

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O OLHAR FEMININO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE  
DA MULHER QUILOMBOLA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Lisie Alende Prates**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

# **O OLHAR FEMININO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER QUILOMBOLA**

**Lisie Alende Prates**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

**Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Alende Prates, Lisie  
O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher  
quilombola / Lisie Alende Prates.-2015.  
143 p.; 30cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem 2. Saúde da mulher 3. Grupo com  
Ancestrais do Continente Africano 4. Cultura I. Ressel,  
Lúcia Beatriz II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado:**

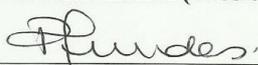
**O OLHAR FEMININO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER  
QUILOMBOLA**

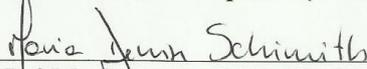
elaborada por  
**Lisie Alende Prates**

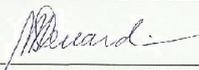
como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
**Prof. Dr.ª Lúcia Beatriz Ressel (Presidente/Orientadora) (UFSM)**

  
**Prof. Dr.ª Jussara Mendes Lipinski (UNIPAMPA)**

  
**Prof. Dr.ª Maria Denise Schimith (UFSM)**

  
**Prof. Dr.ª Maria de Lourdes Denardin Budó (UFSM)**

**Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.**

## AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais, Carmen e Fausto**, por serem meus amigos, meus parceiros e também meus maiores incentivadores e apoiadores. Obrigada por tudo que fizeram e ainda tem feito não só por mim, mas pelos meus irmãos também. Sei do quanto abdicaram por nós e quanto lutaram para nos transmitir os melhores valores. Vocês sempre serão exemplos para mim. Tem sido meus alicerces e sempre foram o maior motivo para eu ter lutado para chegar até aqui. Sem vocês, minha vida jamais teria sentido. Obrigada por tudo!

À **minha irmã Laís**, meu tesouro mais precioso, a quem eu tento nunca decepcionar e faria o que fosse preciso para proteger e cuidar. Obrigada pelo amor incondicional, apoio constante e também por ter realizado a leitura de muitos trechos dessa dissertação. Nossa amizade e cumplicidade são fundamentais para mim. Obrigada por sempre ser muito mais que uma irmã, por ser também a minha melhor amiga. Te amo e te admiro muito!

Ao **Fernando**, agradeço por ter sido, nesses quase seis anos, muito mais que um amigo, namorado, noivo e/ou “namorido”. Obrigada por, durante o mestrado, ter sido meu “assistente de pesquisa”, atuando como observador, mas também por ter sido transcritor e revisor de tudo o que eu escrevi. Acima de tudo, obrigada por ser a pessoa mais paciente e atenciosa, suportar todas as minhas crises, entender meus anseios e, principalmente, ouvir inúmeras vezes as minhas aulas de docência orientada e apresentações de trabalhos. Eu te amo, meu lindo.

À **minha orientadora professora Lúcia Beatriz Ressel**, por ser essa pessoa singular e especial, mas principalmente por ser essa docente extremamente diferenciada, competente e dedicada. Lembro-me do dia em que conversamos pela primeira vez, já como mestranda e orientadora, e do medo que eu tinha em lhe decepcionar. Esse sentimento rapidamente desapareceu, na medida em que nos aproximamos e estabelecemos uma linda relação de amizade, carinho e confiança. Ao fim deste trabalho, só posso agradecê-la por ter permitido que eu pudesse ser sua orientanda no mestrado e, em breve, no doutorado, por acreditar em mim e me dar liberdade de crescer/amadurecer. Muito, muito, muito obrigada, professora!

À **Juliane Scarton**, meu maior presente do mestrado, por ter sido minha conselheira, parceira, confidente e grande incentivadora. Ju, não sei se eu conseguiria chegar até aqui sem a tua amizade. Obrigada por todos os momentos de alegria, aprendizado, medo e ansiedade. Aprendemos tantas coisas juntas e compartilhamos tantas descobertas e conhecimentos, que a única coisa que eu posso desejar é que os mesmos caminhos que fizeram nós nos “cruzarmos”, permitam que sempre estejamos próximas, cultivando essa grande amizade.

À **Laís Antunes Wilhelm** e a **Camila Neumaier Alves** por todos os momentos em que me auxiliaram, ouviram e compreenderam meus anseios e, acima de tudo, por sempre me apoiarem. Laís, obrigada pelo apoio e ajuda desde o ingresso no mestrado, por sempre me transmitir paz, conforto e tranquilidade. Camila, obrigada por ter me recebido de “braços abertos” e por ter me ensinado tanto. Gurias, vocês são muito importantes para mim, tornaram-se exemplos e eu tenho um imenso orgulho de trabalhar com vocês.

Às minhas grandes amigas, **Dani Souza, Dani Scholz, Rochele, Tizi, Liti, Mari, Vanice, Maísa, Kika, Lilia e Cris**, que em sua maioria estão distantes, mas que sempre estão torcendo por mim e vibrando com minhas conquistas. Amo vocês. Dani Souza, obrigada por permanecer ao meu lado ao longo de todos esses anos e me apoiar em tudo. Dani Scholz, obrigada por absolutamente tudo que me ensinou, ajudou e, principalmente, por me inspirar tanto. Rochele, minha eterna colega de faculdade e de apartamento, obrigada pela tua amizade sincera, pelos momentos de descontração e pelo constante incentivo. Tizi, obrigada por estar sempre ao meu lado, independente de qualquer coisa, por me incentivar e demonstrar a todo

momento que minhas conquistas também são tuas. Liti, obrigada por ter entrado na minha vida e tocado minha alma com tua amizade e carinho. Mari, obrigada por ser essa amiga tão doce e querida, por tentar estar sempre por perto e por sempre querer me ouvir. Vanice, obrigada por trazer tanta alegria para minha vida e por me encher a alma de entusiasmo. Maísa, obrigada por existir e ser essa pessoa que eu admiro tanto pela coragem e determinação. Kika, obrigada por ser essa amiga que mesmo longe, tenta constantemente se manter por perto. Lilia, obrigada por manter-se essa joia de pessoa e essa amiga tão única. Cris, obrigada por todos os momentos de alegria que só tu proporciona. Vocês são as melhores amigas que alguém pode ter!

Ao **Léo**, meu filho canino e grande companheiro nos primeiros meses de mestrado. Até que o Fernando pudesse estar conosco em Santa Maria, foi ele quem cuidou de mim e suportou todos os meus momentos de estresse, sem se queixar e nem pedir nada em troca. Obrigada por existir e tornar meus dias mais felizes.

A todas as **meninas que compõem a linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida” do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”**, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o meu muito obrigada! Vocês me permitiram compreender o significado de grupo e contribuíram consideravelmente para o meu amadurecimento durante o mestrado. Obrigada por terem me acolhido e terem me ensinado tanto!

À **Andrêssa Batista Possati**, minha primeira coorientanda de graduação, obrigada pela oportunidade magnífica de ter te coorientado e por ter aprendido tanto contigo. Obrigada por ter dividido tuas alegrias e angústias, mas também por ter escutado as minhas. Coorientar e dissertar simultaneamente foi um desafio, mas também uma experiência maravilhosa que você e a professora Lúcia me permitiram vivenciar.

Aos **alunos do curso de Enfermagem da UFSM**, com quem eu vivenciei durante as aulas teóricas e práticas da docência orientada, obrigada. Vocês foram extremamente importantes nessa caminhada.

A todo o **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFSM** por todas as oportunidades de trocas de saberes e por terem possibilitado meu crescimento durante o mestrado.

Às professoras **Jussara Mendes Lipisnki** e **Joice Moreira Schmalfuss**, as quais foram as primeiras docentes a me guiar na área da saúde da mulher, contribuindo para que eu pudesse chegar até o mestrado. Toda a minha gratidão a vocês que me ensinaram tanto e me apoiaram constantemente para que este sonho se concretizasse. À professora Jussara, também por aceitar fazer parte da banca examinadora, ao lado de duas professoras do PPGENf da UFSM que eu admiro muito, as professoras **Maria Denise Schimith** e **Maria de Lourdes Denardin Budó**. Professoras, obrigada por compartilharem esse momento especial comigo, mas principalmente pela honra de contar com a avaliação e as contribuições de vocês.

À cada uma das **participantes deste estudo**, mulheres preciosas e inesquecíveis, obrigada por terem dividido comigo seus sentimentos, experiências e histórias de vida, dificuldades e sonhos.

À **equipe da EMATER de Alegrete** por ter me auxiliado na inserção no cenário de pesquisa, ter demonstrado disponibilidade e interesse em garantir a realização do estudo e, especialmente, por ter garantido o meu deslocamento até o local em todos os momentos necessários.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, como bolsista, pelo apoio financeiro.

*“O tempo muito me ensinou: ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar às palavras e pensamentos negativos, acreditar nos valores humanos, e a ser otimista”.*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### O OLHAR FEMININO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER QUILOMBOLA

AUTORA: LISIE ALENDE PRATES

ORIENTADORA: LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Data e local do exame de qualificação: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

Estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa e vertente antropológica, desenvolvido em fevereiro de 2014, com 13 mulheres de uma comunidade quilombola. O estudo teve como questão de pesquisa: “quais os significados, sentimentos e práticas de cuidado vivenciadas por mulheres quilombolas de um município do interior do Rio Grande do Sul/Brasil?”, e como objetivo conhecer os significados, sentimentos e práticas de cuidado vivenciadas por mulheres de uma comunidade quilombola. Utilizou-se o grupo focal como técnica principal para produção dos dados. Complementarmente, foi realizada uma entrevista semiestruturada. Para registro dos dados, utilizou-se o diário de campo. Optou-se pela técnica de análise de conteúdo temática da proposta operativa, sob a orientação da antropologia interpretativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346. A dissertação contempla quatro artigos. O **primeiro** constitui-se no perfil do grupo de mulheres participantes do estudo e os três últimos, as três categorias que emergiram dos resultados. No **segundo artigo**, objetivou-se conhecer o significado de cuidado à saúde entre as mulheres da comunidade quilombola; verificou-se que os significados atribuídos 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. Contudo, elas enfrentam inúmeras dificuldades para garantir esses cuidados, as quais envolvem a falta de transporte, condições financeiras precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde; mas vislumbram estratégias em curto e longo prazo para garantir que o cuidado à saúde seja mantido. No **terceiro artigo**, visou-se desvelar os sentimentos que emergem neste grupo de mulheres em relação a sua identidade quilombola; identificou-se os sentimentos de felicidade e orgulho, além da sensação de liberdade devido à vida na comunidade. Entretanto, estes sentimentos também mesclam-se às sensações de impotência, angústia, frustração e insegurança, devido às condições adversas vivenciadas pelas mulheres. Todos os sentimentos e sensações manifestadas são influenciados pelo contexto cultural e são capazes de influenciar tanto nos significados atribuídos ao cuidado à saúde quanto nas práticas de cuidado desenvolvidas na comunidade. Finalmente, no **quarto artigo**, teve-se o intuito de investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre as mulheres do quilombo e foram desveladas as práticas de cuidado desenvolvidas e compartilhadas entre as mulheres quilombolas nos diferentes períodos que abrangem o seu ciclo vital. Além disso, eventos femininos, como a menarca, a gravidez, o parto, o puerpério e a menopausa foram evidenciados como processos que demandam práticas específicas de cuidado. As práticas são realizadas a partir dos recursos existentes no contexto familiar e comunitário, e encontram-se balizadas no conhecimento prévio e nas vivências das mulheres do quilombo. Considera-se que este estudo permitiu identificar algumas limitações e avanços na área da saúde da mulher. Espera-se estimular reflexões e discussões dentro dos espaços acadêmicos-profissionais, e

incentivar novas pesquisas sobre a saúde da mulher quilombola, possibilitando, assim, novos olhares sobre estas mulheres e suas vivências. **Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde da mulher. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Cultura.

## ABSTRACT

Master's Dissertation  
Graduate Program in Nursing  
Federal University of Santa Maria

### THE FEMALE VIEW ABOUT HEALTH CARE OF WOMEN QUILOMBOLA

AUTHOR: LISIE ALENDE PRATES

ADVISOR: LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Place and date: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

Field study, descriptive, with a qualitative approach and anthropological aspect, developed in February 2014, with 13 women of a quilombola community. The study had as a matter of research: "what are the meanings, feelings and care practices experienced by quilombola women of a city in the interior of Rio Grande do Sul/Brazil?", and objective to know the meanings, feelings and care practices experienced by women of a quilombola community. Focal group was used as main technique for data production. In addition, a semi-structured interview. For data record, we used the field journal. We opted for the technique of thematic content analysis of operative proposal, under the guidance of interpretive anthropology. The research project has been approved by the Research Ethics Committee, under the case number 25345113.7.0000.5346. The dissertation includes four articles. The first is the profile of the group of women participating in the study and the last three, the three categories that emerged from the results. In the second article, the objective of to know the meaning of the health care among women of the quilombola community; it was found that the meanings attributed to the health care are conditioned to work, food, hygiene, physical activity and shares of harms to health prevention, from preventive exams and of practice of safe sex. However, they face numerous difficulties to ensure that care, which involve the lack of transportation, precarious financial conditions and difficulty of access to health services; but trends in short-and long-term strategies to ensure that health care is maintained. In the third article, aimed to unveil the feelings that emerge in this group of women regarding your identity quilombola; identified the feelings of happiness and pride, besides the feeling of freedom due to life in the community. However, these sentiments also merge to feelings of impotence, anguish, frustration and insecurity, due to adverse conditions experienced by women. All the feelings and sensations manifested are influenced by the cultural contexto and are able to influence both in the meanings attributed to the health care as care practices developed in the community. Finally, in the fourth article, had the aim of investigating how they were built socioculturally the care practices among women of quilombo and were unveiled care practices developed and shared among quilombola women in different periods covering his vital cycle. In addition, women's events, as menarche, pregnancy, childbirth, puerperium and menopause were evidenced as processes that demand specific practices of care. The practices are performed from existing resources in the family and community context, and are buoyed in the prior knowledge and in women's experiences of quilombo. It is considered that this study allowed identify some limitations and advancements in the area of women's health. It is expected to stimulate reflections and discussions within the academic and professional spaces, and encourage new research on women's health, quilombola, enabling, thus, new perspectives on these women and their experiences. **Keywords:** Nursing. Women's Health. African Continental Ancestry Group. Culture.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Tipo de estudo.....	17
2.2 Cenário do estudo.....	18
2.3 Participantes do estudo.....	19
2.4 Captação das participantes.....	19
2.5 Produção dos dados.....	20
2.6 Análise dos dados.....	24
2.7 Aspectos éticos.....	25
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>ARTIGO 1 .....</b>	<b>28</b>
<b>ARTIGO 2 .....</b>	<b>44</b>
<b>ARTIGO 3 .....</b>	<b>70</b>
<b>ARTIGO 4 .....</b>	<b>90</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>114</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Assentimento .....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada .....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE D - Roteiro para os grupos focais .....</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade .....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO A - Autorização da Coordenadoria de Saúde .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>142</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante muito tempo, o cuidado à saúde da mulher limitou-se ao ciclo gravídico-puerperal, reduzindo-a à dimensão procriativa. Contrapondo-se a essa perspectiva, grupos feministas passaram a reivindicar uma assistência de saúde que não as limitasse somente ao período reprodutivo. Com isso, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual propunha uma abordagem global da saúde desta em todas as fases do seu ciclo vital (BRASIL, 1984). O PAISM surgiu antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, até mesmo, antes da promulgação da Carta Magna, sendo pioneiro na perspectiva de integralidade da saúde (SOUTO, 2008).

