante da saúde (CORTÊS, 2009 *apud* PEREIRA, 2011).

Ainda sobre essa questão, Ribeiro, filósofa contemporânea negra, vivifica a ideia de defesa de representações coletivas historicamente silenciadas e que o rompimento da concepção de monopólio de poder de fala integra o conceito contemporâneo do “lugar de fala”, em que se processam discussões coletivas e não individualizadas sobre temas importantes para população negra (SANTOS, 2017).

Assim, percebe-se que o estabelecimento de diálogo mais próximo entre os membros do COMPPIRH e da equipe de saúde bucal que atua no Quilombo de Alto Alegre poderá resultar no surgimento de parcerias e no planejamento de ações intersetoriais, que visem fortalecimento do controle social da saúde da população negra, a nível local, assim como na estruturação de bases para construção de um projeto de enfrentamento ao racismo institucional na saúde.

### 5.1.2 Bocas mutiladas, vozes fragmentadas, demandas sociais cumulativas – a dominação assume novas nuances

Conhecer o contexto social e histórico aos quais está inserida a comunidade quilombola de Alto Alegre, do o surgimento à estruturação atual, é de suma importância para compreensão de fatores que possam estar associados a experiências negativas em saúde bucal. A correlação de tais circunstâncias com a noção de igualdade racial em saúde se faz muito oportuna, tanto para averiguação dos avanços alcançados nesse setor, direcionados a uma parcela da sociedade colocada à margem da sociedade, bem como para o planejamento de políticas públicas e projetos de promoção em saúde bucal voltados dentre outros grupos, para crianças em idade pré-escolar (XAVIES *et al.*, 2019).

Eu acredito que, nós negros, tenhamos maior facilidade para termos cárie, porque eu mesmo escovo os dentes três vezes ao dia e tenho problemas de cárie (P7).

As crianças desde pequenas têm problema dentário. Acho que também pela alimentação como pela higiene, que não é tão boa assim. Eles não têm o hábito de escovar os dentes diariamente ou três vezes ao dia (P7).

Os idosos aqui não possuem dente ou possuem muito pouco (P7).

Em atendimentos de visitas domiciliares, conforme as demandas que chegam para mim, ali na visita, eu consigo enxergar algumas demandas e, a cada dia, uma das que aumenta é a questão da saúde bucal (P9).

...até mesmo para crianças e adolescentes, porque alguns adultos já possuem prótese e outros adoecimentos com relação à saúde bucal (P6).

Com intuito de se estabelecer percepções sobre o panorama da saúde bucal dos membros da comunidade, constatou-se que determinadas falas parecem estar convencidas da ideia de que, de forma natural, crianças negras estariam fadadas a apresentar maior propensão a uma condição inferior de saúde bucal. Em seguida, outras considerações foram estabelecidas acerca da alimentação ofertada ao público infantil dessa comunidade, assim como da regularidade de higienização oral praticada por elas. E culmina com a percepção de que os idosos da comunidade não possuem dentes, ou quando os possuem, estes são muito poucos.

Percebeu-se, portanto, que a ideia do determinismo biológico, associado à saúde bucal da população negra local, pode estar permeando espaços

importantes de discussão sobre políticas de igualdade racial, a ponto de gerar entendimentos equivocados, relativos a esse campo do saber.

Então, faz-se oportuno que haja, de fato, maior aproximação entre a equipe de saúde bucal que atua no território estudado e as representações sociais de igualdade racial a nível local, no sentido de que muitas dúvidas possam ser superadas, a respeito do entendimento sobre a patogênese da cárie e de outras doenças que acometem os tecidos da boca e que assolam a população negra local, de forma a subsidiar os debates em saúde.

Nesse tocante, estudos têm demonstrado que indivíduos em situação de vulnerabilidade social, como é o caso de populações quilombolas, as quais apresentem acesso limitado a bens e serviços e, em decorrência desse aspecto, estejam submetidos a uma condição de insegurança alimentar, com conseqüente deficiência de nutrientes importantes para constituição dos tecidos dentais em formação, manifestam condições de maior suscetibilidade para o desenvolvimento de cárie dentária e inflamações periodontais (FORD *et al.*, 2009; MASSONI *et al.*, 2009; ROBLES *et al.*, 2013; BASHA *et al.*, 2014; YDAV, 2015).

Portanto, a difusão, em caráter elucidativo, de informações sobre a etiopatogenia de determinadas alterações dentais, em discussões sobre saúde bucal da população negra, que ocorram em espaços de controle social, pode resultar em maior conhecimento de fatos que possam contribuir para superação de visões tendentes ao determinismo biológico. Concepções alinhadas a essa forma de pensar a saúde bucal dessa parcela da sociedade podem contribuir negativamente para o fortalecimento da estigmatização da mesma.

A percepção de que os idosos da comunidade, quase não mais possuem dentes, configura o retrato de uma saúde bucal praticada no passado, que negou os referenciais de promoção de saúde bucal e, em decorrência disso, é possível que se encontre elevado quantitativo de adultos com necessidades de reabilitação oral.

Tais observações apreendidas encontram convergência com os trabalhos de outros pesquisadores, que ao estudar as necessidades em saúde bucal de povos remanescentes quilombolas, constataram necessidades expressivas de tratamento odontológico reabilitador, em padrões similares aos da população brasileira na década de 1980 (BIDINOTO *et al.*, 2017).

Portanto, verifica-se quão importante é conhecer as percepções dos membros do COMPPIRH a respeito das questões que envolvem a saúde bucal no

Quilombo de Alto Alegre, pois demonstraram coerência com estudos voltados para comunidades tradicionais afrodescendentes. Constituíram, portanto, compreensões em saúde que podem retratar, de maneira contextualizada, as demandas sociais locais relativas a esse setor.

Outro aspecto positivo na obtenção das percepções por parte dos conselheiros de igualdade racial no território estudado é que ao passo que se potencializa a interlocução da sociedade civil, no âmbito da saúde bucal, originam-se condições para o direcionamento de um estudo epidemiológico em saúde bucal que se aproxime da realidade vivenciada a nível local, além da possibilidade em se eleger, juntamente com a comunidade, prioridades no enfrentamento das principais necessidades odontológicas encontradas.

