

Significados Atribuídos por Mulheres Quilombolas ao Cuidado à Saúde

Meanings of Health Care Assigned by Quilombola Women

Significados Asignados por Mujeres Quilombolas el Cuidado de la Salud

Lisie Alende Prates^{1*}, Andrêssa Batista Possati², Marcella Simões Timm³, Luiza Cremonese⁴, Gabriela Oliveira⁵, Lúcia Beatriz Ressel⁶

Como citar este artigo:

Prates LA, Possati AB, Timm MS, *et al.* Significados Atribuídos por Mulheres Quilombolas ao Cuidado à Saúde. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):847-855. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.847-855>

ABSTRACT

Objective: Herein, we have aimed to gain knowledge regarding the meanings of health care assigned by a community of quilombola women. **Methods:** It is a qualitative research with anthropological approach in quilombola women. The data obtained by the focus group technique were submitted to content analysis according to the operative proposal and interpretative anthropology. **Results:** The health care meanings assigned by the quilombola women are related to work, feeding, physical activities and actions to prevent diseases, such as subjecting to medical examinations and practicing safe sex. **Conclusions:** This study showed that the health care meanings assigned by the quilombola women are considered cultural products, which must be understood within the context that they were developed and observed from a cultural perspective.

Descriptors: Women's health, African continental ancestry group, Cultures.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Enfermeira especialista em Cuidado Pré-Natal. Pós-graduanda do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da graduação do curso de Enfermagem e da pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os significados atribuídos por mulheres de uma comunidade quilombola ao cuidado à saúde. **Método:** estudo qualitativo descritivo, com vertente antropológica, realizado com mulheres quilombolas. Os dados foram produzidos por meio da técnica de grupo focal, analisados conforme a análise de conteúdo temática da proposta operativa e interpretados sob o prisma da antropologia interpretativa. **Resultados:** os significados atribuídos pelas mulheres ao cuidado à saúde estão condicionados ao trabalho, alimentação, higiene, atividade física e ações de prevenção de agravos à saúde, a partir da realização de exames preventivos e da prática de sexo seguro. **Conclusões:** os significados atrelados pelas mulheres quilombolas sobre o cuidado à saúde são considerados produtos culturais, que devem ser apreendidos dentro do contexto em que foram construídos e observados sob uma perspectiva cultural.

Descritores: Saúde da mulher, Grupo com ancestrais do continente africano, Cultura.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los significados asignados a las mujeres de una comunidad quilombola el cuidado de la salud. **Método:** estudio cualitativo descriptivo, con filamento antropológico, con mujeres quilombolas. Los datos fueron producidos a través de la técnica de grupo focal, analizados según la análisis de contenido temático da propuesta operativa y interpretados bajo el prisma de la antropología interpretativa. **Resultados:** los significados asignados por las mujeres el cuidado de la salud están condicionados en trabajo, alimentacion, higiene, actividad física y prevención de enfermedades para la salud, a partir de la realización de exámenes preventivos y la práctica de sexo seguro. **Conclusiones:** los significados asignados por las mujeres quilombolas a cerca de el cuidado de la salud se consideran productos culturales, que deben ser agarrados en el contexto en que fueron construídos y observados bajo una perspectiva cultural.

Descritores: Salud de la mujer, Grupo de ascendencia continental africana, Cultura.

INTRODUÇÃO

O cuidado existe desde o surgimento da vida e, com a evolução da humanidade, as maneiras de expressá-lo foram diferenciando-se para que pudesse conviver com as mais distintas formas de sociedade.¹ Atualmente, o cuidado é considerado imprescindível na geração, manutenção e promoção da vida, como parte integrante do processo de sobrevivência das espécies, sendo capaz de dar sentido e significado a existencialidade do ser humano.² Logo, faz parte da natureza, essência e constituição do indivíduo, sendo que este precisa ser cuidado e também necessita cuidar.²⁻³

O termo cuidado apresenta diversos significados, sem uma concepção definida, pois abarca a percepção individual e subjetiva de cada indivíduo.^{1,4} Contudo, alguns elementos podem influenciar a forma como se manifestam os cuidados,⁵⁻⁶ dos quais, destaca-se a cultura como um sistema emaranhado de símbolos interpretáveis socialmente estabelecidos, capazes de direcionar o comporta-

mento, orientar e dar significado às práticas e ao mundo social.⁷ O cuidado que se dá a partir da cultura envolve valores, costumes, tradições e crenças, que auxiliam o indivíduo na manutenção do bem-estar, assim como no enfrentamento da morte ou determinada incapacidade.⁶

Faz-se necessário reconhecer, compreender, interpretar e trabalhar com a influência exercida pelas diferentes culturas sob o cuidado.⁵ Além disso, é fundamental a compreensão dos significados culturais imbricados nos diversos contextos sociais, como as comunidades quilombolas, as quais representam espaços de sobrevivência e luta, criados durante o sistema escravocrata por grupos étnico-raciais, com presunção de ancestralidade negra.⁸