Embora sejam inegáveis os avanços alcançados a partir da criação deste Programa, o PAISM deixou muitas lacunas em suas proposições, como o cuidado voltado às mulheres negras, lésbicas, indígenas, residentes em áreas urbanas, rurais e locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, profissionais do sexo e portadoras de deficiência (RAMALHO et al, 2012). Com isso, em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual preconizava o atendimento às mulheres, incorporando as questões de gênero, etnia e diversidade (BRASIL, 2004), e considerando todas as singularidades e faixas etárias, bem como os distintos grupos sociais, que compõem o universo feminino brasileiro (BRASIL, 2010).

Nessa direção, apesar do grande progresso e da ampliação da assistência à saúde da mulher, trazidos pela PNAISM, é essencial questionar a real implementação dos princípios e diretrizes estabelecidos por esta Política, pois ainda percebem-se algumas lacunas no atendimento a certos segmentos sociais como, por exemplo, as mulheres negras, as quais representam um grupo extremamente vulnerável a várias doenças e agravos.

Atualmente, conforme resultados do último censo demográfico, foram contabilizadas 97.348.809 mulheres no Brasil, das quais 13.950.480 estão localizadas na região Sul. Nessa região, as mulheres representam 50,93%. Quanto à etnia ou cor, das 97.348.809 contabilizadas mulheres no Brasil, 47.399.158 se autodeclararam brancas, 6.991.350 pretas, 1.132.884 amarelas, 41.415.469 pardas, 408.056 indígenas e 1.892 não declararam nenhuma etnia/cor. As mulheres que se autodeclararam da cor da pele branca prevaleceram nas regiões Sul (79,15%) e Sudeste (55,95%), enquanto que as mulheres de cor da pele parda

predominaram nas regiões Norte (67,07%), Nordeste (59,36%) e Centro-Oeste (48,96%) e as mulheres da cor da pele preta nas regiões Nordeste (8,91%) e Sudeste (7,45%) (IBGE, 2010). Cabe ressaltar que para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os indivíduos da cor preta e parda compõem a população negra.

Ademais, observa-se que o elevado número de mulheres pardas e negras nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste tem incitado a realização de estudos nestas regiões com estes indivíduos. Enquanto que, nas regiões Sul e Sudeste, esse público tornou-se invisível aos olhares do meio acadêmico (IBGE, 2013), o qual desconsidera o fato, por exemplo, de que estas mulheres estão entre as que mais vivenciam desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, na sociedade brasileira como um todo, historicamente, a mulher negra sempre foi discriminada, por ser mulher, por ser negra e também por sua condição financeira desfavorável (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Dessa forma, a mulher negra traz, em sua trajetória, marcas de uma construção social do que é ser mulher, como sendo alguém subordinado e inferiorizado, associado ao mito da inferioridade de sua etnia, o que se intensifica devido à sua condição econômica vulnerável. Nessa perspectiva, ser mulher e ser negra, no Brasil, significa estar inserida em um ciclo de preconceito e discriminação, resultante de uma construção social, histórica e cultural. Com isso, o contexto de vida destas mulheres costuma ser marcado pelo racismo e sexismo da sociedade, que violam os seus direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (WERNECK, 2010).

Por conseguinte, quando estas mulheres pertencem a grupos que residem em localidades de difícil acesso aos serviços de saúde, como as comunidades quilombolas, as desigualdades intensificam-se, evidenciando a complexidade e a gravidade das condições de vida e de saúde desses indivíduos (BRASIL, 2010). Sendo assim, embora muitos associem as comunidades quilombolas a algo restrito ao passado, durante o período da escravidão, estas vêm acompanhando a história brasileira (CALHEIROS; STADTLER, 2010).

O termo quilombo deriva da palavra *kilombo*, que, no passado, consistia em um acampamento guerreiro na floresta (REIS, 1996), o qual resultou de um movimento de escravos. Naquele período, o quilombo era composto por escravos refugiados e indivíduos de outros grupos étnicos desenraizados de suas comunidades (REIS, 1996; LEITE, 2008; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010; FREITAS et al, 2013). Os quilombolas, nome designado àqueles que residiam nesses locais, ocuparam áreas rurais isoladas no Brasil e formaram

sistemas paralelos de poder, produção e organização social (SILVA et al, 2008a; CALHEIROS; STADTLER, 2010).

Atualmente, no Brasil, existem 3.524 comunidades quilombolas (SEPPPIR, 2014), as quais podem ser localizadas em praticamente todos os estados (INCRA, 2013). Destas, 2.394 já foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares (PALMARES, 2014). No Rio Grande do Sul, especificamente, sabe-se da existência de 94 comunidades quilombolas (PALMARES, 2014).

Essas comunidades resultam de um processo histórico de formação da nação brasileira. Contudo, hoje, vivenciam o isolamento físico e social, além de desigualdades sociais e de saúde, e disputas agrárias envolvendo as áreas ocupadas (BRASIL, 2003; SILVA, 2007; SILVA et al, 2008a; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010). Apesar disso, nesse contexto, ainda perpetuam-se manifestações culturais fortemente vinculadas ao passado desses sujeitos, as quais influenciam o seu cotidiano e, sobretudo, o processo de saúde e doença.

A cultura, nesse ínterim, pode ser entendida como um sistema emaranhado de símbolos interpretáveis, social e historicamente estabelecidos, capazes de direcionar o comportamento, orientar e dar significado às práticas e à visão de mundo. Além disso, é por meio deste sistema, expresso por formas simbólicas, que o homem enxerga o mundo, procurando significados (GEERTZ, 2011).

Por meio da cultura, os quilombolas transformaram-se em um grupo e aprenderam a viver juntos. A cultura também lhes forneceu valores, regras e os comportamentos socialmente aceitos (DA MATTA, 2010). Com isso, eles tornaram-se dependentes da cultura e sem ela, seu comportamento seria ingovernável (VAGHETTI; PADILHA; MAIA, 2006), pois, no ser humano, nada é puramente natural, nem mesmo as necessidades fisiológicas, como a fome, o sono e o desejo sexual, todos são influenciados pela cultura (CUCHE, 2002).

O cuidado à saúde é um destes aspectos, capaz de ser modificado e moldado pela cultura, pois tradicionalmente envolve valores, costumes, crenças e tradições (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012), que auxiliam os indivíduos, e neste caso, os quilombolas, na manutenção de seu bem-estar, assim como no enfrentamento de doenças, incapacidades ou da morte. Entre os diferentes contextos, nos quais se produzem os cuidados, o contexto familiar destaca-se como o local onde são estabelecidos os primeiros cuidados ao indivíduo (BARRA et al, 2010). Nestes, as mulheres tradicionalmente assumem o papel de principais cuidadoras da família e de si próprias (SCHIER; GONÇALVES; LIMA, 2003; ANDRADE et al, 2009).

Nas comunidades quilombolas, o mesmo pode ser observado. Com isso, pondera-se que conhecer o olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher, é fundamental para prover um tipo de cuidado validado por estas mulheres (HOGA, 2004). Sendo assim, este estudo justificou-se pela possibilidade de dar voz, ouvir e divulgar a percepção de mulheres que, historicamente, não tiveram chance para tal (HOGA, 2004). Com isso, espera-se que os resultados desta pesquisa possam permitir a elaboração de ações de saúde, que atendam as suas reais necessidades e produzam transformações nos contextos vigentes (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012). Logo, pensa-se que o conhecimento produzido a partir das percepções, sentimentos e vivências destas mulheres em relação ao cuidado à sua saúde, pode possibilitar a reflexão do profissional de saúde e o questionamento do que pode ser feito para minimizar os agravos existentes na vida desses sujeitos.

Além disso, na sociedade, a mulher sempre foi reconhecida como a principal cuidadora de outras pessoas, o que tem refletido em um grande número de produções que a destacam apenas sob essa perspectiva. Conseqüentemente, percebe-se uma escassez de produções sobre como as mulheres cuidam de sua própria saúde, principalmente, quando se referem às mulheres negras e/ou quilombolas. Nesse contexto, enfatiza-se a importância da realização de estudos que envolvam o olhar das mulheres negras em relação aos cuidados com a própria saúde, com vistas a implantar políticas de saúde que possam responder às necessidades desse segmento da população (BRASIL, 2004).

Portanto, ressalta-se que ao não considerar as mulheres negras quilombolas nos estudos científicos, perde-se a possibilidade de torná-las visíveis aos olhos do poder público e dos próprios profissionais de saúde e, com isso, os serviços de saúde continuam a comprometer a saúde desses sujeitos, justamente por não perceber que elas compõem um grupo com suas particularidades e condições socioculturais específicas (XAVIER, 2012).

A maior parte dos estudos em relação ao cuidado, envolvendo as mulheres negras, aborda a discriminação racial no cuidado em saúde, por parte dos profissionais de saúde, enquanto pouco se pesquisa acerca dos significados de cuidado de saúde para a mulher negra, merecendo ter sua visibilidade garantida nesse cenário (GONÇALVES, 2012).

Nessa perspectiva, mediante busca realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), em maio de 2013, utilizando como delimitadores ( "mulher" ) or "mulheres" [Palavras] and ( "negra" ) or "negras" [Palavras do título], identificou-se um total de 18 artigos. Destes, a maior parte

eram estudos qualitativos, publicados principalmente nos anos de 2009 e 2010 e no Brasil. São estudos, majoritariamente, oriundos da área multiprofissional, sendo identificado apenas um artigo específico da área da enfermagem. Ressalta-se que dos 18 estudos, mesmo que de forma pouco expressiva, quatro foram desenvolvidas em comunidades quilombolas, sendo que três deles abordavam doenças, como hipertensão, doença periodontal e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e um tratava das representações sociais de quilombolas acerca da própria comunidade.

Outra busca realizada, no mesmo mês, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), suscitou 21 estudos associados às palavras “mulher”, “negra” e “enfermagem”. Dos quais, 19 eram dissertações e duas teses, vinculadas predominantemente aos programas de pós-graduação da Bahia e São Paulo, destacando-se a ausência de estudos em instituições de pós-graduação no Rio Grande do Sul. Quanto aos anos de publicação das pesquisas, verificou-se que o maior número de publicações ocorreu no ano de 2010, e quanto à abordagem metodológica, a maior parte era de natureza qualitativa. Por fim, diferentemente da busca realizada nas bases de dados, não foi encontrado nenhum estudo em comunidades quilombolas.

Nesse sentido, ressaltou-se certa invisibilidade da população quilombola por parte da comunidade científica na área da saúde, retratada pela falta de produção expressiva centrada nesses grupos (FREITAS et al, 2011). Por conseguinte, percebeu-se a necessidade de realização de estudos científicos nacionais acerca do cuidado, na perspectiva cultural, entre mulheres quilombolas.

Ademais, enfatiza-se que o foco deste estudo vai ao encontro das propostas apresentadas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, na área de saúde da mulher e na área de saúde da população negra, com foco nas práticas de cuidado à saúde da mulher em fase reprodutiva e no climatério, vivendo em quilombos (BRASIL, 2008).

Frente ao exposto, soma-se o fascínio da mestrandia pela área de saúde da mulher, mesmo antes de seu ingresso no meio científico. Desse modo, antes mesmo do sonho de se tornar enfermeira, estava o desejo em atuar na referida área. A partir dessa aspiração, a mestrandia desenvolveu toda a sua trajetória acadêmica, participando de projetos de pesquisa, ensino e extensão que envolviam a saúde da mulher. Associado a isso, ainda destaca-se sua participação nas Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), em 2012, no qual a partir de um processo de imersão que proporcionou inúmeros momentos de diálogo com a gestão, controle social, serviços de saúde e ensino, a mestrandia realizou

uma visita à comunidade quilombola, cenário desse estudo, o que despertou seu interesse em conhecer este espaço densamente a partir do olhar das mulheres que residem no local.

Além disso, ressalta-se que em seu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Saberes e práticas de puérperas acerca da amamentação: a influência da rede social”, a mestranda abordou o cuidado transmitido pela rede social diante da amamentação. Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e participar das discussões nos encontros do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, na linha “Saberes e práticas em saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”, a partir de reflexões individuais e no grupo, e de revisões conceituais construídas e amadurecidas, constatou seu encantamento pelos estudos socioculturais em saúde da mulher e o desejo em desenvolver um estudo que possa contribuir, no futuro, em uma prática de saúde contextualizada e humanizada voltada para as mulheres quilombolas.

Com base nessas considerações, este estudo teve como **questão de pesquisa**: “quais os significados, sentimentos e práticas de cuidado vivenciadas por mulheres quilombolas de um município do interior do Rio Grande do Sul/Brasil?”, a qual direcionou ao **objetivo** que foi conhecer os significados, sentimentos e práticas de cuidado vivenciadas por mulheres de uma comunidade quilombola.

## 2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA<sup>1</sup>

### 2.1 Tipo de estudo

Estudo de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e vertente antropológica. O estudo de campo geralmente é desenvolvido no próprio local, no qual ocorrem os fenômenos, como em grupos ou comunidades, buscando entender profundamente determinadas práticas, comportamentos, crenças e atitudes (GIL, 2010).

Da mesma forma, as pesquisas descritivas também tem o intuito de identificar opiniões, atitudes e crenças grupais, além de descrever as principais características dos sujeitos estudados (GIL, 2010). Pode-se, também, observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos existentes na comunidade, grupo ou realidade estudada (CERVO, 2007).

Optou-se pela abordagem qualitativa por considerar que ela dará sustentação ao estudo, já que privilegia os valores e crenças dos sujeitos, em seu contexto histórico-cultural, explicando suas causas, relações e consequências. Portanto, a justificativa por esse tipo de abordagem metodológica concentra-se em torno do grupo alvo – as mulheres quilombolas –, o qual possui particularidades, percepções, tradições e valores que precisam ser interpretadas à luz da cultura (MINAYO, 2014).

Além disso, a abordagem qualitativa é aplicável a esse estudo por permitir entender o significado individual ou coletivo de determinado fenômeno na vida de grupos e segmentos delimitados ou entender o contexto onde ocorre este fenômeno e, com isso, possibilitar a compreensão de visão de mundo destes em sua totalidade (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; RESSEL, 2003; TURATO, 2005; MINAYO, 2014). Com a utilização da abordagem qualitativa pode-se trabalhar com os significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos do estudo, propiciando a explicação de comportamentos e a construção de novas abordagens voltadas ao grupo estudado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; MINAYO, 2014). Além disso, “a metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas” (VÍCTORA; KNAUTH;

---

<sup>1</sup>A trajetória metodológica desta dissertação foi apresentada em forma de artigo, intitulado “A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas” e submetido na Revista Cadernos de Saúde Pública.