### 5.1.3 De(s)colonizando a saúde bucal - melhoria do acesso a uma atenção odontológica inclusiva e humanizada

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra prevê estratégias para melhorar o acesso das populações quilombolas aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Como forma de guardar coerência com os princípios estabelecidos pelo SUS, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estabeleceu diretrizes que visam ampliação do acesso aos serviços odontológicos e qualificação do cuidado acolhedor, integral e voltado às necessidades dos indivíduos (BRASIL, 2004).

No caso da comunidade quilombola estudada, a equipe de saúde bucal deve estar atenta para identificar os aspectos históricos que têm gerado demanda reprimida por procedimentos odontológicos e, a partir de então, procurar incrementar aos processos de trabalho, estratégias de acolhimento e acesso dos pacientes com necessidades de saúde bucal (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

Eu acho que antigamente a gente não tinha dentista. Só íamos quando o dente estava doendo, hoje as pessoas estão indo procurar atendimento, estão indo ao posto. Eu penso que perdi todos os meus dentes e que os dentes das pessoas devem ser tratados (P8).

Eu percebo uma boa assistência. Só não cuida dos dentes quem não quer. Quando abre o posto médico que veio para a comunidade, trouxe melhorias para nós moradores, porque antes era mais difícil (P5).

Eu sei que a saúde é muito importante e sei que é um trabalho árduo para conscientizar a importância desse cuidado e por essa procura pelo atendimento (P3).

Falo que 90% da comunidade, principalmente os jovens, procuram muito mais o serviço (P4).

...é muito enriquecedor para eles já que eles são muito fechados, além de serem uma comunidade carente que necessita desse atendimento (P6).

Percebeu-se que a fala dos participantes trouxe recorte histórico-temporal das percepções sobre as questões que envolvem o acesso à saúde bucal vivenciado pelos membros da comunidade.

O contexto progresso foi relatado em perspectiva negativa, por meio do registro de ausência de acesso e da existência de atenção odontológica que não se alinhava com a noção de promoção de saúde e prevenção de adoecimentos.

A ausência de linha de cuidado em saúde bucal, que pudesse romper ou paralisar o viés extracionista e mutilador do passado, foi confrontada com cenário atual que indica melhor acesso odontológico e ambiência estruturada para construção de novo relacionamento entre os profissionais de saúde bucal e os usuários. Tal associação é vista como potente para o fortalecimento do diálogo e dinamizadora de maior conscientização da importância em se buscar saúde odontológica humanizada e acolhedora.

Tais percepções reveladas convergem para os resultados de estudos os quais sinalizam a necessidade de reconhecimento que comunidades quilombolas enfrentam diversas dificuldades, em decorrência de diferentes determinantes e condicionantes dos modos de existência, dentre eles a precariedade das condições de vida e a falta de efetividade de políticas públicas de inserção social (ALVES; ALVES, 2011).

Outro relato apreendido externou a percepção sobre o aumento da procura pelo serviço de saúde bucal, por parte dos pacientes mais jovens, na ordem de, aproximadamente, 90%, em contraposição a momentos anteriores da história da comunidade.

Muito embora se perceba, por meio das evocações, que um esforço está sendo feito no intuito de se estabelecer nova postura da equipe de saúde bucal, presente no território estudado, de forma a atender aos preceitos legais da universalidade, integralidade e equidade, torna-se imprescindível que tais processos construtivos não sofram retrocessos.

A esse respeito, estudo demonstra que apesar de avanços em relação à saúde bucal dos povos remanescentes de quilombos, ainda são relatadas grandes dificuldades de acesso à atenção odontológica (BIDINOTO *et al.*, 2017).

Observa-se, portanto, que as falas dos participantes foram potenciais, a ponto de procurar estabelecer nexos circunstanciais das percepções sobre a saúde bucal no quilombo, conectando episódios do passado e do presente, ao passo que expressam a luta por conquistas sociais no campo da saúde.

Para Santos (2012), a comunidade rural negra de Alto Alegre traz consigo uma história de luta e resistência, pelo direito à terra, ao patrimônio cultural e pelo acesso a políticas públicas de saúde.

Desse modo, constata-se o quão importante é a ideia de potencializar as discussões sobre a atenção odontológica vivenciada por essa comunidade, sob a ótica da igualdade racial, e trazê-las para o âmbito do COMPIRH, com a finalidade de que o debate sobre a saúde bucal da população negra local seja amplamente discutido em uma perspectiva inclusiva e humanista, fato que faz compreender que tal postura possa encontrar alinhamento com o histórico de lutas por políticas públicas de inclusão social, vivenciados por essa comunidade.

#### 5.1.4 Avanços na operacionalização da política de igualdade racial no campo da saúde bucal: expectativas e buscas

A importância de criar mecanismos que se constituam dispositivos para fortalecimento do controle e da participação social é fundamental. Por isso, é preciso investir na construção de horizonte habitado por essa expectativa.

Eu não tenho essa percepção da saúde bucal do quilombo, mas eu fico muito satisfeita em saber que está acontecendo esse interesse pelo povo quilombola e eu, como membro do COMPIRH, vou me interessar mais e estarei para o que precisarem (P1).

Muitos não têm a dimensão do real papel de estar na representação de conselheiro. É o que se observou na fala acima. Mas, isso pode ser modificado.

O Conselho Municipal de Promoção da Política de Igualdade Racial (COMPIRH) é um órgão colegiado, de caráter consultivo, normativo, fiscalizador e que tem por finalidade propor, em âmbito municipal, políticas de promoção da igualdade racial com ênfase na população negra.

O referido órgão de controle tem existência recente, cuja criação ocorreu por força da Lei nº 1.131, aprovada na câmara municipal de Horizonte, em 10 de março de 2016 (BRASIL, 2016). Na composição, conta com representação da Secretaria de Saúde que juntamente com outros membros, propõem ações que objetivam combater o racismo, o preconceito, a discriminação racial e reduzir as desigualdades em diversos campos, inclusive na saúde.

Não obstante haver uma representação da pasta da saúde, o fato é que, desde a criação do COMPPIRH, não se tinha verificado aproximação recíproca entre a equipe de saúde bucal que atua no território estudado e os demais membros do referido Conselho, no sentido de operacionalizar discussões e debates sobre as percepções destes acerca da saúde bucal no Quilombo de Alto Alegre.

Acredita-se que o fortalecimento desse diálogo pode contribuir não somente para o exercício do protagonismo da sociedade civil na saúde bucal da população negra local, assim como pode permitir compreensão das relações de estigmatização social e respectivas implicações com a saúde bucal (JAMES, 2011; GARCIA, 2017; BASTOS *et al.*, 2018).