Nestas comunidades, as mulheres assumiram atividades que social, cultural e economicamente as associaram ao papel de cuidadoras da família e de si próprias. Nessa direção, o cuidado é percebido como um ato tradicionalmente feminizado, atribuído à mulher mediante uma herança patriarcal.⁹ Portanto, ao considerar o cuidado cultural é preciso levar em conta as questões de gênero, pois estas compõem um sistema de significados simbólicos, que correlacionam o sexo aos conteúdos culturais, conforme os valores e hierarquias sociais.¹⁰

Este estudo teve como questão de pesquisa: “Como o cuidado à saúde é compreendido por mulheres quilombolas de um município do interior do Rio Grande do Sul/Brasil?”. Para subsidiar teoricamente este estudo, oriundo de uma dissertação de mestrado, utilizou-se o aporte teórico da antropologia interpretativa, com o objetivo de conhecer os significados atribuídos por mulheres de uma comunidade quilombola ao cuidado à saúde.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa descritiva, com vertente antropológica, realizada com 13 mulheres de uma comunidade quilombola, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Os critérios de seleção envolveram mulheres quilombolas, com idade mínima de 12 anos (marco inicial da adolescência),¹¹ que residiam na comunidade. A produção dos dados embasou-se na técnica de grupo focal (GF).¹²⁻¹³

Foram realizadas três sessões da técnica de GF, todas no mês de fevereiro de 2014. O presente estudo aborda os dados produzidos a partir do tema foco “o cuidado à saúde”, em que foi utilizada a técnica brainstorming, na qual as participantes foram convidadas a expressar, em uma folha de papel, com o menor número de palavras, suas concepções sobre o tema. A seguir, foram feitos alguns questionamentos, como: “Para você, o que significa cuidar da saúde? Como a saúde é cuidada na comunidade? O que você faz para cuidar de sua saúde vivendo nessa comunidade?”

Para análise dos dados, aplicou-se a análise de conteúdo temática.¹⁴ Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em dezembro de 2013, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise permitiu evidenciar que os significados acerca do cuidado à saúde derivaram de proposições, crenças, valores e práticas instituídas e transmitidas dentro do contexto cultural da comunidade quilombola. Mediante as ponderações realizadas a partir das falas das participantes, emergiram três temáticas.

O cuidado à saúde entre mulheres quilombolas: revelando significados

A temática central da sessão de GF envolveu o cuidado à saúde. Contudo, para o desenvolvimento da técnica de brainstorming e aprofundamento da discussão, estimulou-se que as participantes expressassem suas percepções sobre o termo “cuidado”, considerando-se que a discussão fosse direcionada para o cuidado à saúde.

Considerou-se que o termo cuidado, como componente cultural, abarcava inúmeros significados e que, por isso, as participantes poderiam expressar percepções que iriam além das questões relacionadas à saúde. Assim, seria possível apreender outros sentidos atrelados ao termo. Entretanto, para as mulheres deste estudo, o cuidado é dotado de significados estreitamente vinculados com a saúde.

Tal achado pode ser entendido a partir dos papéis construídos nesta comunidade e ligados à perspectiva de gênero.¹⁵ Por serem mulheres, o que se espera delas é que sejam responsáveis pelo cuidado à saúde do núcleo familiar.⁹ A representação feminina, que está no interior do imaginário social e que se baseia em diferenças sexuais, mas em condicionamentos culturais,¹⁰ contribui para demarcação das fronteiras e definição de papéis entre homens e mulheres.¹⁶ Dessa forma, o entendimento coletivo era de que cuidado possui relação direta com saúde, ou com outros conceitos que têm como fim a geração ou manutenção da saúde.

Eu coloquei (na folha de papel) saúde. Saúde é tudo. Saúde é prioridade. (P1)

Sem a saúde a gente não vive. É o principal. (P3)

Também penso a mesma coisa, que saúde é em primeiro lugar. (P4)

O significado de cuidado revelou prioridades em suas vidas, que resultam de uma construção cultural e de gênero, constituída no quilombo, na qual estão imersos aspectos sociais, históricos, patriarcais e culturais.^{9,17} As concepções apresentadas derivavam das relações estabe-

lecidas, do convívio na comunidade e que exigia a manutenção da saúde como essencial para dar conta de todas as atividades do cotidiano, das representações individuais interiorizadas em cada uma destas mulheres, assim como dos papéis atribuídos ao gênero feminino.¹⁵

Em se tratando do significado de cuidado à saúde, as concepções apresentadas remeteram às dimensões de ocupação e trabalho, elucidando o cuidado com a saúde como fundamental para a realização de alguma tarefa.