HASSEN, 2000, p. 39). Por fim, os estudos com vertente antropológica permitem revelar os significados, os símbolos, as crenças e os valores existentes no cenário de pesquisa (RESSEL, 2003).

## 2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma comunidade rural remanescente quilombola. Esta comunidade encontra-se distante 65 quilômetros da sede de um município, no interior do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. A comunidade pode ser acessada por meio de estrada de chão batido (GRISA, 2006).

O local foi certificado como comunidade remanescente quilombola, no ano de 2012, pela Fundação Palmares (BRASIL, 2012a), destacando que apenas 10% das comunidades quilombolas brasileiras são regularizadas (IPEA, 2013). A comunidade é composta por 28 famílias, totalizando 101 sujeitos. Destes, 52 são homens e 49 são mulheres, subdivididos em 14 crianças, 33 jovens, 38 adultos e 16 idosos<sup>2</sup>.

Em relação à infraestrutura, a comunidade dispõe de água por meio de poço artesiano há aproximadamente 10 anos, e luz elétrica há 4 anos a partir do Programa Brasil Quilombola com o “Programa Luz Para Todos”, criado pelo governo federal em 2003. Possuem uma padaria, mantida pelas mulheres da comunidade, em que são produzidos pães para comercialização. Próximo à comunidade há um armazém e uma escola, mas estes não pertencem à comunidade. Não existem serviços de saúde e nem atividades de lazer na comunidade. Assistentes sociais da Coordenadoria de Saúde do município-sede vão ao local, quinzenalmente, para realização de atividades com a comunidade, além da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) que também desenvolve algumas ações no local. No que se refere aos meios de transporte, há apenas um ônibus de linha, que faz seu trajeto duas vezes durante a semana até a comunidade. Os quilombolas desenvolvem o cultivo de hortas para consumo próprio<sup>3</sup>.

Esta comunidade quilombola foi escolhida como cenário da pesquisa pelo entendimento de que, neste local, existem costumes, tradições e crenças, perpetuados de

---

<sup>2</sup>Informações fornecidas pelo Chefe da EMATER do município em que foi realizada a pesquisa.

<sup>3</sup>Informações fornecidas por um membro da comunidade quilombola.

forma intergeracional (GEERTZ, 2011), que foram culturalmente produzidos e influenciam diretamente no cuidado à saúde da mulher quilombola.

### **2.3 Participantes do estudo**

As participantes da pesquisa foram 13 mulheres da comunidade quilombola, que vivenciavam períodos de vida entre a adolescência até a velhice. A abrangência desses períodos teve como propósito atingir o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compressão dessa comunidade, já que estas mulheres possuíam, ao mesmo tempo, características homogêneas por pertencerem a um mesmo grupo e também podem apresentar opiniões divergentes por se encontrarem em fases distintas de vida, enriquecendo, assim, o estudo (DALL´AGNOL; TRENCH, 1999; RESSEL et al, 2008; MINAYO, 2014).

Além disso, destaca-se que, por se tratar de um estudo com abordagem qualitativa, que utilizou como técnica para produção dos dados o Grupo Focal (GF), a seleção dos sujeitos foi intencional, justificando a determinação dessas fases femininas do ciclo vital (RESSEL et al, 2008).

Os **critérios de inclusão** foram: ser mulher quilombola, residente na comunidade cenário do estudo, com idade mínima de 12 anos (considerada como idade de início da adolescência, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente) (BRASIL, 1990), e sem limitação de idade máxima. Os **critérios de exclusão** foram: mulheres com limitações psicocognitivas, que as impossibilitavam de compreender e participar do estudo.

### **2.4 Captação das participantes**

Em fevereiro de 2014, foi realizada uma visita à comunidade para realização de contato prévio com as mulheres quilombolas, identificando àquelas que atendiam os critérios de inclusão. Foi realizado convite verbal para a participação na pesquisa e foi esclarecida brevemente a operacionalização dos encontros. Destaca-se que foram seguidas as orientações de Gatti (2005), a qual não recomenda repassar informações minuciosas sobre o objeto da

pesquisa aos participantes, a fim de evitar a elaboração de ideias prévias que possam interferir nas discussões.

Sendo assim, foi esclarecido brevemente o motivo da pesquisa e da escolha das participantes, a temática, a rotina e a duração dos encontros. Foi agendado o primeiro encontro na comunidade, por determinação das próprias participantes. No mesmo dia, elas optaram por agendar o segundo e o terceiro encontros. Entretanto, na véspera do primeiro encontro, uma das mulheres entrou em contato com a mestranda, solicitando mudança nas datas dos encontros. Assim, as datas foram reorganizadas, conforme a disponibilidade das participantes.

No primeiro encontro, após a realização da técnica de GF, foi realizada a leitura e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelas participantes maiores de 18 anos e pelos responsáveis das participantes menores de 18 anos. Além do TCLE, as participantes menores de 18 anos também assinaram um Termo de Assentimento (APÊNDICE B). Posteriormente ao GF, também foram coletados os dados socioeconômicos e de saúde das participantes, por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), a qual possibilitou a caracterização destas mulheres.

## **2.5 Produção dos dados**

Como técnica principal para produção dos dados foi utilizado o GF, o qual permitiu o aprofundamento acerca do significado de tópicos específicos e diretivos determinados pela pesquisadora, assim como a manifestação de uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, por meio da aproximação, integração e envolvimento com o grupo de mulheres quilombolas (IERVOLINO; PELICIONI, 2001; GATTI, 2005; MINAYO, 2009).

Adotou-se o GF como técnica para produção dos dados por considerar que este possibilita a troca de ideias, experiências, sentimentos, valores, comportamentos e pontos de vistas, proporcionando a reflexão e, até mesmo, a mudança de opinião ou fundamentação da posição inicial (IERVOLINO; PELICIONI, 2001; GATTI, 2005; BAUER; GASKELL, 2008; MINAYO, 2009). Nessa técnica, “os sujeitos participantes tornam-se eles próprios protagonistas, na medida em que aprendem, dialogam e participam da construção dos resultados da pesquisa” (DALL’AGNOL et al, 2012, p. 189). Destaca-se, ainda, que

o trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado (GATTI, 2005, p. 11).

Para operacionalização da técnica, inicialmente, foi realizada a preparação do encontro a partir de um roteiro com um guia de temas, o qual norteou e sistematizou as questões e os objetivos de cada GF. O roteiro (APÊNDICE D) foi utilizado com flexibilidade (GATTI, 2005), de forma a garantir que ao longo dos encontros, se necessário, fossem feitos ajustes, sem desconsiderar os objetivos da pesquisa. Essa flexibilização foi imprescindível, pois se verificou, ao longo dos encontros, a ocorrência de tópicos relevantes para as participantes, que não constavam no roteiro inicial.

Seguindo as orientações de alguns autores (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009), para cada encontro foram organizados os materiais para as dinâmicas, gravadores, lanches para serem degustados pelas participantes, entre outros. O próprio ambiente do encontro também foi organizado, de modo a garantir que as participantes pudessem se sentir confortáveis e seguras para exporem suas percepções.

Quanto ao ambiente, autores (GATTI, 2005; RESSEL et al, 2008; SEHNEM et al, 2013) que utilizam essa técnica recomendam que o mesmo deve ser amplo, silencioso, confortável, com boa iluminação e ventilação, para que possa assegurar a privacidade e a interação entre as participantes, e no qual elas possam se sentir à vontade. De acordo com os mesmos autores, o local deve apresentar um espaço adequado para a realização das técnicas e a disposição de assentos de forma circular, garantindo, assim, uma boa interação visual para que sua interlocução seja direta. No presente estudo, houve uma limitação para contemplar todos os aspectos definidos pelos autores, pois na comunidade não havia um espaço com todas essas características e as participantes optaram por um espaço à sombra e ao ar livre.

Os encontros contaram com a participação de uma moderadora (mestranda) e um observador (aluno da graduação da Universidade Federal de Santa Maria). No GF, coube à moderadora: introduzir a temática, facilitar as discussões, introduzir questões que pudessem aprofundar o assunto, realizar intervenções que promovessem as trocas no grupo, manter e/ou

retomar o foco das discussões, criar condições para que as participantes explicitassem pontos de vista e analisassem a problemática do estudo, encorajar depoimentos e assegurar que todas pudessem se expressar. Ela também elaborou sínteses, confirmou informações e propôs algumas questões.

Quanto ao observador, este auxiliou na organização e na condução dos encontros, controlou o tempo e monitorou os gravadores. Ao observador também coube à observação e o registro de tudo aquilo que não foi dito pelas participantes, mas observado e captado durante a produção dos dados. A moderadora e o observador também realizaram o registro de suas observações em seus diários de campo.

Os grupos desenvolveram-se em cinco momentos: 1) apresentação individual na ocasião do primeiro encontro e, nos demais encontros, foram retomadas as ideias do encontro anterior; 2) apresentação dos objetivos do encontro; 3) realização da dinâmica para estimular a discussão; 4) realização da discussão; 5) apresentação da síntese grupal e validação coletiva do encontro (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Dessa forma, no primeiro momento, a moderadora e o observador realizaram uma breve auto apresentação e, a seguir, solicitaram que as participantes também fizessem o mesmo. Após, foi feito um “contrato grupal” (GATTI, 2005), no qual foi solicitada a pontualidade e assiduidade, respeito à fala da outra e sigilo das informações produzidas entre as participantes do grupo. Também foi solicitada a gravação das falas em gravador e foi enfatizado que haveria o anonimato das participantes para que pudessem se sentir seguras ao expressar suas opiniões.

No segundo momento, foram apresentados os objetivos e a operacionalização do encontro. Após, para dar início ao terceiro momento, foi realizada uma dinâmica para promover o “aquecimento” entre as participantes, introduzir a temática e iniciar as discussões no grupo (GATTI, 2005). Essa estratégia permitiu o diálogo, possibilitando a expressão de diferenças e semelhanças entre as participantes, mas também garantiu um clima agradável dentro do grupo.

Com esse “aquecimento”, foi possível passar para o quarto momento, o qual estava intimamente ligado ao terceiro, pois por meio da dinâmica, a moderadora propôs tópicos mais específicos sobre a temática, previstos no roteiro para promover o aprofundamento da discussão.

Por fim, no quinto momento, foi elaborada uma síntese e a validação coletiva dos depoimentos discussão (RESSEL et al, 2008; MAZZA; MELO; CHIESA, 2009). Nesse

momento, possibilitou-se que as participantes acrescentassem, esclarecessem ou modificassem alguma ideia proposta na. Ao final, foi agendado o próximo encontro.

A moderadora e o observador se reuniram, após a realização de cada encontro, para avaliar a operacionalização do grupo, trocar percepções sobre o desempenho de ambos e das participantes, esclarecer algumas ideias referidas, e reorganizar orientações e/ou roteiro do próximo encontro.

Os depoimentos das mulheres foram transcritos pela moderadora para subsidiar as análises dos dados. As transcrições também receberam o aporte das anotações nos diários de campo da moderadora e do observador, as quais apontaram alguns aspectos ou momentos importantes, falas mais significativas, distrações, alianças e oposições durante o encontro.

No que se referem à duração dos encontros, estes duraram, em média, uma hora. Considera-se que este período permitiu a obtenção de informações necessárias para uma boa análise e garantiu que não ocorresse cansaço ou desgaste mental das participantes. E, em relação ao número de encontros, foi previsto e realizado um total de três encontros, pois se considerou que esse quantitativo permitiria a compreensão da temática estudada.

Complementarmente ao grupo focal, foi realizada uma entrevista semiestruturada para caracterização dos dados socioeconômicos e de saúde, a qual obedeceu a um roteiro que norteou a sequência das questões (MINAYO, 2014). As entrevistas foram realizadas posteriormente ao GF. A entrevistadora (e também moderadora) registrou no diário de campo as informações obtidas com essa técnica.

O diário de campo consistiu em um instrumento pessoal para registro de dados do pesquisador, no qual foram anotadas todas as visitas ao campo de pesquisa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Este instrumento foi utilizado para o registro de dados subjetivos, percepções, sentimentos e impressões pessoais durante as sessões do GF.

## 2.6 Análise dos dados

A análise dos dados deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos no período de coleta (CAMPOS, 2004). Além disso, a análise dos dados é um processo sistemático que envolve a procura de caminhos em meio às informações levantadas (GATTI, 2005).

Sendo assim, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática da proposta operativa de Minayo (2014), a qual divide-se em dois momentos operacionais: exploratório e interpretativo. Na fase exploratória, foi investigado e compreendido o contexto sócio histórico do grupo. Essa fase envolveu a busca de compreensão da história do grupo, seu ambiente, as condições socioeconômicas, a participação e inserção na sociedade, entre outros.

Na segunda fase (interpretativa), buscou-se encontrar a lógica interna, as projeções e as interpretações dos depoimentos das participantes. Essa fase dividiu-se em duas etapas: ordenação e classificação dos dados. Durante a ordenação, os depoimentos foram transcritos e organizados, em determinada ordem, a fim de criar um mapa horizontal das descobertas no trabalho em campo. Já a classificação dos dados, subdividiu-se em quatro etapas: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório.

A leitura horizontal e exaustiva dos textos englobou a leitura de todo o material produzido em campo e o registro das primeiras impressões, além da identificação das estruturas de relevância, ideias centrais, momentos-chave e as posturas das participantes acerca do tema em foco. A leitura transversal envolveu o recorte de cada fala em “unidade de sentido”, identificando e agrupando as afinidades temáticas, e interpretando os dados mais relevantes e representativos. Durante a análise final, os dados produzidos foram confrontados com os pressupostos teóricos acerca do tema. Por fim, o relatório consistiu na apresentação dos resultados da pesquisa, em que identificou-se as convergências, divergências e semelhanças existentes entre os depoimentos das participantes e a percepção do teórico utilizado.

Respeitando a interpretação cultural dos dados, foram ressaltadas tanto as ideias majoritárias quanto às minoritárias para o grupo, configurando-se tendências e mostrando-se conexões. Foram agrupadas opiniões, comparando e confrontando posições, procurando extrair os significados das falas ou de outras expressões registradas no diário de campo.

Também foi analisada a vinculação desses agrupamentos com as variáveis identificadas na composição do grupo (GATTI, 2005).

## **2.7 Aspectos éticos**

Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Logo, o projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e na Plataforma Brasil. As produções dos dados iniciaram após a autorização da Coordenadoria de Saúde do município-sede (ANEXO A) e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, em 13 de dezembro de 2013, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346 (ANEXO B).

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa, após esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo. Elas foram informadas quanto aos cuidados éticos que envolviam a pesquisa, como o anonimato, a autonomia e, também, o respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros.

No que se refere ao anonimato, foi informado às participantes que seriam identificadas pelo sistema alfanumérico. Enfatizou-se que os encontros seriam gravados para posterior transcrição dos depoimentos. Informou-se que os dados produzidos nos encontros seriam divulgados e publicados anonimamente em eventos e periódicos científicos.