As falas seguintes demonstraram ausência de discussões sobre a temática saúde bucal da população negra local, porém sinalizaram para um viés positivo, que é a possibilidade de construção de diálogos sobre a saúde bucal implementada no Quilombo de Alto Alegre, com os membros do COMPPIRH, fato percebido por meio das evocações, como demasiadamente importante para o estabelecimento de uma saúde bucal humanizada e contextualizada às necessidades locais.

...no Conselho, até momento, estamos atuando há três anos e passei a atuar como titular e não tivemos nenhuma pauta sobre a saúde bucal (P2).

O conhecimento que eu tenho sobre a saúde bucal é praticamente nulo (P2).

Eu vejo como demasiadamente importante, embora eu não seja da comunidade e não tenha uma vivência cotidiana (P2).

...dentro do Conselho foi um debate que nunca colocamos em pauta, por não termos nos sensibilizado com a causa.... (P3).

Honestamente, nós começamos a ver agora, porque só agora começou a parceria com o COMPPIRH e a presença da saúde bucal está sendo importante, porque sempre tem um representante da saúde.... (P4).

...em relação à saúde bucal, não sei nem te responder... (P5).

É inovador esse projeto, mas nós não temos essa discussão, até mesmo para as crianças e os adolescentes, porque alguns adultos já possuem prótese e outros adoecimentos, com relação à saúde bucal (P6).

Como estou há pouco tempo, estou há dois meses, como assistente social, não tenho muita propriedade para falar sobre essa parceria, sobre esse trabalho de muito tempo, mas a meu ver, do que me foi apresentado, terá um grande fundamento posterior (P9).

Embora o COMPPIRH, como órgão de controle social, voltado para defesa da igualdade racial no território, não tenha operacionalizado debates sobre saúde bucal da população negra, verificou-se, por meio das falas, expectativa positiva dos membros, quanto à disponibilidade em participar ativamente na estruturação dessa parceria, em virtude da importância no estabelecimento de discussões sobre esse tema; por representar, inclusive, a superação de aspectos os quais não tenham sensibilizado a motivação para tais embates; e por compreender que existem demandas historicamente presentes na comunidade, relativas à atenção odontológica.

O sentimento colaborativo, em demonstrar disponibilidade para propor melhorias e ações no campo da saúde bucal voltada para os moradores do quilombo de Alto Alegre, pode ser apreendido mediante as evocações dos participantes da pesquisa, as quais encontraram convergência com o paradigma metodológico da afrocentricidade, adotado nesta pesquisa.

Tal paradigma procura valorizar a construção de um conhecimento que surge quando o sujeito negro se confronta com o objeto a ser conhecido, assumindo posição de interação e coexistência e não conduta clássica de neutralidade, fato que pode resultar em superação de condições de desenraizamento histórico ao qual foi submetido, por intermédio da consagração desse indivíduo como protagonista do próprio domínio cultural e da própria história (SENGHOR, 1965).

Nesse contexto, faz-se importante perceber que, em espaços institucionais de controle social de políticas públicas, deve haver o posicionamento e a articulação dessas representações, em defesa de interesses coletivos da população negra, no tocante à crença ainda hegemônica do mito da democracia racial (COHN; BUJDOSO, 2015).

Ainda sobre as representações coletivas de minorias, a que se propõem os membros do COMPPIRH, faz-se necessário ter em mente o pensamento crítico de Gayatri Spivak, ao racionalizar sobre a autonomia de um sujeito, dito subalterno,

e a premissa essencialista. Para a autora, o mesmo deve assumir a natureza “irreduzivelmente heterogênea” e, conseqüentemente, não adotar “postura monolítica e indiferenciada”, diante de embates sobre questões coletivas (SPIVAK, 2010, p.??).

Logo, compreende-se que, ao assumir em âmbito municipal, a tarefa de propor políticas de promoção da igualdade racial com penetração no campo da saúde, o COMPPIRH avoca para si, também, a incumbência de promover discussões que envolvam a articulação entre diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional de Saúde Bucal, em defesa da democratização do acesso aos serviços odontológicos e da universalização do direito à saúde do povo negro, visando cuidado acolhedor, integral e contextualizado com as necessidades dos indivíduos.

Contribuir para o estabelecimento de conexões entre a equipe de saúde bucal e o órgão de controle de promoção de políticas da igualdade racial, a nível local, significa apoiar a ideia de alguns estudiosos, de que é imprescindível integrar considerável conjunto de conceitos das ciências sociais ao campo da saúde bucal (BASTOS *et al.*, 2018). Significa também compreender a importância das representações sociais para melhoria da saúde em favor de uma coletividade.

Assim, infere-se que o exercício do diálogo entre a comunidade quilombola de Alto Alegre, representada aqui pelos membros do COMPPIRH e a equipe de saúde bucal, poderá resultar em melhorias no âmbito do cuidado odontológico destinado a esse estrato social, haja vista serem esses sujeitos integrantes de estratos sociais desfavorecidos, submetidos a diferentes modos de exclusão, política, de ordem legal e acesso a bens e serviços, cujas vozes, muitas vezes, não podem ser ouvidas e que, uma vez empoderados, poderão expressar, de forma mais contextualizada, as necessidades no campo da odontologia.

#### 5.1.5 A estigmatização financeira e as relações com a linha de cuidado em saúde bucal e o exercício do protagonismo social negro no campo da saúde

Estudos têm estabelecido que, aproximadamente, 80% da população brasileira fazem uso exclusivo dos atendimentos odontológicos públicos e que a manutenção de políticas públicas que associem a oferta de serviços odontológicos, ancorados em princípios de equidade e na qualidade da atenção prestada, são influenciadores de resultados positivos futuros quanto ao acesso, à resolutividade e

melhoria das condições de saúde bucal dos indivíduos (CASCAES; DOTTO; BOMFIM, 2018; CASCAES *et al.*, 2018).

As falas a seguir refletem questões desse campo.

Eu percebo uma grande necessidade da comunidade de se adentrar, de procurar mais a questão da saúde bucal, para não ocorrer no imediatismo, ou seja, deixar para procurar só no momento que se está sentindo dor, quando se está fragilizado (P9).

As pessoas utilizam mais o serviço público devido à situação financeira. Nós não temos um plano de saúde (P4).

Eu acredito que eles utilizam muito o serviço público por serem carentes... (P6).

Mas não como deveria ser a busca deles pelo serviço, mas eu acredito que eles têm uma boa assistência, sim (P6).