Sem saúde a gente não vive e não faz nada. (P1)

Se tu não tiveres saúde, vai ser uma pessoa inútil. Como tu vais “lidar”, trabalhar, essas coisas? (P5)

O valor atribuído ao cuidado à saúde relacionou-se com as tarefas desenvolvidas pelas mulheres no dia a dia e a possibilidade de produzir e contribuir dentro do contexto familiar ou comunitário. O mesmo achado pode ser percebido em um estudo¹⁸ desenvolvido com mulheres de uma comunidade de baixa renda, no qual o cuidado com a saúde mostrou-se inserido em um cotidiano repleto de afazeres realizados tanto no ambiente intra quanto extradomiciliar.

O cuidado à saúde e o trabalho mostraram-se estritamente ligados,¹⁹ sendo que, no quilombo, o primeiro é valorizado em função do segundo. Ao mesmo tempo, considera-se que as atividades laborais contribuem para o empoderamento e a valorização das mulheres quilombolas, proporcionando a sensação de igualdade de gênero.²⁰ Além disso, a mulher desenvolve as atividades no lar e/ou fora dele, pois à semelhança de outro estudo,¹⁸ existe uma preocupação com a subsistência e sobrevivência.

Para alcançar ou manter uma condição plena de saúde, as mulheres quilombolas desenvolviam cuidados relacionados com a promoção da saúde, abrangendo ações relativas à alimentação, higiene e atividade física, e com a prevenção de doenças.

Cuidar da nossa alimentação é o principal. (P3)

Alimentação também é um cuidado com a saúde. Estar com as mãos bem limpas para lidar com a salada, com a massa. Se possível, colocar luvas. Lavar as mãos quando fizer os alimentos, sovar a massa, cortar as verduras. (P5)

A alimentação era entendida como um elemento essencial e prioritário no cuidado à saúde. Durante o preparo dos alimentos, existiam algumas práticas de higiene adotadas e recomendadas pelas mulheres. A cultura é capaz de determinar, entre outras questões, o que pode ser considerado como alimento, a forma como ele deve ser cultivado, colhido, armazenado, preparado, servido e

consumido, quem desenvolverá essas ações e em quais ocasiões.^{17,21}

Na comunidade quilombola estudada, os alimentos não consistiam apenas em uma fonte de nutrição, mas representavam valores sociais e culturais atrelados ao cuidado à saúde. Conforme indicam autoras,²² a alimentação deve ser estudada e analisada a partir de aspectos sociais e culturais, entre os quais estão imersos significações, símbolos e rituais alimentares que permitem interpretar a cultura de um determinado grupo.

A higiene emergiu como uma medida necessária no preparo dos alimentos como também uma ação voltada para o cuidado corporal. As mulheres entendiam a higiene bucal e corporal como um cuidado à saúde da mulher.

Lavar as mãos, escovar os dentes. Tudo tem a ver com a higiene. O banho. (P4)

É um cuidado que a gente, como mulher, precisa de muita higiene no corpo. Evita até uma doença. Entende? Eu coloquei aqui, escovar bem os dentes. Cuidar da higiene do corpo. (P5)

As práticas de cuidado ligadas à higiene parecem compor o papel social e culturalmente designado às mulheres, não representando uma preocupação que abrange o universo masculino. Nessa perspectiva, durante muitos anos, o corpo da mulher foi considerado como um lócus de enfermidades. A falta de higiene poderia, portanto, facilitar a propagação de doenças.²³ Corroborando com estes achados, um estudo¹⁸ também identificou que as mulheres entrevistadas consideravam as ações voltadas para higiene dentro do rol de cuidados associados à saúde.

Ademais, entende-se que cada cultura estabelece os significados de limpeza e higiene, determinando a classificação e a distinção entre o que é limpo ou sujo, bem como quais são as práticas que acarretam nessas condições. A cultura delimita como os indivíduos visualizam as questões ligadas à higiene e à limpeza, e condiciona a forma como devem representar esses aspectos no corpo.²¹

Associado à promoção da saúde, algumas participantes relacionaram a prática de atividade física ao significado de cuidado à saúde.

Atividade física, eu faço. Eu tenho que caminhar três vezes na semana, mais ou menos uns 50 minutos. (P2)

Quando não dá preguiça, eu saio para estrada, dar uma caminhada (risos). (P3)

Exercício físico, pelo menos, eu faço, quando me dá tempo, quando não sinto dor. (P5)

Embora a atividade física não seja uma prática incorporada ao cotidiano de todas as participantes, da mesma

forma como em outros estudos²⁴⁻²⁶ desenvolvidos em comunidades quilombolas, percebe-se que, neste universo cultural, o exercício físico era entendido como uma atividade vinculada ao cuidado à saúde.

Além das ações voltadas para a promoção da saúde, também foram identificadas práticas relacionadas à prevenção de doenças, que envolviam os cuidados na utilização de banheiros públicos, os exames preventivos e a relação sexual realizada de forma segura, com o uso de métodos contraceptivos. Inicialmente, destacou-se o cuidado que apresentavam ao utilizar os banheiros públicos.