As participantes foram esclarecidas à sua participação voluntária no estudo. Ressaltou-se que a participação destas, em qualquer momento do estudo, não representaria, a princípio, nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, alguns sentimentos poderiam ser mobilizados durante os encontros, pois algumas discussões poderiam fazê-las refletir sobre o cotidiano e/ou alguns episódios de vida. Caso ocorresse algum desconforto entre estas, a moderadora disponibilizou-se a conversar a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e afirmou que o encontro poderia ser suspenso e remarcado para uma nova data.

Quanto à autonomia, foi esclarecido às participantes que elas tinham liberdade para se retirarem do estudo sem qualquer punição ou constrangimento. Além disso, a participação no

estudo não envolveu nenhum benefício financeiro às participantes, tampouco despesas. Entretanto, como benefícios indiretos às participantes, tem-se a produção de conhecimentos referentes ao cuidado da saúde das mulheres quilombolas. Além disso, destaca-se que, após a produção dos dados, foram realizadas algumas orientações de enfermagem pela mestranda, relacionadas ao cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos da vida.

Foi fornecido às participantes o TCLE, o qual foi assinado pelas mesmas e também pela mestranda e pesquisadora responsável. Este documento foi desenvolvido em duas vias, das quais uma ficou em posse da participante e a outra da pesquisadora responsável. Quanto à participação de uma adolescente no estudo, além da assinatura do responsável no TCLE, esta também recebeu um Termo de Assentimento, o qual foi assinado por esta, pela mestranda e pela pesquisadora responsável.

Em relação ao respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros, a mestranda e a orientadora assumiram o compromisso ético pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E), que foi assinado por elas. E, assim, os arquivos com os dados dos encontros serão mantidos por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável na sala 1339, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria, para possíveis publicações científicas e, após esse período, os dados serão destruídos.

Ressalta-se que o compromisso ético desta pesquisa, implica na mestranda retornar os resultados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e às participantes. Para tanto, serão combinados encontros para apresentação final dos resultados desta pesquisa, um com as participantes e outro com a SMS.

### 3 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa incluem quatro artigos (Quadro 1), sendo que o primeiro constitui-se no perfil do grupo de mulheres participantes do estudo, desenvolvido a partir das entrevistas individuais com as participantes. Os demais artigos correspondem às três categorias que emergiram a partir da análise dos dados produzidos com a técnica de grupo focal. Ressalta-se que a apresentação, sob a forma de artigos, configura-se de acordo com as normas de elaboração de trabalhos científicos, vigente na Universidade Federal de Santa Maria.

**Quadro 1** – Caracterização dos artigos da dissertação.

<b>Título do artigo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Categoria</b>
Perfil de um grupo de mulheres quilombolas do sul do Brasil	identificar as características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no sul do Brasil	Caracterização socioeconômica e de saúde
Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde	conhecer os significados atribuídos por mulheres de uma comunidade quilombola ao cuidado à saúde	O significado de cuidado à saúde para mulheres quilombolas
Ser quilombola: revelando sentimentos entre mulheres	desvelar os sentimentos que emergem, em um grupo de mulheres, em relação a sua identidade quilombola	Desvelando os sentimentos de mulheres quilombolas em relação à sua identidade
“Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas	investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres de uma comunidade quilombola	Práticas de cuidado entre mulheres quilombolas

## ARTIGO 1

### Perfil de um grupo de mulheres quilombolas do sul do Brasil<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar as características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no sul do Brasil. **Método:** pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A caracterização das participantes se deu por meio de entrevista individual semiestruturada, desenvolvida com 13 mulheres quilombolas que compuseram a população de estudo. As informações coletadas passaram por uma análise descritiva simples. **Resultados:** as mulheres encontravam-se na faixa etária entre os 14 e 56 anos de idade; a maioria apresentava uma relação consensual, não desenvolvia atividade remunerada e possuía ensino fundamental incompleto. Elas eram católicas ou evangélicas. A renda familiar mensal concentrou-se entre R\$ 70,00 e R\$ 800,00 reais. O tempo em que residiam na comunidade variou entre um mês e 51 anos. Em média, a menarca ocorreu entre 12 e 14 anos, a coitarca entre 17 e 18 anos, a menopausa entre 40 e 51 anos. Entre as 11 participantes que já haviam engravidado, o número de gestações variou entre um e nove, de partos vaginais entre um e seis, de cesáreas entre um e três, e de abortos entre um e dois. A maioria afirmou ter realizado acompanhamento pré-natal, não ter apresentado complicações durante o período gravídico-puerperal e ter amamentado em um período que variou entre 15 dias a cinco anos. Com relação à realização do exame citopatológico, a maioria realizou o exame no ano anterior à coleta de dados. A maioria das mulheres não utilizava nenhum método contraceptivo. **Conclusões:** muitas das características apresentadas pelas mulheres deste estudo estão condicionadas ao contexto de vida em que vivem e apresentam-se como particularidades e singularidades, que devem ser observadas pela gestão e pelos profissionais e serviços de saúde, pois influenciam diretamente em suas condições de vida e de saúde. **Palavras-chave:** Saúde da mulher; Grupo com ancestrais do continente africano; Características da população.

#### ABSTRACT

**Objective:** to identify socioeconomic characteristics and of health a group of women a quilombola community, located in southern Brazil. **Method:** descriptive research, with a qualitative approach. The characterization of the participants went through individual semi-

---

<sup>4</sup>Este artigo será formatado e submetido à Revista Aquichan.

structured interview, developed with 13 quilombola women who composed the study population. The information collected passed by a simple descriptive analysis. **Results:** the women were aged between 14 and 56 years old; most featured a consensual relationship; not remunerated activity and had incomplete elementary school. They were catholic or evangelical. The monthly family income focused between \$ 70.00 and \$ 800.00 reais. The time in which resided in the community ranged from one month and 51 years. On average, the menarche occurred between 12 and 14 years, the coitarca between 17 and 18 years and the menopause between 40 and 51 years. Among the 11 participants who had already knocked up, the number of pregnancies ranged between one and nine, of vaginal births between one and six, of cesarean section between one and three, and of abortions between one and two. The majority claimed to have performed prenatal monitoring, not having presented complications during gravid-puerperal periode and having breastfed in a period that varied from 15 days to five years. With respect to the realization of the citopatológico examination, most conducted the examination in the year preceding the data collection. Most women not using any contraceptive method. **Conclusions:** many of the features presented by women of this study are determined in the context of life in living and present as particularities and singularities, that must be observed by the management and by professionals and health services, because directly influence in their living conditions and health. **Key words:** Women's health; African continental ancestry group; Population characteristics.

## INTRODUÇÃO

Embora o quesito cor/etnia conste em inúmeros documentos oficiais (declaração de nascido vivo; certidões de nascimento e de casamento; título eleitoral; boletim de ocorrência policial; declaração de óbito) e em inúmeros sistemas de informações de saúde nacionais (sistema de informações sobre mortalidade; sistema de informações sobre nascidos vivos; sistema de informação de agravos de notificação; vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência; sistema de informação hospitalar, entre outros), percebe-se que esse item, na maioria das vezes, não é preenchido ou a informação declarada não corresponde à realidade. Com isso, percebe-se que ainda são escassos os dados da população, no Brasil, considerando o recorte étnico-racial (BRASIL, 2005; SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011).

Apesar disso, os poucos dados existentes já permitem constatar que existem inúmeras diferenças relacionadas às condições de viver, adoecer e morrer, dependendo da cor/etnia da

população (CUNHA, 2012). Se forem considerados aspectos como, por exemplo, etnia e gênero, observando as produções encontradas na literatura, algumas ponderações já se desvelam, tendo em vista que, ao longo dos anos, algumas especificidades da população negra na área da saúde, especialmente entre as mulheres, têm se revelado.

Nesse sentido, observa-se, inicialmente, que a mulher negra tradicionalmente encontra-se abaixo da linha da pobreza, com dificuldades de inserção no mercado de trabalho, em situação de analfabetismo, chefiando famílias sem cônjuge e com muitos filhos. Elas também têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência no período gravídico-puerperal, apresentando, assim, maior vulnerabilidade a determinadas doenças, entre as quais, destacam-se o diabetes do tipo II, hipertensão arterial, miomas uterinos, anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, síndromes hipertensivas na gravidez; câncer cérvico-uterino e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (BRASIL, 2005).

Além disso, destaca-se que a mortalidade materna, que representa um indicador de saúde que retrata fidedignamente as condições de saúde e a qualidade de vida, e que poderia ser modificado a partir do acesso ao cuidado pré-natal e/ou um cuidado pré-natal de melhor qualidade (MARTINS, 2006), entre as mulheres negras, apresenta um índice superior quando comparado aos valores encontrados entre as mulheres brancas (MARTINS, 2006; ALEXANDRE, 2007; DOMINGUES et al, 2013).

Nesse contexto, aspectos como a precariedade das condições de vida das mulheres negras, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa qualidade do atendimento prestado, a diferença no tratamento recebido, a ausência de ações e/ou de capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais essas mulheres estão expostas são elencados como causas para a alta incidência de óbito nesse segmento populacional (BRASIL, 2005; ALEXANDRE, 2007; CORDEIRO; FERREIRA, 2009; SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011).

Quando estas mulheres pertencem a determinados grupos, como é o caso das comunidades quilombolas, dados socioeconômicos e de saúde, que permitem conhecer suas condições de saúde, praticamente inexitem na literatura (GOMES et al, 2013). Entretanto, considera-se que informações como estas não devem ser descartadas, mas exploradas e analisadas, pois são fundamentais na elaboração, implementação e monitoramento de políticas e ações que atendam necessidades específicas dos indivíduos, em particular as mulheres quilombolas.

Nesse contexto, cabe esclarecer que as comunidades quilombolas abrangem acampamentos organizados em zonas rurais, desde o Brasil Colônia e Brasil Império, onde se refugiaram escravos, ex-escravos e indivíduos de outros grupos étnicos. Os indivíduos que residiam, e que continuam a residir, nestes locais, são denominados de quilombolas (MARQUES; GOMES, 2013).

Desse modo, a relevância e justificativa do presente estudo guardam relação com a escassa produção científica sobre as características de mulheres quilombolas e a possibilidade de melhor direcionar as ações de saúde voltadas esse público, a partir deste levantamento. Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar as características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no sul do Brasil.

## **MÉTOD**

Estudo qualitativo, de natureza descritiva. As participantes foram 13 mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no sul do Brasil. Foram incluídas, na pesquisa, mulheres quilombolas, residentes na comunidade em que foi realizado o estudo, que apresentavam, no mínimo, 12 anos de idade (entendida como a faixa etária de início da adolescência) (BRASIL, 1990) e que apresentavam condições psicocognitivas para participar da pesquisa. Salienta-se que a seleção das participantes ocorreu de forma intencional, levando em consideração os critérios de inclusão e objetivos do estudo.

A produção dos dados, que permitiram a identificação do perfil das mulheres quilombolas, participantes do estudo, foi obtida por meio de entrevista individual semiestruturada. A entrevista consiste em uma técnica de coleta de informações acerca de um determinado tema, que pode ser do tipo semiestruturada, na qual há a combinação de perguntas fechadas e abertas, o que permite utilizar, ao mesmo tempo, perguntas previamente formuladas e também abordar livremente o tema proposto (MINAYO, 2014).

Os dados gerados nas entrevistas foram submetidos à análise descritiva simples. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 13 de dezembro de 2013, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346 e desenvolveu-se em fevereiro de 2014. As mulheres, maiores de 18 anos, receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já, em relação às adolescentes, menores de 18 anos, estas assinaram o Termo de Assentimento, assim como seus responsáveis assinaram o TCLE.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunidade é formada por 28 famílias, que totalizam 101 indivíduos, sendo 51 (50,49%) homens e 49 (48,51%) mulheres. Destas, 26,53% (n=13) compuseram o grupo entrevistado na presente pesquisa. Em contraste com estudos existentes na literatura, é possível verificar que o número de indivíduos e famílias, bem como a sua composição variam de uma comunidade para outra (PRIORI et al, 2012), sendo possível identificar comunidades que apresentam 90 famílias e, aproximadamente, 500 indivíduos (SILVEIRA et al, 2011), assim como outras formadas por sete famílias, que totalizam 57 pessoas (LARA, 2012). Considerando o gênero, a distribuição do grupo feminino da comunidade estudada assemelha-se a outras, a exemplo de um estudo (SILVA, 2007), no qual as mulheres representavam 49,81% da população de sua comunidade e em outro (SILVA, et al, 2008), em que correspondiam à 55% da população total.

No que se referem às faixas etárias, percebe-se que as idades das participantes do estudo variaram entre 14 e 56 anos, não sendo identificada uma faixa etária predominante. Entretanto, ao agrupar as faixas etárias, de acordo com a classificação internacional de idades (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 59 anos; e assim sucessivamente), pode-se verificar que a maioria (53,84%, n=7) correspondeu à faixa dos 30 aos 49 anos. Em outro estudo (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) também constatou-se que esta foi a faixa etária predominante entre as mulheres do local, as quais correspondiam à 48,9% do grupo.

Quanto à situação conjugal, cinco se declararam solteiras, cinco casadas, duas apresentavam uma relação consensual e uma era divorciada. Observa-se, portanto, que a maioria (53,84%) apresentava um relacionamento estável, da mesma forma como as mulheres quilombolas de outros estudos (OLIVEIRA et al, 2014; OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) que referiram majoritariamente (69,34%) serem casadas ou apresentarem uma união estável, e dos homens e mulheres quilombolas de outras pesquisas (NASCIMENTO et al, 2009; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010) que, em sua maioria, também se declararam casados ou em união consensual. Contudo, esta situação conjugal difere entre os entrevistados (homens e mulheres) de uma comunidade quilombola, localizada na região do cerrado no nordeste do Estado de Goiás, onde a maior parte afirma ser solteiro (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Em relação à escolaridade, não foi identificada nenhuma analfabeta, sendo que a maioria (61,53%, n=8) apresentava ensino fundamental incompleto; as demais apresentavam ensino médio completo (23,07%, n=3) ou ensino fundamental completo (15,38%, n=2). No que tange à escolaridade, alguns autores (OLIVEIRA et al, 2014) que desenvolveram estudo com mulheres quilombolas, em Minas Gerais, destacaram os seguintes achados: 9,97% (n=41) nunca haviam frequentado o ambiente escolar; a maioria (39,17%, n=161) possuía entre um a quatro anos de escolaridade; 20,68% (n=85) apresentam cinco a oito anos de escolaridade; e 30,17% (n=124) apresentava escolaridade superior a nove anos. Embora os resultados tenham sido agrupados de forma distinta, observa-se que eles se assemelham entre o presente estudo e a pesquisa encontrada na literatura (OLIVEIRA et al, 2014). Outros autores (VIEIRA; MONTEIRO, 2013) também identificaram que, na comunidade quilombola investigada, a maioria dos indivíduos apresentava apenas o ensino fundamental, contudo, este já havia sido concluído.

Outra pesquisa (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010) desenvolvida com 121 mulheres e 97 homens quilombolas também evidenciou a baixa escolaridade nas comunidades, distribuídas entre 11 estados do país (Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e São Paulo). Nestas, 29,5% da população nunca frequentou a escola e 6% concluiu o ensino fundamental. Além disso, verificou-se que 3% dessa população sabia ler, embora nunca tenha frequentado à escola, e somente 2,3% cursou o ensino superior.