Constatou-se por unanimidade nas falas dos participantes da pesquisa a procura por um serviço odontológico público, gratuito, inclusivo e humanizado, no território estudado.

Igualmente, houve relatos que indicaram ser essa comunidade muito carente, haja vista os recursos financeiros dos integrantes serem muito escassos, a ponto de garantirem apenas a subsistência, fato que os coloca em situação de grande vulnerabilidade social.

Tais aspectos devem ser considerados como relevantes quando da construção de uma linha de cuidado, que contemple a operacionalização da política de igualdade racial no âmbito da saúde bucal.

A partir das evocações dos participantes, verificou-se que o contexto social presente no território estudado converge com o objeto de estudos, os quais correlacionam o impacto de aspectos financeiros sobre os indicadores de saúde bucal. Tais estudos demonstraram que populações em situações de maior vulnerabilidade e menor renda são demasiadamente impactadas, independentemente dos indicadores odontológicos avaliados, sejam cárie dentária não tratada, acesso aos serviços de atenção odontológica e hábitos de higiene (PROBST; PUCCA JÚNIOR; PEREIRA; CARLI, 2019).

Ainda em função das falas, constatou-se que, a despeito da existência de uma questão financeira que impulsiona os habitantes da comunidade de Alto Alegre, na busca por atendimento odontológico gratuito, verificou-se que essa procura ainda

ocorria, muitas vezes, em condições adversas, quando não era possível oferecer tratamento menos invasivo.

A conjunção dessas duas realidades pode acarretar processo de retroalimentação positiva de condições desfavoráveis em saúde bucal da população negra do território estudado, mediante o dinamismo de dois componentes: a presença de demandas odontológicas complexas, agravadas pelo quadro de vulnerabilidade social a que estão submetidos os sujeitos e a demora na busca pelo atendimento odontológico.

A partir dos comentários dos participantes do estudo, percebeu-se situação com grande necessidade de fortalecimento, dentro da comunidade, a construção de uma consciência promotora e preventiva em saúde bucal, ao passo que deve ser estimulado o protagonismo social na saúde a nível local, no que tange à inserção dos usuários do SUS no serviço odontológico.

Reconhece-se, portanto, a necessidade do estímulo ao protagonismo social e que o caso em questão demanda a operacionalização de políticas públicas, em que uma abordagem multicêntrica destas, com a participação colaborativa de diferentes atores sociais possa ser efetiva para melhoria da inserção e do acesso ao serviço odontológico local, em virtude de este constituir problema de ordem pública (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

Tal abordagem, diferente da abordagem estatista, pode ser expressada no território estudado, a partir da ênfase no diálogo intersetorial entre diferentes atores, representados pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) quilombola, que desenvolve ações junto às famílias em situação de risco e vulnerabilidade; pelo Núcleo de Promoção de Políticas da Igualdade Racial (NUPPIRH), que pode desenvolver projetos de fomento à igualdade racial com penetração no campo da saúde bucal; pela existência de um órgão de controle de promoção de políticas da igualdade racial, que se chama COMPPIRH e que pode acompanhar de perto o desenrolar das ações e dos projetos voltados para saúde bucal da comunidade; e por fim, por atuação da Associação de Remanescentes Quilombolas e Adjacências (ARQUA), que pode ampliar discussões importantes em saúde, sob a ótica das necessidades contextualizadas aos povos quilombolas.

Por conseguinte, infere-se que o território de atuação da ESF, no qual a pesquisa foi desenvolvida, apresenta potencial transformador considerável que pode ser trabalhado em uma perspectiva construtivista e colaborativa, com a finalidade de

proporcionar melhorias em saúde bucal para população que teve os direitos historicamente negados.

## 6 REFLEXÕES FINAIS

“Se quiser ir rápido, vá sozinho. Se quiser ir longe, vá em grupo”.

(Provérbio Africano)

Quilombo de Alto Alegre? Sim! Foi muito bom chegar aqui, mas chegar em grupo! E, assim, há de chegar sempre em uma perspectiva colaborativa, a muitas mãos, sob muito cuidados, a muitos olhares atenciosos, vigilantes e dedicados com o próximo, implicados com as causas coletivas, especialmente com os mais marginalizados, expostos a situações de negações históricas, como os corpos negros silenciados, muitas vezes, impossibilitados de sorrir, desprovidos de saúde bucal inclusiva e promotora de igualdade racial.

O caminho percorrido foi longo e, por vezes, pedregoso. Para chegar até o “coração do quilombo”, tiveram-se altos e baixos. Subiu-se e desceu-se, muitas vezes, mas sabia-se o quão mais longe fosse, lá era onde estariam os grandes conflitos, as inúmeras demandas a serem enfrentadas, muitas vezes, com posturas firmes, resolutas, mas, na maioria das vezes, com olhar amoroso, semblante acolhedor e vontade de escutar o outro em suas maiores necessidades.

Os quilombolas de Alto Alegre são possuidores de representatividades negras combativas, mas sempre em reconstrução, frente a processos hegemônicos de desconstrução, aos quais são submetidos.

Nesse ponto, tem-se o COMPIRH, órgão de controle e participação da sociedade civil em prol da igualdade racial, em âmbito local, no território de atuação da ESF.

Portanto, conhecer os contextos de vida da comunidade, referendados por representantes, concepções sobre saúde bucal, em uma perspectiva passada e presente, fez das expectativas futuras, possibilidades potentes para o estabelecimento de diálogos aproximados entre eles e a equipe de saúde bucal.

Esse é um ponto de partida para o estímulo à participação popular e ao controle social na saúde, de onde, juntos, em uma ambiência interdisciplinar e intersetorial, possa-se, cada vez mais, desenvolver ações de promoção da igualdade racial, relacionadas ao campo da saúde bucal.

A riqueza do território está em seu povo, detentor de uma cultura que deve ser compartilhada com os demais. O estímulo a esse compartilhamento se dá

mediante o reconhecimento de seu valor e em face do empoderamento social, quanto a essa questão. Muito embora esses aspectos culturais, muitas vezes, sejam desencorajados por modos modernos de se conceber a vida, a pesquisa que se apresenta plantou uma semente a esse respeito: “Enraizando Africanidades no Quilombo de Alto Alegre” é mais um produto desse Curso de Mestrado, que vê, na educação popular em saúde, a possibilidade de convergir políticas públicas em prol da saúde, cultura e inclusão racial desse povo.