Eu dificilmente vou (em banheiro público). Eu tenho todo esse cuidado. (P3)

Cuidado com os banheiros públicos. A gente tem que ter cuidado. Tantas doenças, que tem hoje, tantos vírus e enfermidades que tem hoje. Isso aí é em todas as partes. (P5)

Além das concepções e as significações em torno do que é limpo e sujo,²¹ percebe-se uma preocupação sobre este último e os prejuízos que pode causar a saúde. A utilização de banheiros públicos, na visão das mulheres, é uma prática atrelada à impureza e sujidade, sobre a qual foram construídos conhecimentos, que foram repassados na comunidade.

O gênero enquanto lógica social é capaz de instituir significados ao corpo, práticas, relações, crenças e valores.¹⁰ Assim, entre as mulheres quilombolas, a prática de realização de exames preventivos mostrou-se como um aspecto valorizado no cuidado à saúde.

Eu não tenho idade (para fazer mamografia), eu tenho que esperar. Preventivo, eu faço todos os anos. É o principal, porque elas (células cancerígenas) crescem. Cada ano, se a gente tem alguma coisa, ele aumenta. Então, a gente tem que ter cuidado com o preventivo. Não pode esquecer de fazer. É o que eu mais cuido. (P1)

Eu, sinceramente, não faço mamografia, mas eu acho que não tem idade. O preventivo, sinceramente, é difícil de eu fazer. Eu já não cuido direito da saúde (risos). (P3)

Nós mulheres, devemos ter cuidado com o nosso corpo também. Fazer sempre os exames preventivos e mamografia. Uma vez por ano, sempre que for preciso. Eu estou sempre alertando elas: “você têm que fazer o preventivo”. É obrigatório. Pois, se no caso, vir o médico aqui, aí essas que não fazem, vão ter que fazer. O médico ou a doutora vai perguntar: - por que não fazem? (P5)

Em seu estudo, autora¹⁸ também sinalizou a importância atribuída pelas entrevistadas à assistência à saúde na instância preventiva. Contudo, percebe-se que entre as quilombolas, a realização de exames preventivos representava uma prática variável, existindo àquelas que se preocupavam em desenvolvê-los periodicamente e outras que, embora reconhecessem a importância, não os realizavam. Estas, por sua vez, consideravam-se negligentes em relação à própria saúde.

Também havia o entendimento sobre a importância de vigilância preventiva por meio de exames periódicos e também porque podiam ser “cobradas” pelo médico quanto à falta de controle com a saúde. Este receio, por parte das mulheres, sugere a existência de um poder hegemônico do médico-homem sobre elas, assim como o lugar social ocupado por estas.²³

Ainda envolvendo as ações preventivas, foi destacada a atividade sexual associada ao uso de métodos de contracepção, percebida como um cuidado à saúde da mulher.

Se prevenir sempre que fizer relação sexual também. Isso é uma prevenção. Porque a gente sempre tem que cuidar. Tem que se prevenir. (P5)

Verifica-se que existe o conhecimento em relação aos métodos contraceptivos não apenas como uma alternativa para evitar a contracepção, mas também em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. A fala também revela o comportamento da mulher frente à relação sexual, o qual varia amplamente de uma cultura para outra, e demonstra que, há o entendimento de que elas precisam se responsabilizar por este cuidado.

O sistema patriarcal vigente tem limitado a mulher às responsabilidades relativas à maternidade, ao lar e às tarefas internas familiares. As atividades ligadas ao “mundo externo”, consideradas como produtivas, são vinculadas ao âmbito masculino. Entendendo que é a mulher quem engravida, a responsabilização pela utilização de métodos contraceptivos recai sobre ela, limitando o papel desempenhado pelo homem na contracepção.²⁷

Dificuldades vivenciadas por mulheres quilombolas para cuidar da saúde

As questões relacionadas à garantia e/ou manutenção dos cuidados com a própria saúde foram destacadas pelas mulheres como prioritárias. Entretanto, elas vivenciavam inúmeras dificuldades para desenvolver esses cuidados.

Eu escrevi (na folha de papel) saúde, porque é uma das primeiras dificuldades que a gente tem aqui. (P1)

A gente aqui tem mais dificuldade de saúde. (P2)

Assim como em outras comunidades quilombolas, uma das maiores problemáticas enfrentadas neste cenário se refere à ausência de um serviço de saúde local que assista integralmente os moradores. De uma maneira geral, as mulheres negras, e nestas incluem-se também as quilombolas, vivenciam a exclusão e a restrição ao acesso nos serviços de saúde, os quais fornecem um tratamento diferenciado, conduzido por ações preconceituosas que, muitas vezes, encontra-se veladas.²⁹

No caso das participantes do estudo, o acesso aos serviços de saúde era dificultado devido às opções de transporte e às condições financeiras precárias.