Considerando o grupo de mulheres entrevistadas, infere-se que elas apresentam uma escolaridade razoável. Ademais, apesar de algumas delas, especialmente as mais jovens, almejem ingressar no ensino superior, elas consideram esta possibilidade muito distante de sua realidade, devido, principalmente, às dificuldades de deslocamento para a zona urbana da cidade.

Quanto à religião, verificou-se a existência de católicas (53,84%, n=7) e evangélicas (46,15%, n=6). Diferente do que foi encontrado por um autor (SANTOS, 2009), em seu estudo, o qual verificou que a comunidade, localizada na Bahia, era predominantemente católica. Buscou-se por outros estudos, desenvolvidos com mulheres ou populações quilombolas, com o intuito de identificar as religiões dos participantes. Entretanto, verificou-se que o quesito religião é pouco explorado nos instrumentos de pesquisa utilizados pelos autores.

No que se refere às profissões/ocupações, a maioria (84,61%, n=11) das participantes referiu desenvolver atividades “do lar”. Além destas, duas afirmaram que realizavam atividades artesanais e também trabalhavam na padaria da comunidade, sendo que ambas as atividades eram remuneradas. Comparando-se com um estudo (BEZERRA et al, 2014) desenvolvido com 797 mulheres e homens quilombolas, identificou-se que 51,19% (n=408) dos entrevistados não desenvolvia nenhuma atividade no período de coleta de dados. Outros estudos desenvolvidos com 1837 (NASCIMENTO et al, 2009) e 218 (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010) mulheres e homens quilombolas identificaram diferentes ocupações, sendo que no primeiro estudo (NASCIMENTO et al, 2009), evidenciou-se as seguintes: lavrador (45,54%), do lar (20,33%), estudante (13,23%) e outra (20,88%); e no segundo (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010): emprego fixo (11,82%), “bico” (14,51%), boia-fria (23,11%), desempregado (10,21%), estudante (1,61%), dona de casa (10,21%) e outros (18,81%).

A renda mensal das famílias das participantes deste estudo concentrou-se entre R\$ 70,00 e R\$ 800,00 reais. Na literatura (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010), também foram encontradas rendas familiares semelhantes entre as comunidades quilombolas investigadas. Estudo (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) desenvolvido com 348 mulheres quilombolas identificou que 74,7% apresentava renda compatível com menos de meio salário mínimo, o qual, na época da pesquisa, era de R\$ 545,00 reais. Outros autores (SOUZA et al, 2013) desenvolveram sua investigação em comunidades quilombolas do Estado do Tocantins, e também identificaram que a renda familiar, que se mostrava insuficiente para a manutenção das famílias, consistia em pouco mais que um salário mínimo.

Em 2004, por meio de um levantamento (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003) feito com aproximadamente 150 comunidades quilombolas, verificou-se que a renda da maioria das famílias não ultrapassava R\$ 240,00 reais mensais. Passados mais de dez anos, observa-se que a realidade de muitas famílias quilombolas ainda não modificou consideravelmente no que se refere a este quesito. Contudo, atenção especial deve ser dada à condição financeira destes indivíduos, pois esta pode influenciar no seu acesso à alimentação, educação e saúde (SOUZA et al, 2013).

Outra informação coletada, durante as entrevistas, se referiu aos familiares que residiam com as mulheres. Assim, quatro afirmaram residir com o companheiro e os filhos; duas com os pais; uma com os pais e irmãos; uma com os pais e filhos; uma com os pais, filhos e o companheiro; uma com o companheiro, os filhos e a neta; uma com o companheiro, os filhos e a nora; uma somente com os filhos; e uma morava sozinha. Observa-se, assim,

uma variedade entre as respostas das participantes do estudo. Todavia, a composição das famílias quilombolas não é um aspecto considerado nos estudos, o que dificultou a análise deste item na presente pesquisa.

Algumas das mulheres que participaram do estudo relataram que viveram na comunidade até uma determinada idade, deixaram o local, por um curto período de tempo, em busca de melhores oportunidades de trabalho na cidade, mas depois retornaram para o quilombo e viviam no local desde então. Dessa forma, o tempo em que residiam na comunidade, considerando este retorno, variou entre um mês e 51 anos. Ao recorrer à literatura, a fim de confrontar estes achados, conforme já evidenciado em relação a outros dados levantados nesta investigação, constatou-se que esta também não é uma informação considerada pelos pesquisadores em suas produções. Contudo, acredita-se que, frente às dificuldades enfrentadas por mulheres, homens e crianças em inúmeros quilombos, é imprescindível investigar durante quanto tempo os indivíduos residem nestes locais, identificando-se possíveis processos de migração e por que eles ocorrem.

Além dos dados socioeconômicos, também foram coletadas informações referentes às características de saúde das participantes. Inicialmente, foram questionadas sobre a menarca, a qual observou-se que ocorreu em faixas etárias variadas. Assim, as mulheres referiram ter apresentado a primeira menstruação entre os 10 e 14 anos de idade, havendo prevalência, principalmente, aos 12 (38,46%, n=5) e 14 anos (30,76%, n=4). Observando a produção existente na literatura, encontrou-se alguns achados que se aproximam dos observados nesta coleta de dados. Em sua dissertação, por exemplo, autora (DINIZ, 2008) identificou que a menarca ocorreu, entre as meninas quilombolas, no intervalo que vai dos 11 aos 17 anos de idade, sendo que a média foi aos 13,87 anos.

Outros autores encontraram, em seus estudos (SILVA et al, 2008; RISCADO et al, 2008), os 13 e 14 anos, respectivamente, como faixas etárias que demarcaram a menarca. Já em uma tese produzida na área da enfermagem (SILVA, 2012), evidenciou-se o intervalo entre os nove e 19 anos de idade.

Em relação à faixa etária apresentada pelas participantes na primeira relação sexual, obteve-se o intervalo entre os 12 e 21 anos de idade, havendo uma predominância aos 17 (30,76%, n=4) e 18 anos (15,38%, n=2) e destacando-se também que uma das participantes referiu que ainda não havia mantido relações sexuais. Estes achados convergem, em parte, com os apresentados na tese referida anteriormente (SILVA, 2012), em que as idades apresentadas pelas adolescentes em suas primeiras relações sexuais foram 13 (14,28%, n=1),

15 (14,28%, n=1), 16 (28,57%, n=2) e 17 (42,85%, n=3) anos, havendo também uma prevalência aos 17 anos.

As mulheres também foram questionadas quanto à vivência do climatério. Com isso, destaca-se que três delas referiram que já haviam entrado na menopausa. Elas afirmaram que as primeiras modificações, atreladas a esta fase, ocorreram aos 40, 48 e 51 anos de idade. Assim, percebe-se que o início da menopausa, assim como da menarca, varia de uma mulher para outra. Nesse sentido, em pesquisa (DINIZ, 2008) desenvolvida com 363 mulheres quilombolas, apontou que a idade de início da menopausa variou entre os 29 e 58 anos de idade, apresentando uma média de 48,30 anos, demonstrando, assim, uma grande variação na ocorrência deste evento.

Quanto aos antecedentes obstétricos, entre as 11 participantes que já haviam engravidado, o número de gestações variou entre um e nove, ressaltando que duas das treze participantes nunca haviam engravidado. A maioria (30,76%, n=4) referiu ter vivenciado três gestações. Pesquisa (OLIVEIRA et al, 2014) realizada em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais identificou um número muito mais elevado de gestações. Assim, verificou-se que a maioria (35,0%, n=144) teve quatro ou mais gestações, as demais gestaram um (18,7%, n=77), dois (18,0%, n=74) e três (16,5%, n=68) bebês. Além disso, 11,7 % (n=48) afirmaram nunca ter engravidado.

Quanto ao número de partos vaginais das participantes do estudo, este variou entre um (30,76%, n=4), dois (30,76%, n=4) e seis (15,38%, n= 2), e o número de cesáreas entre um (38,46%, n=5), dois (15,38%, n=2) e três (7,69%, n=1). Na literatura, não foram encontrados estudos em que tenham sido consideradas as vias de parto de mulheres quilombolas. Entretanto, autores (GOES; NASCIMENTO, 2012) salientam que existe uma concepção cultural de que as mulheres negras são mais resistentes e suportam mais a dor do que outras mulheres. Com isso, o cuidado ofertado a estas costuma direcioná-las ao parto vaginal, ao contrário das mulheres brancas, que costumam ser orientadas e também optam mais por cesáreas. Na comunidade quilombola deste estudo, os partos vaginais sobrepuseram-se às cesáreas, principalmente, pelo fato delas residirem distante do hospital e também pelo parto por via vaginal ser uma prática culturalmente aceita e valorizada entre estas mulheres.

Ademais, outros dados não considerados no presente estudo, mas em outros, foram a idade da primeira gestação (DINIZ, 2008; RISCADO et al, 2008; OLIVEIRA et al, 2014) e o intervalo entre as gestações (DINIZ, 2008). Em relação à idade, embora as participantes

tenham alegado que a gravidez na adolescência era comum na comunidade, no instrumento de coleta de dados, não foram previstos questionamentos sobre esses aspectos.

Verificou-se também a ocorrência de abortos entre as mulheres, sendo que uma delas referiu ter apresentado um aborto e outra dois, o que representa uma incidência baixa neste local. Em contraponto, estudo (DINIZ, 2008) desenvolvido em uma comunidade quilombola de Goiás, constatou uma incidência alta de abortos, os quais representaram 8,32% do total das gestações.

No que se refere ao número de filhos vivos, a maioria (38,46%, n=5) referiu ter três filhos. As demais referiram que possuíam um (15,8%, n=2), dois (15,8%, n=2), cinco (7,69%, n=1) e sete (7,69%, n=1) filhos. Em outras produções evidenciadas na literatura, observou-se uma média de 4,5 (SILVA et al, 2008) e 5,4 (RISCADO et al, 2008) filhos entre as mulheres entrevistadas.

Ainda foi questionado às participantes se elas haviam realizado acompanhamento pré-natal, sendo identificada apenas uma participante que não realizou. Questionou-se também o número de consultas realizadas e o período em que iniciaram o acompanhamento, contudo, como a maioria vivenciou suas gestações há muitos anos, elas não souberam fornecer estas informações de maneira fidedigna. Apesar disso, percebe-se que o acompanhamento pré-natal é feito por grande parte das mulheres quilombolas, conforme apontam autores (RISCADO et al, 2008), que verificaram que 92,1% das mulheres entrevistadas, em seu estudo, realizaram as consultas preconizadas neste período.

Investigou-se, também, se as mulheres apresentaram alguma complicação durante o período gravídico-puerperal, e a maioria (53,84%, n=7) afirmou que não. Entre aquelas que afirmaram terem apresentado, foi destacado como complicações caxumba, problemas na coluna, varizes e hipertensão durante a gestação. Pondera-se que a percepção das mulheres em relação ao que pode ou não ser uma complicação pode ser influenciada por inúmeros fatores, como a condição socioeconômica, o nível de escolaridade, o ambiente familiar e comunitário, o significado da gestação para a mulher e sua família, as crenças relativas a esse evento, dentre outros.

No tocante à amamentação, todas as participantes que já haviam gestado afirmaram ter amamentado seus filhos. O tempo de amamentação variou entre 15 dias a cinco anos, e o tempo médio ficou entre seis e nove meses. Ao questionar as razões que as levaram a interromper o período de amamentação, verificou-se que eles convergem com os motivos

referidos por outras mulheres (ARAÚJO et al, 2008; JUNGES et al, 2010), sejam elas quilombolas ou não.

As mulheres deste estudo referiram motivos variados para o desmame, entre eles, o bebê não queria mais o leite materno; o bebê foi hospitalizado; o leite acabou/secou; não possuía leite; crença de que o leite materno não alimentava a criança ou não era suficiente; a postura adotada durante a amamentação gerava dor nas costas da mulher. Ressalta-se que, entre as entrevistadas, prevaleceu as crenças de ausência de leite, leite fraco ou pouco leite. A crença do leite fraco, pouco ou insuficiente tem sido, culturalmente, utilizada como razão para o insucesso com a amamentação (JUNGES et al, 2010).

Além disso, ressalta-se que, embora as participantes tenham elencados os motivos para interromper a amamentação, ao questionar se elas haviam apresentado alguma complicação durante o período de amamentação, apenas duas mulheres afirmaram ter apresentado problemas, dos quais, uma afirmou que “o leite não descia” e outra que “o leite secou”. Desse modo, infere-se que apesar de a maioria não ter apresentado nenhuma complicação associada à amamentação, ainda assim elas optaram pelo desmame.

Com relação à realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, três (23,07%) nunca haviam realizado o exame, e a maioria (53,84%, n=7) havia realizado o exame no ano de 2013. As demais realizaram o último exame em 2012 (15,38%, n=2) e 2010 (7,69%, n=1). Percebe-se, assim, que a prática de realização do exame variou entre as mulheres.

Nesse contexto, um estudo transversal de base populacional (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014), realizado com 348 mulheres quilombolas, verificou que 56,3% (n=196) havia realizado o exame há mais de três anos, 16,4% (n=57) realizou há menos de três anos e 27,3% (n=95) nunca havia o realizado. Em relação àquelas que nunca realizaram o exame, os autores (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) atribuíram aos seguintes fatores: faixas etárias entre os 18 e 29 anos e os 50 e 59 anos, pouca escolaridade, não ter cônjuge, buscar atendimento à saúde em serviços diferentes de seu local de residência e ter realizado exame clínico das mamas há três anos ou mais ou nunca tê-lo realizado.

Concernente à utilização de métodos contraceptivos, cinco referiram que não utilizavam nenhum método; cinco alegaram que haviam realizado laqueadura; duas utilizavam anticoncepcional oral e preservativo; e uma, conforme mencionado, ainda não havia mantido relações sexuais. Ao relacionar estes achados com outro estudo (DINIZ, 2008), é possível inferir que as mulheres consideram que a utilização do preservativo só é necessária

para evitar uma gravidez indesejada, desconsiderando sua importância na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No estudo citado (DINIZ, 2008), por exemplo, das 363 mulheres entrevistadas, apenas 10% afirmou ter utilizado métodos contraceptivos (contraceptivos orais e chás) antes da primeira gestação. Depois do parto, o número de mulheres que passou a utilizar algum método subiu para 12,5%. Além disso, outra pesquisa (OLIVEIRA et al, 2014) desenvolvida com mulheres de comunidades quilombolas, localizadas em Minas Gerais, sinalizou que 29,2% (n=120) utilizava anticoncepcional oral, 10,7% (n=44) usava outros métodos contraceptivos, 24,3% (n=100) havia realizado laqueadura, e 60,1% (n=247) não fazia uso de nenhum método.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O delineamento deste estudo permitiu identificar as características socioeconômicas e de saúde do grupo de mulheres, observando semelhanças e divergências entre mulheres, e em alguns casos homens, quilombolas de outras comunidades, distribuídas pelo Brasil. Com isso, pode-se verificar que este grupo possui suas particularidades e singularidades, as quais devem ser observadas pela gestão, bem como pelos profissionais e serviços de saúde.