A construção de uma metodologia de trabalho voltada para contemplar a igualdade racial deve envolver uma escuta qualificada que seja capaz de estimular a busca pelo serviço de saúde bucal, proporcionando, assim, maior acesso e possibilidades de ações preventivas e promocionais de saúde, em detrimento das curativas e mutiladoras, de forma a positivar os desfechos em saúde bucal para essa população. Mais que isso, deve alavancar o estímulo ao compartilhamento dos conhecimentos ancestralizados no campo da saúde.

Chegaram-se juntos, o autor/pesquisador deste trabalho e todos os amigos da UECE/RENASF, porque decidiram não “soltar a mão de ninguém”.

## REFERÊNCIAS

- AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.
- ALVES, L. P. S, ALVES D. M. C. Programa Brasil quilombola e a efetivação do direito à saúde na comunidade quilombola de palmas, PR. *In: IV SIMPÓSIO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SOCIEDADE*, 9., 2011, Curitiba. **Anais [...]**. Paraná: UTFPR, 2011. Disponível em: <http://www.esocite.org.br/eventos/tecsoc2011/cd-anais/arquivos/pdfs/artigos/gt022-programabrasil.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.
- ANAND, S.S. Usando a etnicidade como variável de classificação na pesquisa em saúde: perpetuando o mito do determinismo biológico, servindo agendas sociopolíticas ou fazendo contribuições valiosas para as ciências médicas? **Etnia e Saúde**, v.4, n.4, p.241-244, 1999.
- ANTUNES, J.L.F. *et al.* Disparidades étnicas na prevalência de cárie dentária e tratamento odontológico restaurador em crianças brasileiras. **Int Dent J.**, v.53, n.1, p.7-12, 2003.
- ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L.; ROSSATO, M. O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 33, e33316, 2017.
- ASANTE, M. K. **A ideia do afrocêntrico**. Chicago: African American Images, 1987.
- BAILEY, Z.D. *et al.* Racismo estrutural e desigualdades na saúde nos EUA: evidências e intervenções. **Lancet**, v.389, n.10077, p.1453-1463, 2017.
- BAKER, S. R.; GIBSON, B. G. Epidemias sociais orais, onde se segue: um passo pequeno ou um salto gigante? **Comunidade Dent Oral Epidemiol.**, v.42, n.6, p.481-494, 2014.
- BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). **Cad Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc.**, v. 25, n.1, p. 9-18, 2016.
- BASTOS, J.L.; CELESTE, R.K.; PARADIES, Y. C. Desigualdades raciais na saúde bucal. **Journal of Dental Research**, v.97, n.8, p.878-886, 2018.

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

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, 2010.

BEN, J. *et al.* Experiência de racismo e escovação dentária entre australianos aborígenes prenhes: explorando mediadores psicossociais. **Saúde Comunitária Dent.**, v.31, n.3, p.145-152, 2014.

BEN, J. *et al.* Racismo autorreferido e experiência de dor de dente entre australianos aborígenes grávidas: o papel do estresse percebido, senso de controle e apoio social. **J Dent Saúde Pública**, v.74, n.4, p.301-309, 2014.

BERNARDINO, J. Levando a raça a sério: ação afirmativa e correto reconhecimento. *In*: BERNARDINO, J.; GALDINO, D. (Orgs.). **Levando a raça a sério: ação afirmativa e universidade**. Coleção Políticas da Cor. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.15-38.

BIDINOTTO, A. B. *et al.* Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.91-101, 2017.

BONILLA-SILVA, E. Repensando o racismo: em direção a uma interpretação estrutural. **Am Social Rev.**, v.62, n.3, p.465-480,1997.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p.575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007: mensagem presidencial**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2003.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. v.9 (Coleção Progestores). Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: plano operativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 395**, de 22 de fevereiro de 2008, aprova a estruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISP. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Política nacional de saúde integral da população negra: plano operativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010. **Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12**, regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra**: uma política do SUS. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra**: plano operativo II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da População Negra**. 1ed. Petrópolis/RJ: De Petrus et Alii Editora Ltda, 2012. p. 70-97.

CALLAHAN, C.; ELLIOTT, C.S. Compreendendo: Uma abordagem narrativa para entendimentos e comportamentos cotidianos. **Jornal de Psicologia Econômica**, v.17, p.79-114, 1996.

CALVASINA, P.; MUNTANER, C.; QUIÑONEZ, C. A deterioração da saúde bucal dos imigrantes canadenses: análise do Longitudinal Survey of Immigrants para o Canadá. **Comunidade Dent Oral Epidemiol.**, v.43, n.5, p.424-432, 2015.

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

CARVALHO, T. S.; MOTA, D. M.; SAAB, F. Utilização do software IRaMuTeQ na análise de contribuições da sociedade em processo regulatório conduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 8, n. 1, p. 10, 2020.

CASCAES, A. M. *et al.* Despesas de seguro dental privado no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.52, n.24, p.1-11, 2018.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v.27, n.1, p.1-10, 2018.

CELESTE, R. K. *et al.* O papel dos mediadores potenciais nas desigualdades raciais na perda de dentes: o estudo Pró-Saúde. **Comunidade Dent Oral Epidemiol.**, v.41, n.6, p.509-516, 2013.

CENTENO, S. R. **As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**: uma abordagem de gênero e raça/cor. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Educação, Pedagogia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2016.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D.P. *et al.* Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível na Região Metropolitana de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p.1-12, 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2006.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p.1272-1275, 2013.

COHN, A.; BUJDOSO, Y.L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social*. **Rev Sociologia USP**, v.27, n.1, p.33-47, 2015.

CORRÊA, E. G. **Saúde bucal de crianças na Estratégia Saúde da Família: o conhecimento das mães**. 2017. 106 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2017.

COSTA, A. A.; SARDENBERG, C. M. B. A transversalidade de gênero e raça no plano nacional de qualificação: análise crítica e diretrizes. **SER Social**, v. 10, n. 23, p.101-138, 2008.

COSTA, F. S. *et al.* Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: a systematic review and meta-analysis. **J Dent.**, v.60, p.1-7, 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**. Escolhendo entre cinco abordagens. São Paulo: Penso Editora LTDA, 2014.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de métodos mistos**. São Paulo: Penso, 2013.

CRIOLA. **Manual participação e controle social para equidade em saúde da população negra**. Rio de Janeiro: CRIOLA, 2007.