Além de não ter (se referindo aos horários reduzidos do ônibus), a passagem é um absurdo. Vinte e um com cinquenta. Vinte e dois, às vezes, dependendo do jeito que o motorista está, ele cobra. Às vezes, ele cobra dez da gente. Última vez que eu vim, ele cobrou treze reais e quando eu fui, ele cobrou dez. (P1)

A primeira dificuldade que a gente tem é de ir lá na cidade consultar. Meu marido tem problema de saúde e a gente tem que sair, não tem carro. Tem que pedir para um vizinho levar. Até chegar lá são 60 quilômetros. (P2)

A passagem de ônibus é cara. Vinte reais para ir, vinte reais para vim. Então, quarenta. E se já são dois (se referindo a quando são duas pessoas que precisam se deslocar até o serviço de saúde, como por exemplo, mãe e filho), oitenta reais. (P5)

O deslocamento destas mulheres até os serviços de saúde apresentou-se como algo complexo. As únicas alternativas incluíam o transporte fornecido por outros moradores ou a espera pelo único meio de transporte oferecido pelo município, que se deslocava duas vezes por semana até o local e que não possuía padronização quanto ao preço cobrado.

Assim, é possível verificar as condições de vulnerabilidade a que estão submetidas as mulheres quilombolas e suas famílias. Histórica e cotidianamente, elas enfrentam inúmeras barreiras para acessar os serviços de saúde e quando conseguem transpô-las, ainda vivenciam outros desafios.

Além das dificuldades encontradas para se deslocar até a área urbana do município, as participantes também se queixaram do atendimento nos serviços de saúde na área urbana do município. Elas relataram não conseguir atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por não residirem na mesma área de cobertura da UBS, pela dificuldade de transporte até o serviço, pelo fluxo de atendimento estabelecido, entre outros motivos.

Se quer pegar ficha, tem que ir quatro horas (da madrugada). A gente tinha prioridade, quem era de fora, eles abriam exceção, mas agora não. Agora é ir para lá, ficar lá, enfrentar fila. (P2)

Nunca marca num dia para fazer no mesmo dia. A gente que mora aqui fora é tão difícil. A gente mora longe. É distante e tem que ir de ônibus. (P4)

Eu tinha que lá marcar uma consulta, não consegui, porque eu não tenho endereço na cidade, eu moro para fora. Chega lá, não tem ficha. Tem que posar lá, para pegar uma ficha e os postos não aceitam a gente. (P9)

As dificuldades manifestadas pelas participantes assemelham-se às apresentadas por mulheres quilombolas de outra comunidade.²⁸ Elas também relataram as dificuldades enfrentadas para acessar os serviços de saúde, devido à distância geográfica e à falta de recurso financeiro para o pagamento da passagem de ônibus.

Os autores²⁸ destacam que essas dificuldades estão presentes na trajetória histórica das mulheres quilombolas e negras de uma maneira geral. No Brasil, segundo as perspectivas de gênero e racial, estas mulheres trazem marcas de uma construção social,³⁰ que define a mulher como alguém que deve ser subordinado e inferiorizado. Pelo fato de serem negras, também carregam o mito de inferioridade sobre sua etnia e, na maioria das vezes, ainda apresentam situação econômica desfavorável, o que se intensifica sua condição e as desigualdades vivenciadas. Estas condições se associam a relações de poder, que demarcam as possibilidades e impossibilidades de apropriação de determinados recursos materiais e simbólicos às mulheres negras.¹⁰

No presente estudo, as participantes não relataram qualquer tipo de discriminação ou preconceito que pudesse as impedir de acessar os serviços de saúde. Contudo, relataram algumas barreiras e salientaram que têm buscado atendimento diretamente no pronto socorro do município, onde a situação é ainda pior.

A gente tem que ir lá para o pronto socorro e ficar esperando para consultar. Para ser atendido rápido tem ser um caso bem grave mesmo. (P3)

Aqui, numa lonjura dessas, é tanta gente que precisa. Não é só um, dois, são várias pessoas que dependem. Depende de enfrentar filas. Vai lá marca, volta de novo, depois na outra semana tem que ir lá de volta. (P5)

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde consiste em um problema historicamente enfrentado por esta e outras comunidades quilombolas, como também pela população negra de uma maneira geral, a qual ainda vivencia inúmeras iniquidades sociais.³¹ Estes indivíduos

compartilham uma história de opressão e exclusão, que ao longo dos anos, tem refletido em situações de desigualdade.¹⁰ Portanto, pensar na saúde como um direito coletivo implica em ampliar o olhar sobre a assistência à saúde da população, considerando também o aspecto étnico-racial.

Todos, sem qualquer exceção ou distinção, possuem direito de acesso aos serviços de saúde, o que será possível na medida em que forem repensadas as políticas de saúde vigentes.³² São necessárias ações que possibilitem a equidade racial e de gênero, as quais constituem o conjunto de estratégias de promoção à saúde e empoderamento das mulheres negras.

Ainda foi mencionada a existência de um serviço de saúde móvel, em uma escola próxima à comunidade. Contudo, a comunidade não era notificada sobre os dias e horários de atendimento. Quando os moradores se dirigiam até o local, muitas vezes não conseguiam atendimento, pois a prioridade eram os alunos da escola.