Constatou-se que muitas das características apresentadas pelas mulheres deste estudo estão condicionadas ao contexto de vida em que elas vivem. Neste cenário, são vivenciadas inúmeras desigualdades e dificuldades, que influenciam diretamente em suas condições de vida e de saúde.

Apontam-se como limites deste estudo alguns questionamentos que exigiam que as mulheres resgatassem algumas experiências vividas há muito tempo, principalmente àquelas ligadas ao período gravídico-puerperal. Com isso, pondera-se que algumas respostas possam não ter sido fornecidas com a precisão necessária, o que dificultou o seu aprofundamento neste estudo.

Além disso, salienta-se a escassez de estudos sobre as características socioeconômicas e de saúde das comunidades quilombolas existentes, particularmente no que se refere aos dados investigados neste estudo. Evidenciando-se, por exemplo, a inexistência de produções relacionadas com a distribuição dos indivíduos por gênero e idade, as preferências religiosas, a composição das famílias (considerando os membros do grupo familiar que residem no mesmo domicílio), os movimentos migratórios dos indivíduos para a zona urbana das cidades ou outros cenários, e as vias de parto escolhidas por mulheres quilombolas.

Almeja-se que este estudo desperte reflexões e estimule a elaboração de estratégias de saúde, que levem em consideração as características apresentadas por este grupo de mulheres, e valorizem e respeitem as suas especificidades e histórias de vida. Considera-se que pesquisas como esta possam dar visibilidade às mulheres quilombolas, contribuindo em ações mais resolutivas diante dos agravos vivenciados por elas.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L. B. S. P. **Políticas públicas de saúde da mulher**. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 1-29

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p. 488-92, 2008.

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1835-47, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 17 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Programa Brasil Quilombola**. Comunidades Quilombolas Brasileiras Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. SEPPIR: Brasília, 2003.

CORDEIRO, R. C.; FERREIRA, S. L. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres com anemia falciforme. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 352-8, 2009.

CUNHA, E. M. G. P. **Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios**. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F., organizadores. *Saúde da população negra*. Brasília, DF: ABPN, 2012.

DINIZ, M. E. C. G. **Fecundidade e genética em Kalunga: busca de associação entre dados demográficos e marcadores moleculares num remanescente de quilombo brasileiro.** 2008. 68 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

DOMINGUES, P. M. L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285-92 2013.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. **Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia.** In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F., organizadores. Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN, 2012.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-42, 2013.

JUNGES, C. F. et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 343-50, 2010.

LARA, L. M. Esporte e lazer em comunidades quilombolas no Paraná: identificando realidades e apontando desafios para implementação e/ou aprimoramento de políticas públicas. **Pensar a Prática**, v. 15, n. 1, p. 37-51, 2012.

MARQUES, C. E.; GOMES, L. A Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneo: limites e potencialidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 81, p. 137-53, 2013.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 2473-9, 2006.

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

NASCIMENTO, L. B. et al. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 6, p. 657-60, 2009.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535-44, 2014.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**, v. 22, n. 3, p. 307-13, 2014.  
PRIORI, A. et al. **Comunidades quilombolas no Paraná**. In: PRIORI, A. et al. História do Paraná: séculos XIX e XX [online]. Maringá: Eduem, 2012. p. 47-58.

RISCADO, J. L. S. et al. Saúde, comunidade remanescente de quilombo Poço do Sal e aproximação às práticas de enfermagem a partir da disciplina Metodologia Científica e Pesquisa em Saúde, da FASVIPA, Pão de Açúcar/AL. **Anais do 11º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem (CBCEFN)**. Belém-PA: CBCENF, 2008. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd\\_anais/pdf/id173r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id173r0.pdf)>. Acesso em: jan. 2015.

SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1142-9, 2011.

SANTOS, J. B. Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irará (BA). **Revista Nures**, v. 13, n. 5, p. 1-35, 2009. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/revistanures/Revista13/santos.pdf>>. Acesso em: nov. 14.

SILVA, J. A. N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, Uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-24, 2007.

SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem**. 2012. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde & Sociedade**, v.19, n. 2, p. 109-20, 2010.

SILVA, V. O. et al. Saúde, comunidade remanescente de quilombo Chifre de Bode: aproximação alunos enfermagem às práticas comunidade. **Anais do 11º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem (CBCEFN)**. Belém-PA: CBCENF, 2008. Disponível em: <<http://189.59.9.179/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=1&sec=22&niv=4&mod=1&con=129&pdf=1>>. Acesso em: jan. 2015.

SILVEIRA, C. L. et al. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 585-92, 2011.

SOUZA, L. O. et al. Triagem das hemoglobinas S e C e a influência das condições sociais na sua distribuição: um estudo em quatro comunidades quilombolas do Estado do Tocantins. **Saúde & Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1236-46, 2013.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em debate**, v. 37, n. 99, p. 610-8, 2013.

## ARTIGO 2

### Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde<sup>5</sup>

#### Resumo

Este artigo objetiva conhecer os significados atribuídos por mulheres de uma comunidade quilombola ao cuidado à saúde. Estudo qualitativo descritivo, com vertente antropológica, realizado com 13 mulheres quilombolas. A produção dos dados ocorreu em fevereiro de 2014, por meio da técnica de grupo focal. Os dados foram analisados conforme a análise de conteúdo temática da proposta operativa e interpretados sob o prisma da antropologia interpretativa. 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. Para garantir ou manter o cuidado à saúde, elas enfrentam inúmeras dificuldades associadas, principalmente, à falta de transporte, condições financeiras precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Contudo, vislumbram estratégias em curto e longo prazo para garantir que o cuidado à saúde seja mantido. 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, portanto, devem ser observados sob uma perspectiva cultural.

**Palavras-chave:** saúde da mulher, grupo com ancestrais do continente africano, cultura.

#### Abstract

This article aims to know the meanings assigned for women of quilombola community to the health care. Qualitative descriptive study, with anthropological aspect, performed with 13 quilombola women. The production of the data occurred in February 2014, through the focal group technique. Data were analyzed according to thematic content analysis of operative proposal and interpreted under the prism of interpretive anthropology. The meanings assigned by women health care are conditioned to work, food, hygiene, physical activity and prevention actions of harms to health, from realization of preventive exam and the practice of safe sex. To secure or maintain the health care, they face numerous difficulties associated with, mainly, the lack of transportation, precarious financial conditions and difficulty of

---

<sup>5</sup>Este artigo será formatado e submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

access to health services. However, trends in short-and long-term strategies to ensure that health care is maintained. The meanings tied by quilombola women about health care are considered cultural products, that should be seized within the context in which they were built and, therefore, should be observed under a cultural perspective.

**Keywords:** women's health; african continental ancestry group; culture.

## 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 (COLLIÈRE, 1999; SILVA et al, 2009). Inicialmente, o cuidado envolvia basicamente uma forma de sobrevivência para viver com saúde, felicidade e bem-estar, por meio da alimentação, reprodução e defesa da espécie, e também abrangia a cura em situações de doenças. De uma forma geral, possuía o objetivo de manter a vida e retardar a morte. Era fundamentado nas forças místicas e na ação da natureza, e desenvolvia-se sem um conhecimento prévio e sem associação a nenhum ofício ou profissão (COLLIÈRE, 1999; PIRES, 2009). Com a evolução da espécie humana, outras formas de cuidar foram sendo desveladas.

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 (PIRES, 2009). Por ser um fenômeno vital e essencial na vida do indivíduo, considera-se que àquele que não recebe cuidado, desde o nascimento até a morte, pode desestruturar-se, definhando, perder o sentido e, até mesmo, morrer (BOFF, 1999).

Portanto, o cuidado faz parte da natureza, essência e constituição do ser humano nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, e apresenta-se em todas as situações, antes de toda ação e atitude, expressando-se por meio do modo de ser, sentir e viver do homem. Por isso, está intrinsecamente ligado à sua essência, pois o ser humano precisa ser cuidado e também necessita cuidar (BOFF, 1999; PIRES, 2009).

Nessa perspectiva, destaca-se que o cuidado pode apresentar diversos significados sem uma concepção definida, pois abarca a percepção individual e subjetiva de cada indivíduo (SILVA et al, 2009; BARRA et al, 2010). Além disso, elementos como a cultura, a linguagem, a religião e os contextos social, político, educacional e econômico podem

influenciar a forma como se manifestam os cuidados (GONZÁLEZ; RUIZ, 2011; REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012).

Entre esses aspectos, destaca-se a cultura, a qual representa, neste estudo, um sistema emaranhado de símbolos interpretáveis e socialmente estabelecidos, capazes de direcionar o comportamento, orientar e dar significado às práticas e ao mundo social (GEERTZ, 2011). O cuidado que se dá a partir da cultura é denominado cuidado cultural e envolve valores, costumes, tradições e crenças que auxiliam um grupo de indivíduos na manutenção de seu bem-estar, assim como no enfrentamento da morte e/ou de uma determinada incapacidade (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012). Ademais, entende-se que a cultura é essencialmente semiótica, ou seja, exige uma compreensão e interpretação à procura de significados (GEERTZ, 2011).

Destarte, faz-se necessário reconhecer, compreender, interpretar e trabalhar com a influência exercida pelas diferentes culturas sob o cuidado, compreendendo e interpretando comportamentos, ideias, sentimentos, símbolos e significados, imersos nestes contextos (NEVES, 2002; GONZÁLEZ; RUIZ, 2011). Um destes contextos são 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 (INCRA, 2013).

A partir do exposto, este estudo tem 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 cultural, 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.

## **METODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, com vertente antropológica, realizada com 13 mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul. Para a definição da população do estudo, foram consideradas, entre os critérios de inclusão, as mulheres quilombolas, com idade mínima de 12 anos (considerada como faixa etária de início da adolescência, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente), que residiam na comunidade.

A produção dos dados embasou-se na técnica de grupo focal, a qual consiste em um método desenvolvido a partir da interação grupal, capaz de permitir o conhecimento de pontos

de vista, práticas, atitudes, comportamentos e sentimentos em torno de uma determinada temática. Por meio desta técnica, é possível compreender como os indivíduos percebem suas vivências e os significados que lhes atribuem (BISOL, 2012; RESSEL et al, 2008).

A composição do grupo considerou características homogêneas e algumas particularidades entre as participantes. Como características comuns, as participantes residiam na mesma comunidade e, em relação às particularidades, integraram-se mulheres que se encontravam em fases distintas do ciclo vital (adolescência, vida adulta e velhice), a fim de aprofundar e enriquecer o debate.

Foram realizadas três sessões da técnica de grupo focal, todas no mês de fevereiro de 2014. Nestas, além das mulheres do quilombo, participaram uma moderadora e um observador. Para o desenvolvimento das sessões, elaborou-se um roteiro com um guia de temas, de acordo com os objetivos de cada encontro, que previa a utilização de técnicas e dinâmicas, além de questões disparadoras.

O presente estudo aborda os dados produzidos no encontro, que teve como tema foco “o cuidado à saúde”. Para incitar o debate em torno desta temática, utilizou-se a dinâmica *brainstorming* (também chamada de explosão de ideias ou tempestade cerebral), na qual as participantes foram convidadas a expressar, com o menor número de palavras, em uma folha de papel, as suas concepções sobre o tema. Ao longo das expressões, 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 da proposta operativa (MINAYO, 2014), que operacionalmente foi realizada em duas fases: exploratória e interpretativa. Na fase exploratória, investigou-se e buscou-se compreender a história do grupo, o ambiente, as condições socioeconômicas, a participação e inserção deste na sociedade, entre outros.

A fase interpretativa dividiu-se em duas etapas: ordenação e classificação dos dados. Sendo que, na fase de ordenação, realizou-se a transcrição e a organização das falas das participantes, em determinada ordem, permitindo, assim, a criação de um mapa horizontal das descobertas no trabalho em campo. Já a fase de classificação dos dados, subdividiu-se em outras quatro etapas: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório.

Assim, inicialmente, foi realizada a leitura exaustiva de todos os dados produzidos em campo. Durante esta leitura, foram registradas as primeiras impressões acerca dos dados,

atentando para as estruturas de relevância, ideias centrais, momentos-chave e posturas das participantes acerca do tema em foco. A seguir, realizou-se o recorte das falas em “unidade de sentido” e, posteriormente, estas foram agrupadas em temáticas que apresentavam afinidades.

A partir disso, os dados passaram pela análise final, na qual foram confrontados com os pressupostos teóricos acerca do tema. O relatório consistiu na apresentação dos resultados da pesquisa, em que serão apresentados os significados das falas, assim como convergências, divergências e semelhanças existentes entre os depoimentos das participantes e o aporte teórico da antropologia interpretativa (GEERTZ, 2011).

Foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 13 de dezembro de 2013, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346.

As sessões da técnica de grupo focal foram gravadas e, a seguir, transcritas, respeitando-se o anonimato das mulheres. As participantes foram identificadas pela letra “P”, acompanhada de um numeral (P1, P2, P3, e assim, sucessivamente). Foi fornecido às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado por estas e pelas pesquisadoras. Este documento foi desenvolvido em duas vias, das quais uma ficou em posse da participante e a outra da pesquisadora responsável. O grupo contou com a participação de uma adolescente. Para esta, foi apreciado o Termo de Assentimento. Além disso, a responsável pela adolescente também autorizou sua participação e assinou o TCLE.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise, em torno do debate grupal, permitiu evidenciar que os significados evidenciados, entre as mulheres quilombolas, acerca do cuidado à saúde derivam de proposições, crenças, valores e práticas instituídas e transmitidas dentro do contexto cultural da comunidade quilombola estudada. Nesse sentido, mediante as ponderações realizadas a partir das falas das participantes, emergiram as seguintes temáticas: “O cuidado à saúde entre mulheres quilombolas: revelando significados”; “Dificuldades vivenciadas por mulheres quilombolas para cuidar da saúde”; e “Vislumbrando estratégias para garantir o cuidado à saúde”.

### **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, inicialmente, suas percepções sobre o termo “cuidado”. A partir da manifestação das participantes, esperava-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, verificou-se que, para as mulheres deste estudo, o cuidado é dotado de significados estreitamente vinculados com a saúde.

Dessa forma, observou-se um entendimento coletivo de que cuidado possui uma relação direta com saúde, ou com outros conceitos que têm como fim a geração ou manutenção da saúde. Os fragmentos de falas, a seguir, demonstram as percepções das participantes.

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

*Eu escrevi também [na folha de papel] saúde (P2).*

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

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

Entende-se que o significado de cuidado, revelado pelas participantes, envolve percepções de priorização na vida próprias, únicas e subjetivas, mas também culturalmente padronizadas, pois resultam de uma construção cultural, construída no quilombo, na qual estão imersos aspectos sociais, históricos e culturais (HELMAN, 2009). Logo, as concepções apresentadas derivam das relações estabelecidas, do próprio cenário de convívio estabelecido na comunidade e que exige a manutenção da saúde como essencial para dar conta de todas as atividades do cotidiano, e das representações individuais interiorizadas em cada uma destas mulheres. Nessa direção, verifica-se que a saúde possui um valor cultuado por estas mulheres, sendo considerada prioritária e fundamental.