CUNHA, E.M.G.P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. *In*: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). **Saúde da população negra**. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 21-33.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUTRA, E. A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.2, p.371-378, 2002.

FARENZENA, N. Responsabilidade pública para com as políticas públicas de educação: algumas reflexões. **Políticas Educativas**, v. 5, n. 1, p. 96-112, 2011.

FAUSTINO, D.M. A equidade racial nas políticas de saúde. *In*: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Orgs.). **Saúde da população negra**. Brasília: ABNP, 2012. p. 92-121.

- FISCHER, T. K. *et al.* Indicadores primários de atendimento odontológico: associação com status socioeconômico, atendimento odontológico, água, fluoretação e Programa de Saúde da Família no sul do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.13, n.1, p.126-138, 2010.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p.23-64.
- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.
- FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev Bras Epidemiol.**, v.6, n.1, p.49-57, 2003.
- FRY, P. **A persistência da raça**: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África austral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- FINLAYSON, T.L. *et al.* **Tratamento injusto e periodontite entre adultos no estudo de saúde da comunidade hispânica / estudo de latinos**. Disparidades raciais da saúde de Ethn [epub à frente da cópia 11 janeiro 2018]. No prelo. doi: 10.1007 / s40615-017-0459-5, 2018.
- GARCIA, J. A. O projeto da cor: pesquisando raça nos pesquisadores de ciências sociais, medidas e escopo de estudos. **J Race Ethn Polit.**, v.2, n.2, p.300-346, 2017.
- GARCIA, M.N. *et al.* **Software livre em relação ao software proprietário: aspectos favoráveis e desfavoráveis percebidos por especialistas**. **Gest Reg.**, v.26, n.78, p.106-120, 2010.
- GUIOTOKU, S. K. *et al.* Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 2, n. 31, p.135-141, 2012.
- GOMES, R. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. *In:* MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p.67-80.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.
- GRAHAM, L. *et al.* Teoria crítica da raça como marco teórico e ferramenta de análise para pesquisa em saúde da população. **Crit Saúde Pública**, v.21, n.1, p.81-93, 2011.
- HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *In:* THOMPSON, K. (Ed.). **Mídia e regulamentação cultural**. Londres, Thousand Oaks, Novo Delhi: a Universidade Aberta; SAGE Publications, 1997. p.67-86.

HAMPATÉ, B. **História geral da África, I: Metodologia e pré-história da África**. Brasília: UNESCO, 2010.

HENDRYX, M.S. *et al.* Acesso a cuidados de saúde e capital social comunitário. **Health Serv Res.**, v.37, n.1, p.85-101, 2002.

HICKEN, M. T. *et al.* Desigualdades raciais em saúde: enquadrando pesquisas futuras. **Soc Sci Med.**, v.199, p.11-18, 2018.

HOOKS, B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 16, p. 193-210, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial na Visão de seus Conselheiros**. Relatório de Pesquisa Projeto Conselhos Nacionais: perfil e atuação dos conselheiros. Brasília: IPEA, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília: IPEA, 2011.

JAMES, A. Fazendo sentido de raça e classificação racial. **Rac Soc.**, v.4, n.2, p.235-247, 2011.

JAMIELSON, L. M. *et al.* Desigualdades na saúde bucal indígena: descobertas da Austrália, Nova Zelândia e Canadá. **J Dent Res.**, v.95, n.12, p.1375-1380, 2016.

JAMIELSON, L. M.; STEFFENS, M.; PARADIES, Y. C. Associações entre discriminação e comportamento de visitas a dentistas em uma coorte de nascimentos aborígine australiana. **Aust NZJ Saúde Pública**, v.37, n.1, p.92-93, 2013.

JOVCHELOVICH, S.; BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. *In*: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

KATZ, R. V. *et al.* O legado da sífilis de Tuskegee. Estudo: avaliar seu impacto na disposição em participar de estudos biomédicos. **J Cuidados de Saúde Pobres Desassistidos**, v.19, n.4, p.1168-1180, 2008.

KERN, G.S. **Ações afirmativas e educação: um estudo genealógico sobre as relações raciais no Brasil**. 2012. 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

KRAMER, S. A infância e sua singularidade. *In*: BEAUCHAMP, J.; PAGEL, S. D.; NASCIMENTO, A.R. (Orgs.). **Ensino fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica, 2007. p. 13-24.

LAWRENCE, H.P. *et al.* Racismo e resultados de saúde bucal entre mulheres aborígenes canadenses grávidas. **Cuidados de Saúde Pobres Desassistidos**, v.27, n.1, p.178-206, 2016.

LIMA, F. A.; GALIMBERTTI, P. A. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p.157-175, 2016.

LOURO, G. L. **Currículo, gênero e sexualidade**. Porto: Porto, 2000.

LUKÁCS, G. Narrar ou descrever? *In*: KONDER, L. (Org.). **Ensaio sobre literatura**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira SA, 1965.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **Hist Cienc Saúde-Manguinhos**, v.12, n.2, p.419-446, 2005.

MATTHEW, D. B. Em direção a uma teoria estrutural do viés racial e étnico implícitonos cuidados de saúde. **Matriz de Saúde**, v.25, n.1, p.61-86, 2015.

MAZAMA, A. A Afrocentricidade Como Um Novo Paradigma. *In*: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Afrocentricidade: Uma Abordagem Epistemológica Inovadora**. São Paulo: Selo Negro, 2009. p.111-128.

MENDES, D. C. B. Considerações Elementares da Metodologia de Análise de Conteúdo em Pesquisa Qualitativa no Âmbito das Ciências Sociais. **Fac. Sant'Ana em Revista**, v. 3, n. 1, p. 4-15, 2018.

MENDES, A. M. *et al.* Mapping pharmacy journals: a lexicographic analysis. **Res Social Adm Pharm.**, v.15, n.2, p.1464-1471, 2019.