Nós, da comunidade, não temos prioridade de usar. Tem sete fichas só, e são para os alunos, e nem todos ocupam, porque são só sete. E o resto? Tem cento e poucos alunos estudando. Nem todos podem usar. (P1)

Se sobrou ficha, tu vai ali e pega, mas eles dão prioridade para os alunos. Eles passam de sala em sala, veem quantos alunos querem ir no dentista. Eu ouvi falar que tem um calendário na escola, mas eles não avisam. Como eu moro perto da estrada, eu vejo o ônibus passar, se eu estou doente, ou os guris, que estão, eu vou lá no colégio e levo. (P2)

O máximo que ele (ônibus) fica na escola é até umas dez e meia. É bem rápido que eles atendem. Eles dão prioridade para os alunos. A comunidade se sobrou. (P3)

Elas também destacaram que o serviço oferecido era insuficiente tanto no número de consultas ofertadas quanto nos recursos físicos disponíveis. Além disso, demonstraram pouca credibilidade nos profissionais de saúde que atendiam neste local.

O que sobra mais (ficha de atendimento) é o clínico geral, mas o clínico geral deles é um pediatra. Eu acho tão engraçado que a mesma dor que eu sinto é o mesmo remédio que ele dá, eles só dão um remédio. É só o paracetamol. Para todos (risos). (P2)

Eles não têm aparelhagem adequada para fazer um exame na hora. Eles só olham, perguntam o que a pessoa está sentindo e já vem o medicamento. Acho que isso também é uma coisa que a pessoa já pensa:

*‘puxa, mas eu vou lá, só me dão esse medicamento’.
Vira em rotina. (P5)*

*Eu levei os três (filhos), um cada dia, os três vieram
com o mesmo diagnóstico (risos), o mesmo remédio. É
bem precária a situação de saúde para nós aqui. (P9)*

Na ótica das mulheres, o atendimento oferecido é fundamentado no modelo centrado no médico, em que o cuidado foca-se na doença e não no indivíduo e coletividade. Portanto, estabeleceu-se um atendimento padronizado e rotineiro, que desconsidera o indivíduo nas suas múltiplas dimensões. Os significados atribuídos à doença por cada indivíduo não são considerados, valorizados e compreendidos pelo profissional de saúde, gerando conflitos e dificuldades na relação com as usuárias.

As queixas físicas e emocionais apresentadas por estas mulheres e seus familiares são determinadas e simbolicamente construídas a partir dos valores próprios da comunidade. Embora os profissionais de saúde e as usuárias não vislumbrem os problemas de saúde da mesma forma,¹⁷ é imprescindível que as crenças e as percepções destas sejam valorizadas durante o processo de cuidar, de modo que elas possam ser ouvidas e suas necessidades possam ser atendidas.

Com relação à falta de credibilidade no profissional de saúde, autores³³ esclarecem que existem fatores que obstaculizam o acesso ao cuidado à saúde e que podem ser divididos nas dimensões organizacional, geográfica, sociocultural e econômica. Considera-se que, na dimensão organizacional, as mulheres quilombolas enfrentam um longo tempo de espera para o atendimento e as dificuldades no agendamento das consultas. Nas dimensões geográfica e econômica, elas têm como obstáculos a distância dos serviços de saúde e a falta de recursos financeiros para o seu deslocamento. Na dimensão sociocultural, sobressaiu-se o descrédito nos profissionais de saúde, por acreditarem que eles desenvolvem um cuidado rotineiro e despersonalizado.

Frente ao exposto, pondera-se que todas as dificuldades manifestadas pelas mulheres quilombolas evidenciam que a organização da rede de saúde ainda desfavorece o acesso às ações e serviços de saúde para a população de matriz afro-brasileira. Logo, é necessário um maior comprometimento dos gestores e profissionais de saúde, resgatando o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, bem como a maior responsabilização da gestão para garantir a integralidade e a equidade nas ações de saúde oferecidas.³⁴

Vislumbrando estratégias para garantir o cuidado à saúde

Apesar de enfrentarem inúmeros desafios, as mulheres permaneciam acreditando que, no futuro, terão melhores condições de vida. Elas enumeraram estratégias que

consideravam viáveis e que poderiam responder as suas necessidades imediatas.

De acordo com elas, foi assegurada pela gestão municipal a inserção na comunidade de um médico do Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde, o qual realizaria atendimento periódico no local. Durante o período de produção dos dados, elas demonstraram muitas expectativas frente à chegada deste profissional.

Diz que vem médico para cá. Está chegando uma doutora para nós, a gente espera que sim. Tomara que venha. É dos mais médicos. Diz que ela é uma clínico-geral. (P3)

De repente, nós temos essa felicidade de vir um médico para cá. (P5)

Além da expectativa com a chegada deste profissional, elas também citaram outras estratégias para atender as necessidades de saúde do quilombo e de outras famílias próximas ao local, como por exemplo, a implementação de um serviço de atenção básica.