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

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

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

Nestas falas, o valor atribuído ao cuidado à saúde relacionou-se com as tarefas desenvolvidas pelas mulheres no dia a dia e a possibilidade de poder produzir e contribuir dentro do contexto familiar ou comunitário. O mesmo achado pode ser percebido em um estudo (HOGA, 2004) 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 doméstico quanto no extradomiciliar. Assim, o cuidado à saúde e o trabalho demonstram estar estritamente ligados (THUM; CEOLIN; BORGES, 2011).

Em um estudo (HOGA, 2004), é possível verificar que o cuidado com a saúde assume um valor vital, pois por meio deste, a mulher pode desenvolver as atividades no lar e/ou fora dele, já que existe uma preocupação com a subsistência e com a própria sobrevivência. Portanto, observam-se semelhanças entre as concepções das participantes deste estudo (HOGA, 2004) e das mulheres da comunidade estudada, visto que ambas buscam a manutenção da saúde visando o trabalho.

Para alcançar ou manter uma condição plena de saúde, as mulheres quilombolas desenvolvem cuidados relacionados com a promoção da saúde, o que envolve ações relativas à alimentação, higiene e atividade física, e com a prevenção de doenças. No que concerne à alimentação, as falas apontam as concepções das participantes.

*Comer bastante verdura (P1).*

*Cuidar da nossa alimentação é o principal [...] (P3).*

*Alimentação também é um cuidado com a saúde. [...] Se alimentar. Então, a alimentação é o principal. 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).*

Percebe-se, nessas falas, que a alimentação é entendida como um elemento essencial no cuidado à saúde, sendo considerada como uma prioridade. Associada à alimentação, ainda foram mencionadas as práticas de higiene adotadas durante esse processo, as quais também demonstraram serem condutas adotadas e recomendadas pelas mulheres, durante o preparo dos alimentos.

Sob o prisma do referencial da antropologia (HELMAN, 2009; LANGDON; WIJK, 2010), observa-se que, dependendo do grupo ou sociedade considerada, a alimentação pode englobar diferentes crenças, práticas, papéis e significados simbólicos, os quais são padronizados pela cultura. Nesse sentido, 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.

Na comunidade quilombola estudada, percebe-se que os alimentos não consistem apenas em uma fonte de nutrição, mas representam valores sociais e culturais atrelados ao cuidado à saúde. Logo, conforme indicam autoras (JUNGES; RESSEL; MONTICELLI, 2014), 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. Dessa forma, vislumbrou-se que uma alimentação saudável, associada à higiene adequada dos alimentos, apresenta-se como imprescindível no cuidado à saúde das mulheres deste quilombo.

Além disso, verificou-se que a higiene, no discurso das participantes, não emergiu apenas como uma medida necessária no preparo dos alimentos, mas também como uma ação voltada para o cuidado com o corpo. Os fragmentos de falas abaixo relacionam a higiene bucal e corporal com o cuidado à saúde da mulher.

*É ir no dentista também (P1).*

*Lavar as mãos. [...] Escovar os dentes. [...] Tudo tem a ver com a higiene. [...] O banho. (P4).*

*É a gente ter higiene no corpo. [...] É um cuidado que a gente, como mulher, precisa de muita higiene no corpo. [...] Aí evita até uma doença. Entende? [...] Eu coloquei aqui [na folha de papel] primeiro ponto com a saúde bucal. Escovar bem os dentes. Cuidar da higiene do corpo (P5).*

Observa-se a importância atribuída pelas mulheres à higiene, e em especial à saúde bucal e corporal, destacando-a como um fator determinante no cuidado à saúde, contribuindo, até mesmo, para a prevenção de doenças. Corroborando com estes achados, um estudo (HOGA, 2004) também identificou que as mulheres entrevistadas consideravam dentro do rol de cuidados associados à saúde as ações voltadas para higiene.

Nessa direção, autores (LANGDON; WIJK, 2010) explicam que cada cultura estabelece os significados de limpeza e higiene, determinando a classificação e a distinção entre o que é limpo e o que é sujo, bem como quais são as práticas que acarretam nessas condições. Portanto, pode-se afirmar que a cultura delimita como os indivíduos visualizam as questões ligadas à higiene e à limpeza, e condiciona a forma como irão representar esses aspectos em seu corpo. Desse modo, as mulheres deste cenário de estudo compreendem e

expressam a higiene e a limpeza em seus corpos por meio do banho, lavagem das mãos, escovação dos dentes e consulta odontológica.

Associada ainda 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).*

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

*Exercício físico... [...] Eu, 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 estudos (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; SANTOS; ASSUNÇÃO; LIMA, 2014; SOARES; BARRETO, 2014) desenvolvidos em comunidades quilombolas, percebe-se que no universo cultural em que residem as mulheres do presente estudo a prática de atividade física é 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. Estas envolvem os cuidados na utilização de banheiros públicos, a realização de exames preventivos e a relação sexual realizada de forma segura, com o uso de métodos contraceptivos. Inicialmente, destacou-se o cuidado que apresentam 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. [...] A gente não sabe. Depois, tantas doenças, que tem hoje, tantos vírus e enfermidades que tem hoje. Isso aí é em todas as partes (P5).*

Nestes fragmentos de falas, mais uma vez, verificam-se as concepções e as significações em torno do que é limpo e sujo (LANGDON; WIIK, 2010), além de uma preocupação sobre este último e os prejuízos que pode causar a saúde. Dessa forma, a utilização de banheiros públicos, na visão das participantes do estudo, é uma prática atrelada à impureza e sujidade, sobre a qual foram construídos conhecimentos, que são repassados entre as demais mulheres da comunidade.

Na sequência, as mulheres ainda mencionaram a importância da realização de exames preventivos no cuidado, especificamente, à saúde da mulher.

*Eu não tenho idade [para fazer mamografia], eu tenho que esperar. [...] Eu, preventivo, eu faço. Todos os anos eu faço. [...] É o principal, porque elas [células cancerígenas] crescem [...] Porque 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. Eu, o que eu mais cuido. [...] Porque eu tenho que fazer. E aí eu vou e faço (P1).*

*Eu, sinceramente, não faço [mamografia]. Mas mamografia eu acho que não tem idade. [...] Olha, o preventivo? Sinceramente, é difícil de eu fazer. [...] Eu já não cuido direito da saúde (risos) (P3).*

*Eu faço. Eu recém fiz. A primeira mamografia. [...] Fazer os exames. [...] Cuidar da saúde (P4).*

*Nós como mulheres, devemos ter cuidado com o nosso corpo também. Procurar fazer os exames tudo direitinho. [...] Fazer sempre os exames preventivos e mamografia. [...] Uma vez por ano sempre que for preciso. Às vezes, eles indicam para gente fazer duas vezes por ano. [...] Eu estou sempre alertando elas: “vocês tem que fazer o preventivo”. [...] É obrigatório. É o principal. [...] Pois, se no caso, vir o médico aqui, aí essas que não fazem, vão ter que fazer. O médico ou a doutora, sei lá, a ginecologista, vai perguntar: - por que não fazem? (P5).*

Em seu estudo, autora (HOGA, 2004) também identificou nos depoimentos das participantes de seu estudo (mulheres de uma comunidade de baixa renda) a importância atribuída à assistência à saúde na instância preventiva. Em ambos estudos, foi possível constatar que a realização de exames preventivos é uma prática muito variável entre as mulheres, existindo àquelas que preocupam-se em desenvolvê-los periodicamente e outras que, embora reconheçam a sua importância, não o fazem. Estas, por sua vez, se autoclassificam como negligentes em relação à própria saúde. As falas ainda sinalizam o entendimento próprio da importância de vigilância preventiva por meio de exames periódicos e também porque poderão ser cobradas pelo médico acerca da falta de controle de sua saúde.

Cabe ainda destacar que, segundo as participantes, próximo ao cenário do estudo é oferecido atendimento gratuito para realização do exame citopatológico. Entretanto, conforme elas há pouca procura pelo exame.

*Preventivo sopra. [...] Em outubro, [...] eles vieram aí no colégio, eu fiz. Tinha duas pessoas só para fazer o preventivo [...] mas é o único [exame], acho, que eles ofertam mais (P2).*

Nessa direção, autores (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) buscaram analisar os fatores associados a não realização deste exame entre mulheres quilombolas de um município localizado na Bahia. Eles identificaram que das 348 mulheres incluídas na análise, 196 haviam realizado o exame há mais de três anos, 57 realizou há menos de três anos e 95 nunca realizou.

Entre os fatores atribuídos pelos autores (OLIVEIRA; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014) para a não realização do exame estavam a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, o pertencimento a determinados grupos étnicos, a situação conjugal (neste caso, incluem-se as solteiras, separadas e viúvas), as faixas etárias entre os 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, entre outros. No presente estudo, a participante que manifestou não realizar os exames preventivos, demonstrou ter consciência da importância do exame, contudo, não o desenvolvia e, por isso, considerava que não cuidava direito da própria saúde. Além dela, outra participante também manifestou-se quanto ao exame.

*Olha, eu, com 52 anos, eu nunca soube o que era fazer um preventivo, porque quem é que faz o preventivo? Quem é que faz, gurias? É o doutor que faz. Ai, mas eu não me animo a chegar lá e abrir as pernas para o doutor (P7).*

Em outro estudo, identificou-se que o constrangimento da mulher durante a realização do exame citopatológico acentua-se quando o profissional de saúde que conduz o exame é do sexo masculino (FERREIRA, 2009). Pondera-se que este sentimento se manifesta porque remete às construções socioculturais relativas aos papéis feminino e masculino na sociedade, os quais foram internalizados por meio dos processos de socialização primária e secundária, fazendo com que as mulheres sintam-se desconfortáveis quando expostas aos homens, mesmo que estes sejam profissionais de saúde.

Por fim, envolvendo as ações voltadas para a prevenção de doenças foi destacada a atividade sexual associada ao uso de métodos de contracepção, a qual foi percebida como um cuidado à saúde, conforme manifestado por uma das participantes.

*Se prevenir sempre que fizer relação sexual também. Isso é uma prevenção. Porque a gente sempre tem que cuidar, entende? [...] Tem que se prevenir (P5).*

Este fragmento de fala demonstra o conhecimento existente em relação aos métodos contraceptivos não apenas como uma alternativa para evitar a contracepção, mas também como fundamentais na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como o códon. Além disso, também descortina o comportamento da mulher frente à relação sexual, o qual varia amplamente de uma cultura para outra (HELMAN, 2009).

Ainda é possível confrontar a fala da participante do presente estudo com os achados de outra pesquisa (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010) desenvolvida com mulheres quilombolas de algumas comunidades remanescentes de quilombos de Alagoas. Nesta, evidenciaram-se o silêncio e a passividade das mulheres frente aos companheiros. As mulheres do estudo (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010) demonstraram ter pouco conhecimento sobre os métodos contraceptivos, apresentar muitos mitos em relação a alguns métodos e não exigir do companheiro a utilização destes durante o ato sexual.

Sob a perspectiva cultural (HELMAN, 2009), percebe-se que os comportamentos das mulheres do estudo (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010) são resultantes de uma construção cultural em que foram atribuídos socialmente os papéis a serem desempenhados pelo homem e pela mulher, e na qual há uma diferenciação no poder físico, social e econômico entre homens e mulheres. Com isso, muitas vezes, a mulher reluta em sugerir a utilização do método contraceptivo, pois teme que este possa ameaçar a sobrevivência da relação conjugal ou prejudicar a intimidade devido a uma possível falta de confiança no companheiro.

### **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, no cotidiano, elas referiram vivenciar inúmeras dificuldades para desenvolver esses cuidados.

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

*Eu escrevi também saúde. É que a gente aqui tem mais dificuldade de saúde (P2).*

*A dificuldade é com a saúde aqui para nós, não tem aqui (P3).*

Assim como em outras comunidades quilombolas, uma das maiores problemáticas enfrentadas neste cenário se refere à ausência de um serviço de saúde local que possa atender integralmente todos os moradores. Diante disso, as participantes listaram dificuldades relacionadas ao deslocamento do quilombo até os serviços de saúde, as condições financeiras precárias, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos tanto na zona urbana quanto àqueles ofertados na escola próxima à comunidade. Durante o debate grupal, as mulheres citaram, principalmente, as dificuldades enfrentadas para se deslocar até a área urbana do município.

*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 (risos) [...] Às vezes, ele cobra dez da gente. Última vez que eu vim, ele me cobrou treze reais e quando eu fui, ele me 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 [...] Antes, eu simplesmente tinha que pedir para o meu vizinho mais perto, porque aqui ninguém tinha carro ainda. [...] Eu desesperada gritava para os vizinhos [...] Às vezes, atacava quando passavam: - por favor, me levem para cidade. Aí, às vezes, tinha um de bom coração [...] (P2).*

*A passagem é muito cara. Às vezes, não tem dinheiro (P3).*

*Aqui a passagem de ônibus é cara. [...] Eu, para mim, eu acho caro. Vinte reais para ir, vinte reais para vim. Então, quarenta. E se já dá 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).*

Frente aos relatos, o deslocamento destas mulheres até os serviços de saúde torna-se algo complexo, na medida em que muitas não possuem um veículo de transporte próprio, que permita que elas possam deslocar-se à cidade a qualquer momento. Com isso, a única alternativa acaba sendo solicitar auxílio aos outros moradores do local ou aguardar pelo único meio de transporte oferecido pelo município, o qual não apresenta muitas opções de horários e dias para a sua; além de não apresentar uma padronização em relação ao preço cobrado pelo motorista, o que gera uma situação de imprevisibilidade às mulheres e os demais moradores do quilombo, que nunca sabem quanto lhes será solicitado ao final do percurso realizado.

Nessa mesma perspectiva, em estudo na literatura (HOGA, 2004) também foi possível verificar que as participantes enfrentavam dificuldades no deslocamento até o serviço de saúde, principalmente, devido à falta de recursos financeiros. Entretanto, neste estudo (HOGA, 2004), elas não residiam em localidades geograficamente distantes, como as mulheres quilombolas deste estudo, o que agrava ainda mais a sua situação.

As participantes referiram que, em algumas situações, a fim de se deslocarem até o hospital do município solicitam o transporte para vizinhos, Nestas ocasiões, elas ressaltaram que também têm despesas financeiras.

*Eu me lembro bem que a gente pedia aqui para o [nome do morador do quilombo] e não era muito barato para nos levar lá [...] Aqueles anos, há cinco anos atrás, 100 reais era dinheiro. Ainda é e, às vezes, a gente não tinha. Não tinha esse dinheiro para levar (P2).*

*Tem que arrumar uma carona. [...] Às vezes, não tem, não querem levar as pessoas de 'fiado' [se referindo à venda/compra feita a crédito/prazo e marcada em uma conta] (P8).*

Percebe-se, mediante estes relatos, a forma como a comunidade se estruturou e as relações construídas entre os moradores do quilombo, que apesar de possuírem laços consanguíneos, demonstram ter relações distantes. Culturalmente, a família tende a dar suporte quando um de seus integrantes está doente ou necessita de atendimento no setor formal de saúde (HELMAN, 2009). Contudo, percebe-se que, na comunidade em questão, este suporte não se dá da mesma forma, pois embora tenham parentesco e se conheçam, em alguns casos, a relação permanece na superficialidade.