MERMARPOUR, M.; GOLKARI, A.; AHMADIAN, R. Association of characteristics of delivery and medical conditions during the first month of life with developmental defects of enamel. **BMC Oral Health**, n.14, p.122, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

- MUCALE, E. P. **Afrocentricidade - Complexidade e Liberdade**. Maputo: Paulinas, 2013.
- MUYLAERT, C.J. *et al.* Entrevistas narrativas: um recurso importante na pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p.184-189, 2014.
- MUNANGA, K. **Negritude: usos e sentidos**. Belo Horizonte: Editora Autentica, 2009.
- MUNANGA, K.; GOMES, N. L. **Para Entender o Negro no Brasil de Hoje: História, Realidades, Problemas e Caminhos**. São Paulo. Ação Educativa, Assessoria, Pesquisa e Informação, 2012.
- NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, p.18-19, 2006.
- NASCIMENTO, A. **O Quilombismo**. Brasília/ Rio: Fundação Cultural Palmares/ OR Editora, 2002.
- NEMET, G. F, BAILEY, A. J. Distância e utilização de cuidados de saúde entre os idosos rurais. **Soc Sci Med.**, v.50, n.9, p.1197-208, 2000.
- NOGUEIRA, R. J. **Afrocentricidade**. Rio de Janeiro: UFRJ, S/d.
- PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.
- PAIM, J.S. *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. *In*: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p.720.
- PAULA, M.C. *et al.* A pesquisa qualitativa e o uso de CAQDAS na análise textual: levantamento de uma década. **Internet Latent Corpus J**, v.6, n.2, p.65-78, 2016.
- PARADIES, Y. Qual o anti-racismo? **Cravo Etnico**, v.39, n.1, p.1-15, 2016.
- PEREIRA, E.D.S. **Participação Social e a Construção da Equidade em Saúde: o Conselho Nacional de Saúde e a agenda da população LGBT**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, 2011.
- PERES, M. A. *et al.* A Associação entre o desenvolvimento socioeconômico no nível da cidade e a distribuição de cárie dentária em crianças brasileiras. **Rev Panam Salud Publica**, v.14, n.3, p.149-157, 2003.
- PHELAN, J.C.; LINK, B. G. O racismo é uma causa fundamental das desigualdades em saúde? **Annu Rev Sociol.**, v.41, n.1, p.311-330, 2015.

PICCOLI, A. S.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Políticas em saúde, saneamento e educação: trajetória da participação social na saúde coletiva: trajetória da participação social na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 397-410, 2017.

PRÁ, J. R. Políticas para as mulheres: transversalizar é preciso. *In*: ALVES, I. *et al.* **Travessias de gênero na perspectiva feminista**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 13-36.

PROBST, L. F. *et al.* Impacto das crises financeiras sobre os indicadores de saúde bucal: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p.4437-4448, 2019.

RABAKA, R. Teoria Crítica Africana. *In*: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora**. São Paulo: Selo Negro, 2009. p.129-146.

REDE HUMANIZASUS. **Racismo faz mal à saúde**. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/87406-racismo-faz-mal-a-saude-mental>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RIBEIRO, M. O enlace entre direitos humanos, superação do racismo e da discriminação racial. *In*: VENTURI, G. (Org). **Direitos Humanos: Percepções da opinião pública, análises de pesquisa nacional**. Brasília: SEDH, 2010. 260p.

RIBEIRO, M. **Políticas de Promoção da Igualdade Racial no Brasil (1986- 2010)**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

RICOEUR, P. ¿Es la história de vida un espacio al margen del poder? *In*: LOZANO, J. A. (Org.). **História Oral**. Cidade do México: Instituto Mora, 1997.

SAFAA, L.; HOUSNI, K.E.; BÉDARG, F. Autenticidade e turismo: o que as avaliações do TripAdvisor revelam sobre viagens autênticas para Marrakech. *In*: SCHEGG, R.; STANGL, B. **Informações e tecnologias de comunicação no turismo**. Roma: Springer, 2017. p. 595-606.

SANTOS, D. T. R. **O Que é Lugar de Fala?** Santos: Letramento, 2017.

SANTOS FILHO, E. F. S.; ALVES, J. B. Tradição oral para os povos africanos e afro-brasileiros: relevância da palavra. **Revista da ABPN**, v.9, n. esp., p. 50-76, 2017.

SANTOS, S. N. **Vivências da gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme: um estudo clínico-qualitativo**. 2008. 184 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2008.

SANTOS, M. P. **Incursões na História e Memória da Comunidade de Quilombo de Alto Alegre-Horizonte-CE**. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Pedagogia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. *In*: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas Públicas**: coletânea. v.1. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SCHÜTZE, F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. *In*: WELLER, W.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**: teoria e prática. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 210-222.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SENGHOR, L. S. 'Nova York (Orquestra Jazz: trompete solo)'. *In*: REED, J.; WAKE, C. SENGHOR, L.S. **Prosa e Poesia**. Oxford: Oxford University Press, 1965. p.189.

SILVA, A. L. Entrevista em Profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.2, n.7, p.71, 2005.

SILVA, D. M. M. **Cadê o SUS aqui? Discussões da equidade em saúde para o Povo Negro no âmbito do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2004-2014), da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. 2017. 169 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVA, T. T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

SOUTO, K. M. B. *et al.* Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde em Debate**, v. 40, p. 49-62, 2016.

SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos**: teoria, prática e pesquisa. Fortaleza-CE: Expressão Gráfica, 2011.

SOUZA, R. A. C. Narrativas orais como fontes para uma compreensão histórica da experiência vivida. **Revista Maracanan**, n. 17, p. 118-129, 2017.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

SUSIN, C. *et al.* Perda dentária e associada indicadores de risco em uma população urbana adulta do sul do Brasil. **Acta Odontol Scand.**, v.63, n.2, p.85-93, 2005.

SU, Y.; BEHAR-HORENSTEIN, L. S. Crenças raciais daltônicas entre estudantes de odontologia. **J Dent Educ.**, v.81, n.9, p.1098-1107, 2017.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.1100.

URASSE, A. **10 Tópicos Sobre o Mulherismo Africana (Para Escurecer o Pensamento)**. Disponível em:

<https://pensamentosmulheristas.wordpress.com/2015/12/09/eu-coveira/>. Acesso em: 12 dez. 2018.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.23, e180398, 2019.

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

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. *In*: SILVA, T. T. (Org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.

XAVIES, T. *et al.* Crianças e adolescentes quilombolas apresentam alta prevalência de defeitos de desenvolvimento do esmalte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/criancas-e-adolescentes-quilombolas-apresentam-alta-prevalencia-de-defeitos-de-desenvolvimento-do-esmalte/17403?id=17403>. Acesso em: 20 dez. 2019.

YIP, A. M.; KEPHART, G.; VEUGELERS, P. J. Determinantes individuais e de vizinhança da utilização de cuidados de saúde. Implicações para políticas de saúde e alocação de recursos. **J Saúde Pública**, v.93, n.4, p.303-307, 2002.

## APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador responsável:** Slayton Frota Sá Nogueira Neves

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva

**Projeto de Pesquisa:** O olhar dos conselheiros municipais de promoção das políticas de igualdade racial de Horizonte, sobre a saúde bucal no quilombo de Alto Alegre.

Sua colaboração é valiosa. Caso concorde em participar da pesquisa, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, por favor, leia e responda às questões abaixo. Sua identidade será preservada.

### PARTE I – DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Qual é a sua representação no COMPPIRH?

Situação: ( ) Titular ( ) Suplente

Idade: \_\_\_\_\_ (em anos). Sexo: ( ) M ( ) F

Há quanto tempo está no COMPPIRH? \_\_\_\_\_ (em anos)

2. Você é membro da Comunidade quilombola de Alto Alegre?

( ) SIM ( ) NÃO

3. Exerce alguma função na Administração Pública Municipal?

( ) SIM ( ) NÃO

Vínculo: ( ) Efetivo ( ) Contratado ( ) Cargo Comissionado

### PARTE II – ENTREVISTAS NARRATIVAS

**QUESTÃO GERATIVA:** Qual a sua percepção sobre a saúde bucal no quilombo de Alto Alegre?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) Sr(a) está sendo convidado a colaborar de forma significativa com este estudo cujo título é: O olhar dos conselheiros municipais de promoção das políticas de igualdade racial de Horizonte, sobre a saúde bucal no quilombo de Alto Alegre, que está sendo realizada como parte da dissertação de mestrado em saúde da família e cujo objetivo geral é **Compreender as percepções dos Conselheiros Municipais de Promoção das Políticas de Igualdade Racial sobre a saúde bucal no quilombo de Alto Alegre**, situado no distrito de saúde de queimadas, Horizonte, Ce. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.



Continuação do Parecer: 3.411.017

Básicas do Projeto	ETO_1308902.pdf	00:26:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigid_slayton.pdf	01/06/2019 00:25:13	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Cronograma	Cronograma_corrig_slayton.pdf	01/06/2019 00:22:53	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_slayton_plataforma_brasil.docx	11/04/2019 11:49:49	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento_slayton.pdf	08/03/2019 23:51:29	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Orçamento	orcamento_slayton.pdf	08/03/2019 23:49:44	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_slayton.pdf	08/03/2019 23:31:06	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 25 de Junho de 2019

Assinado por:  
ISAAC NETO GOES DA SILVA  
(Coordenador(a))

Os riscos que a pesquisa pode oferecer dizem respeito ao desconforto que o participante pode sentir ao responder a alguns questionamentos, por não se sentir à vontade para expressar algumas opiniões. Já os benefícios da pesquisa são indiretos e dizem respeito a estimular o diálogo e a discussão crítica sobre a atuação do controle social e a participação da sociedade civil na saúde bucal, no quilombo de

Alto alegre, de forma a estimular o estabelecimento de uma odontologia humanizada e inclusiva. Por esse motivo, é importante oferecer uma ambiência adequada, num clima calmo e privado, com o fito de preservar a privacidade do participante.

O(a) Sr(a) será entrevistado(a) por um pesquisador previamente treinado para a realização desta pesquisa. Para que possamos realiza-lo é necessário que você participe de uma entrevista narrativa. Gostaria de informá-lo que:

- Sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para o Sr(a);
- O Sr(a) terá o direito e a liberdade de se negar a participar da pesquisa ou dela retirar-se, quando assim o desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social;
- As informações serão utilizadas somente para esta pesquisa e seu nome não aparecerá em nenhum relatório ou publicação científica, garantindo assim absoluto sigilo das informações.

A coleta de dados, que se dará por meio das entrevistas ocorrerá no período que compreende os meses de julho e agosto do corrente ano.

Os resultados gerais poderão ser apresentados em eventos científicos ou em outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante, pois contribuirá com a reflexão sobre o controle social na saúde bucal no quilombo de Alto Alegre, o que acarretará em melhorias para a população.

O coordenador da pesquisa Slayton Frota Sá Nogueira Neves poderá ser encontrado à Rua Damião Fernandes, nº 183 – Bairro: Amadeu Furtado, Fortaleza, Ce e pelo telefone (85) 999695942, bem como sua Orientadora, Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, pelo telefone (85) 996133221. A qualquer etapa da pesquisa você poderá cancelar sua participação ou poderá desautorizar os pesquisadores a fazerem uso das informações obtidas. Não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo e não haverá nenhum pagamento por participação.

O pesquisador me informou que esse projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Fundação Universidade Estadual do Ceará, que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Serrinha, Fortaleza-Ceará, telefone (85) 3101-9890, email: [cep@uece.br](mailto:cep@uece.br). O pesquisador me informou que, se necessário, poderei entrar em contato com esse comitê, que funciona de segunda a sexta-feira, no horário de 8:00 às 12:00 e de

13:00 às 17:00 horas, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Declaro que li o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e que compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Ficaram claros para mim quais os objetivos da pesquisa e que é minha a decisão em participar. Ficaram claros também, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações prestadas.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

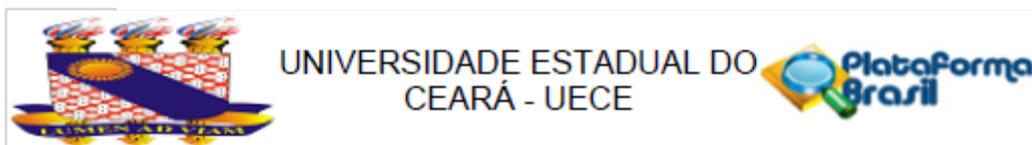
Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura da Orientadora da Pesquisa

Nome: \_\_\_\_\_ Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.411.017

Básicas do Projeto	ETO_1308902.pdf	00:26:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigid_slayton.pdf	01/06/2019 00:25:13	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Cronograma	Cronograma_corrig_slayton.pdf	01/06/2019 00:22:53	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_slayton_plataforma_brasil.docx	11/04/2019 11:49:49	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento_slayton.pdf	08/03/2019 23:51:29	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA NEVES	Aceito
Orçamento	orcamento_slayton.pdf	08/03/2019 23:49:44	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_slayton.pdf	08/03/2019 23:31:06	SLAYTON FROTA SA NOGUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 25 de Junho de 2019

---

Assinado por:  
ISAAC NETO GOES DA SILVA  
(Coordenador(a))