Se tivesse um postinho. Não digo necessariamente na comunidade, mas que fosse próximo. (P1)

Se tivesse aqui (um serviço de saúde), seria mais rápido para gente. (P5)

As mulheres acreditavam na eficiência e efetividade do serviço de atenção primária. Elas consideravam que a inserção de uma UBS próxima ao quilombo poderia suprir as necessidades de saúde, gerando menores custos e reduzindo os entraves enfrentados no acesso aos serviços de saúde.

Autores³⁵ reforçam que a atenção primária à saúde representa uma estratégia efetiva tanto na promoção da saúde como na prevenção de doenças e agravos. É um meio que auxilia na melhora do estado de saúde dos indivíduos e que pode ter papel preponderante no enfrentamento das iniquidades de populações vulneráveis, como as comunidades quilombolas.

Elas ainda ressaltaram a importância de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS), que fosse morador da comunidade. Uma das participantes lembrou um período que viveu em uma localidade, onde atuavam ACS.

Não precisava ser só para nós aqui (uma ACS). Ia “pegar” mais pessoas aqui, seria a comunidade. É uma coisa muito importante também. (P2)

Ela (ACS) me encaminhava para os exames tudo. Não tinha mais dificuldade. Ela vinha todos os meses, visitava família por família. Eu acho que a agente de saúde é essencial para o lugar. (P5)

A atuação do ACS foi valorizada e considerada como essencial. Elas denotaram a importância da aproximação e do vínculo estabelecido entre profissional-usuária, a partir de relações dialógicas e horizontais. Em uma pesquisa desenvolvida em uma comunidade quilombola,³¹ o ACS também desempenhava papel importante frente às comunidades e era responsável pelo acompanhamento do estado de saúde das famílias. Em outro estudo,²⁸ em que o ACS era quilombola, constatou-se um maior compromisso deste com o local, além de uma maior adesão dos moradores às ações de saúde ofertadas.

Entretanto, diante da impossibilidade de implementação de uma UBS e da inserção de ACS no local, as mulheres vislumbraram outras alternativas, como o acesso aos serviços de saúde oferecidos na escola ou o agendamento de consultas via telefone nos serviços disponíveis na área urbana.

Se não tivesse um posto. Então, o ônibus esse que vem na escola uma vez no mês, que ele viesse uma vez por mês na escola e uma vez por mês para comunidade. (P1)

Como seria bom se pudesse marcar aqui. Conseguisse um dia para marcar aqui e depois só ir (na consulta). (P4)

Como estas mulheres cresceram e desenvolveram-se em meio a tantas dificuldades, elas reconheceram que muitas dessas estratégias só poderiam ser implantadas em longo prazo. Por isso, destacaram opções que poderiam ser desenvolvidas em curto prazo, como a capacitação de pessoas da própria comunidade, por meio de cursos técnicos ou superiores voltados para a área da saúde, além do fornecimento de recursos materiais para atendimento no local.

Dar uma força para uma pessoa da comunidade se capacitar. Depois eu até me arrependi (de não ter concluído um curso técnico na área de saúde), porque era uma coisa que era válida não só para mim, como também para a comunidade. (P1)

Se a gente tivesse um aparelho (esfigmomanômetro e estetoscópio), uma pessoa que pudesse medir a pressão. (P3)

Observa-se o interesse das mulheres em ter, na comunidade, pessoas que pudessem contribuir no atendimento básico ou imediato dos moradores. Autores³⁶ destacam que, comumente, muitos moradores permanecem no quilombo, enquanto os jovens saem em busca de aperfeiçoamento profissional. A esperança é que estes jovens retornem com novos conhecimentos, que possam ser

articulados aos saberes apreendidos na comunidade, garantindo melhorias.

CONCLUSÃO

Os significados atrelados ao cuidado à saúde podem sofrer modificações, de acordo com os contextos social, histórico, familiar e cultural, nos quais estão inseridos os indivíduos, e conforme a interface entre gênero e raça. Estes significados resultam de um processo de construção pessoal e singular, mas também histórica e política, que reflete na maneira como os sujeitos, e neste caso as mulheres quilombolas, pensam, sentem e agem em relação à saúde e a própria vida.

Na comunidade quilombola estudada, o cuidado mostrou-se como algo presente no cotidiano das mulheres, uma vez que estas parecem ter sido educadas para o cuidado da família e da comunidade. As funções atribuídas a elas foram balizadas em construções de gênero e de poder, construídas e instituídas neste contexto.

O cuidado à saúde, para as participantes do estudo, está condicionado ao trabalho, alimentação, higiene, atividade física e ações de prevenção de agravos à saúde, a partir de exames preventivos e da prática de sexo seguro. Contudo, elas vivenciam inúmeras dificuldades para desenvolver os cuidados relacionados com sua saúde. Estas dificuldades são enfrentadas, de modo geral, pela população negra, tendo em vista que esta, ao longo dos anos, foi marginalizada pelo Estado e pela historiografia. Sob este prisma, as mulheres negras foram silenciadas, sofrendo uma tripla discriminação, no tocante ao gênero, raça e estrato social. Assim, elas têm seus direitos violados, apresentando, assim, inúmeras iniquidades sociais.

Entre as mulheres quilombolas, as dificuldades se relacionavam, principalmente, com a falta de transporte, condições financeiras precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Elas vislumbram melhores expectativas no futuro e estratégias em curto e longo prazo para garantir que o cuidado à saúde seja mantido.

É fundamental ampliar o olhar sobre estas mulheres, considerando suas percepções, práticas, particularidades e singularidades, dentro do contexto em que estas ocorrem. É necessário compreender também que os significados que circundam o cuidado à saúde das mulheres quilombolas foram construídos no decorrer da história, resultantes de relações sociopolíticas pautadas em ações discriminatórias de natureza sexista e racial, originando suas práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SÉD, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, Santana ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):697-703.
2. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev bras enferm. 2009;62(5):739-44.

3. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 16 ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
4. Barra DCC, Waterkemper R, Kempfer SS, Carraro TE, Radünz V. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. *Rev bras enferm.* 2010;63(2):203-8.
5. González JS, Ruiz MCS. A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. *Rev latinoam enferm.* 2011;19(5):1096-1105.
6. Reis AT, Santos RS, Paschoal Júnior A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *REME Rev min enferm.* 2012;16(1):129-35.
7. Geertz C. A interpretação das culturas. 1 ed. reimpr. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
8. INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Quilombolas. [Internet], 2013 [acesso em 9 Dez 2013]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundiaria/quilombolas>
9. Ferreira CBC. Feminismos web: linhas de ação e maneiras de atuação no debate feminista contemporâneo. *Cadernos Pagu.* 2015;44:199-228.
10. Mayorga C, Coura A, Miralles N, Cunha VM. As críticas ao gênero e a As críticas ao gênero e a pluralização do pluralização do feminismo: colonialismo feminismo: colonialismo, racismo, racismo e política heterossexual e política heterossexual. *Revista Estudos Feministas.* 2013;21(2):463-84.
11. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 Jul 1990.
12. Bisol CA. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estud psicol (Campinas).* 2012;29(1):719-26.
13. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & contexto enferm.* 2008;17(4):779-86.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Chies PV. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Revista Estudos Feministas.* 2010;18(2):507-28.
16. D'Oliveira MC, Camargo MAS. A interseccionalidade entre gênero e raça para a construção étnico-identitária das mulheres negras. In: *Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10; 16 a 20 de Setembro; Florianópolis, Brasil. Florianópolis; 2013. p. 1-11 [acesso 2015 Out 28]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1383766811_ARQUIVO_AdalbertoFerdnandoInocencio.pdf*
17. Helman CG. Cultura, saúde & doença. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Hoga LAK. O cuidado com a saúde no contexto domiciliar: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda. In: *Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004.*
19. Thum MA, Ceolin T, Borges AM. Percepção do processo saúde-doença de mulheres residentes em área rural. *Rev enferm UFPE on line.* 2011;5(3):734-40.
20. Landerdahl MC, Vieira LB, Cortes LF, Padoim SMM. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013;17(2):306-12.
21. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev latinoam enferm.* 2010;18(3):173-81.
22. Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. *Texto & contexto enferm.* 2014;23(2):382-90.
23. Fernandes MGM. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(4):1051-65.
24. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad saúde pública.* 2014;30(7):1487-1501.
25. Santos LRCS, Assunção AÁ, Lima EP. Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia. *Rev saúde pública.* 2014;48(5):450-7.
26. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad saúde pública.* 2014;30(2):341-54.
27. Marcolino C, Galastro EP. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Rev latinoam enferm.* 2001; 9(3):77-82.
28. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito ÂMBB. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde Soc.* 2010;19(2):96-108.
29. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(2):352-8.
30. Werneck J. Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Grupo Criola; 2010.
31. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate.* 2013;37(99):610-8.
32. Xavier EC. O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanas de Porto Alegre. In: *Werneck J, Batista LE, Lopes F. Saúde da população negra. Brasília: ABPN; 2012.*
33. Pedraza DF, Costa GMC. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. *Enferm glob.* 2014;13(33):267-78.
34. Gomes MCPA. Projeto: Ylê ayíyá yá ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. *Interface comun saúde educ.* 2010;14(34):663-72.
35. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(2):365-71.
36. Américo MC, Padilha AML. Quilombo Ivaporunduva: o saber escolar em nível superior como mediador na formação do jovem quilombola e seu compromisso com a atividade social da comunidade. *Identidade.* 2011;16(1):12-27

Recebido em: 27/01/2017

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 07/02/2017

Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**

Lisie Alende Prates

Rua Cândida Vargas, 73

Medianeira, Rio Grande do Sul/RS, Brazil

CEP: 97 060 100

E-mail: lisiealende@hotmail.com

Telefone: +55 55 99913 4480