Uma das participantes ainda relatou uma situação de urgência vivenciada junto a uma moradora do quilombo. Na ocasião, ela necessitou deslocar-se até o pronto socorro do município, pois temia que algo mais sério ocorresse com a vizinha até que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) chegasse ao quilombo.

*E eu ligando para SAMU [...] E eles querem explicação primeiro. Detalhes. Tem que dar mínimos detalhes. E a gente naquele desespero ainda vai tá dando detalhes. [...] Foi horrível. A gente se foi [para a cidade], arriscando porque o [morador do quilombo] não tem carteira [de motorista], mas no caso de doença a gente não vai deixar uma pessoa morrer aqui fora (P3).*

Frente a estes relatos, é possível verificar as condições de vulnerabilidade a que estão submetidas estas mulheres 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.

Desse modo, 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.

*É uma dificuldade para gente. [...] Tem que ir bem cedo, se quer pegar ficha, tem que ir quatro horas [da madrugada] [...] De primeiro a gente tinha prioridade, quem era de fora,*

*eles abriam exceção, mas agora não. Agora é ir para lá. Ficar lá. Tem que enfrentar fila (P2).*

*Dificuldade para marcar um exame lá. Também é tudo tão difícil para gente que mora aqui fora. E, às vezes, nunca marca num dia, por exemplo, para fazer no mesmo dia. Até conseguir uma vaga. A gente que mora aqui fora é tão difícil. A gente mora longe. É distante e tem que ir de ônibus. [...] E outra mesmo que ônibus é só duas vezes na semana aqui, na terça e na quinta. A passagem é cara (P4).*

*Eu tinha que lá marcar uma consulta, não consegui, gurias, porque eu não tenho endereço na cidade, eu moro para fora. E aí? Chega lá, não tem ficha. A gente sai daqui, chega lá [...] Tem que posar lá, para pegar uma ficha e os postos não aceitam a gente (P9).*

Verificou-se que as dificuldades manifestadas pelas participantes assemelhassem às apresentadas por mulheres quilombolas de outra comunidade (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010), na qual as mulheres também têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, devido à distância geográfica e à falta de recurso financeiro para o pagamento de passagem de ônibus. Diante dessas situações, são necessárias outras alternativas. Nesses casos, as participantes do presente estudo salientaram que têm buscado atendimento diretamente no pronto socorro do município, onde a situação, segundo relatam, é ainda pior.

*Tem que estar quase morrendo para poder se atendido [no pronto socorro] (P1).*

*Quando a gente consegue, se não marcam uma consulta, a gente tem que ir lá para o pronto socorro e ficar horas lá, esperando para consultar. Para ti ser atendido rápido tem ser um caso bem grave mesmo para ser rápido. [...] Chegar lá e esperar, lá horas, horrível aquilo lá. [...] Eu acho que só entra quem tá quebrado primeiro, ou que esteja amolado mesmo (P3).*

Uma das participantes destaca que todas as dificuldades enfrentadas em relação ao acesso aos serviços de saúde não são individuais, visto que atingem todos os membros da comunidade, representando uma problemática coletiva.

*Aqui a gente pensa assim: óh, poxa, mas aqui numa lonjura dessas aqui. [...] Depois é tanta gente aqui que precisa. Tanta gente. Não é só um, dois, são várias, várias pessoas que dependem [...] Tu depende de enfrentar filas [...] Vai lá marca, volta de novo, depois na outra semana tem que ir lá de volta. [...] (P5).*

Percebe-se, assim, que se trata de um problema historicamente enfrentado não apenas pela comunidade quilombola estudada, mas por tantas outras e pela população negra de uma maneira geral, que ainda vivencia um quadro de desigualdades no que se refere ao acesso aos

serviços de saúde (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Nesse ínterim, salienta-se que pensar na saúde como um direito coletivo implica em ampliar o olhar sobre a assistência à saúde das populações, considerando também o aspecto étnico-racial. Logo, pondera-se que todos, sem qualquer exceção ou distinção, possuem o direito de acesso aos serviços de saúde, desde os mais simples até os mais complexos, e isto só será possível na medida em que forem repensadas as políticas de saúde existentes (XAVIER, 2012).

A seguir, as mulheres também mencionaram a existência de um serviço de saúde móvel, que fornece atendimento de saúde em uma escola próxima à comunidade. Conforme as participantes, a comunidade não é notificada sobre os dias e horários de atendimento. Além disso, quando os moradores se dirigem até o local, muitas vezes não conseguem atendimento, pois são priorizados os alunos da escola.

*O ônibus, esse que vem na escola uma vez no mês [...] ele vem na escola, mas nós da comunidade não temos prioridade de usar também. Porque tem sete fichas só, e as sete fichas são para os alunos, e aí nem os alunos ocupam, porque só sete alunos ocupam e o resto? Sendo que aqui tem cento e poucos alunos estudando, eu acho. Nem todos podem usar também [...] E quando eu estudava aqui, primeiro era o ensino fundamental para depois o ensino médio. Às vezes, não sobrava ficha para o ensino médio. E aí a gente era prejudicado (P1).*

*Se sobrou ficha, tu vai ali e pega, mas eles dão prioridade para os alunos. Se os alunos não quiserem. Aí, eles passam de sala em sala, vê quantos alunos querem ir no dentista. Aí, eles tem aquelas sete. Aí a gente não é atendido.[...] Eu ouvi falar que tem um calendário na escola, mas eles não avisam. Eu, como eu moro perto da estrada, eu vejo o ônibus passar, aí quando eu vejo e se eu estou doente, ou os guris, que estão [...] Aí eu vou lá no colégio e levo. Ou se não os guris, ó mãe, tal dia o ônibus vai vim. Aí, eu vou. Mas se não, vejo e me vou. Às vezes, tem gente que vai, sai a pé, quando o ônibus passa aqui (P2).*

*O máximo que ele [ônibus] fica na escola é até umas dez e meia. [...] É bem rápido aquilo ali, que eles atendem. As crianças mais, porque os adultos quase nem vão mais. [...] Porque eles não atendem, dão prioridade para as crianças [...] 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 pelos 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, que vem atender ali também. Daí é pouco também [...] Diz que tinha que ficar todo o dia, mas ele [ônibus] não fica. [...] Acho que dez e meia por aí ele já vai embora [...] Eu acho tão engraçado que a mesma dor que eu sinto é o mesmo remédio que ele dá, eles só dão um remédio ali. É só o paracetamol. Para todos (risos) (P2).*

*Eles não têm aparelhagem adequada, entende? Para fazer um exame na hora ali, examina a pessoa, eles só olham, perguntam o que a pessoa está sentindo e já vem o medicamento. Então, acho que isso também, é uma coisa que a pessoa já fica, vai ali, pensa assim: 'puxa, mas eu vou lá, só me dão esse medicamento'. Vira em rotina (P5).*

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

Observa-se que, 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. Além disso, conforme destaque de uma das participantes, se estabelece um atendimento padronizado e rotineiro, que desconsidera o indivíduo nas suas múltiplas dimensões. Nesse contexto, os significados atribuídos à doença por cada indivíduo são pouco considerados, valorizados e compreendidos pelos profissionais da saúde, os quais ainda atuam fundamentados no modelo biomédico, o que gera conflitos e dificuldades na relação profissional-usuárias (BACKES et al, 2009).

Pondera-se que as queixas físicas e emocionais apresentadas por estas mulheres e seus familiares são determinadas e simbolicamente construídas a partir dos valores próprios da comunidade. Portanto, embora os profissionais de saúde e as usuárias não vislumbrem os problemas de saúde da mesma forma (HELMAN, 2009), é imprescindível que as crenças e as percepções destas sejam valorizadas durante o processo do cuidado, de modo que possam ser ouvidas e suas necessidades possam ser atendidas integralmente.

Caso contrário, os caminhos que conduzem ao médico (HELMAN, 2009) e ao próprio serviço de saúde não serão apenas direcionados conforme a disponibilidade da assistência médica, a capacidade financeira dos usuários, fracasso/sucesso de tratamentos no setor informal/popular, a maneira como o usuário percebe o problema, e o modo como as outras pessoas do seu entorno percebem o problema, mas também devido à relação que se estabeleceu previamente com o profissional de saúde.

Por fim, com relação à falta de credibilidade no profissional de saúde que atua no serviço, autores (PEDRAZA; COSTA, 2014) esclarecem que existem fatores que obstaculizam o acesso ao cuidado à saúde e que podem ser divididos nas dimensões organizacional, geográfica, sociocultural e econômica. A dimensão organizacional abrange os modos de organização dos recursos oferecidos pelo serviço; a dimensão geográfica envolve a distância média entre a população e os recursos; a dimensão sociocultural constitui os fenômenos que determinam a busca do usuário pela assistência, como a percepção sobre corpo/doença, crenças associadas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços e profissionais de saúde; e a dimensão econômica compreende a oferta de ações e/ou serviços de acordo com os recursos financeiros dos usuários.

Portanto, na dimensão organizacional, as mulheres quilombolas enfrentam um longo tempo de espera para o atendimento e as dificuldades impostas no agendamento das consultas. Nas dimensões geográfica e econômica, elas têm como obstáculos a distância entre a comunidade quilombola e os serviços de saúde e a falta de recursos financeiros para o seu deslocamento. E na dimensão sociocultural, sobressaiu-se o descrédito nos profissionais de saúde, por acreditarem que eles desenvolvem um cuidado rotineiro e despersonalizado.

### **Vislumbrando estratégias para garantir o cuidado à saúde**

Apesar de enfrentarem inúmeros desafios no cotidiano, as mulheres quilombolas permanecem acreditando que, no futuro, terão melhores condições de vida. Ademais, enumeraram estratégias que consideravam viáveis e que poderiam responder as suas necessidades imediatas.

De acordo com os relatos, inicialmente 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 apresentar muitas expectativas frente à chegada deste profissional.

*Estamos perto já de acontecer [melhoras nas condições de saúde]. Graças a Deus essa semana está prevista a médica (P2).*

*Diz que vem médico para cá. [...] Diz que 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. A gente espera que, se Deus quiser, quarta ela esteja aqui. [...] (P3).*

*Eu digo: espera, 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 a gente tivesse um postinho. Não digo necessariamente na comunidade, mas que fosse próximo (P1).*

*Era bom assim, no caso, se tivesse como cuidar [das questões ligadas à saúde] aqui. [...] Se tivesse aqui [um serviço de saúde], seria mais rápido para gente (P5).*

Infere-se, por meio destas falas, que as mulheres acreditam na eficiência e efetividade do serviço de atenção primária. Elas consideram que a inserção de uma UBS próxima ao quilombo poderia suprir as necessidades de saúde apresentadas por elas e suas famílias, gerando menores custos e reduzindo os entraves enfrentados no acesso aos serviços de saúde.

Nessa mesma direção, autores (MARQUES et al, 2014) reforçam que a atenção primária à saúde representa uma estratégia efetiva tanto na promoção da saúde como na prevenção de doenças e agravos. Configurando-se, assim, em um meio que auxilia na melhoria do estado de saúde dos indivíduos e que pode desenvolver papel preponderante no enfrentamento das iniquidades de populações em situação de vulnerabilidade, como as comunidades quilombolas.

Juntamente com a implementação do serviço, elas ressaltaram a importância de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS), que fosse morador da comunidade. Nesse contexto, uma das participantes ainda lembrou um período que viveu em uma localidade, onde atuavam ACS.

*Não precisava ser só para nós aqui [uma ACS], quilombolas. Ia pegar mais pessoas aqui, a comunidade, seria a comunidade. Porque aqui ainda tem mais granja, que tem um monte de gente. Ou de repente saía uma daqui da comunidade, um agente. [...] É uma coisa muito importante também (P2).*

*Bah, ela [ACS] me encaminhava para os exames tudo. [...] Então, não tinha mais dificuldade, entende? [...] Então, eu acho lindo, porque daí ela vinha todos os meses, entende? Ela visitava família por família. Quando eu via, ela chegando: Oi, dona [nome da participante]. Batia lá no portão de casa. [...] Entrava lá em casa. É bom assim, porque daí a pessoa entra na casa. [...] Então, eu acho que a agente de saúde é essencial para o lugar (P5).*

Visualiza-se que a atuação do ACS é valorizada e, até mesmo, considerada como essencial por essas mulheres. Elas ainda denotaram a importância da aproximação e do

vínculo estabelecido entre profissional-usuária, demonstrando acreditar na necessidade de construção de relações dialógicas e horizontais. Observa-se, também, em uma pesquisa desenvolvida em uma comunidade quilombola, localizada no nordeste do estado de Goiás (VIEIRA; MONTEIRO, 2013), que o ACS tem uma atuação importante frente às comunidades quilombolas, sendo considerado responsável pelo acompanhamento do estado de saúde das famílias quilombolas.

As ponderações feitas pelas participantes em relação à inserção de um ACS morador da comunidade ainda reforçam os achados de outra pesquisa (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010), na qual os autores frisaram que, em algumas comunidades, em que este profissional era quilombola, constatou-se um maior compromisso deste com a comunidade, além de uma maior adesão dos quilombolas às ações de saúde fornecidas no serviço.

Entretanto, diante da impossibilidade de implementação de uma UBS e da inserção de ACS no local, as mulheres participantes do estudo vislumbraram outras alternativas, como o acesso aos serviços de saúde oferecidos na escola ou o agendamento via telefone de consultas 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. O ônibus da saúde. Porque ele vem na escola, mas nós da comunidade não temos prioridade de usar também (P1).*

*Como seria bom se pudesse quem sabe marcar aqui. Conseguisse um dia para marcar aqui no caso e depois só ir [na consulta] (P4).*

Ademais, como estas mulheres cresceram e desenvolveram-se em meio a tantas dificuldades, elas reconhecem que muitas dessas estratégias só poderiam ser implantadas em longo prazo. Por isso, destacaram opções possíveis de serem 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 alguns recursos materiais para atendimento no local.

*Dar uma força para uma pessoa daqui se capacitar da comunidade mesmo. [...] Depois eu até me arrependi [de não ter concluído um curso técnico na área de saúde], porque era uma coisa que era válida para a comunidade, não só para mim, como também para a comunidade. Só que eu achei que o curso era muito “fraco”. [...] Aí eu desisti do curso (P1).*

*Se a gente tivesse um aparelho [esfigmomanômetro e estetoscópio], sei lá, uma pessoa que pudesse medir a pressão, se saberia (P3).*

*Se tivesse uma pessoa, no caso, com um aparelhinho [esfigmomanômetro e estetoscópio], que aí, se uma pessoa se sentisse mal assim, aí a gente sabia (P5).*

Nos fragmentos de falas apresentados, observa-se o interesse das mulheres em ter, na comunidade, pessoas que possam contribuir no atendimento básico ou imediato dos moradores. Também é possível verificar o desejo de uma das participantes em se aprimorar profissionalmente para poder contribuir no local. Nessa perspectiva, autores (AMÉRICO; PADILHA, 2011) destacaram que muitos moradores permanecem no quilombo, enquanto os jovens saem em busca de aperfeiçoamento profissional. Destes jovens espera-se que retornem com novos conhecimentos, que possam ser articulados aos saberes apreendidos na comunidade, garantindo melhorias a esta.

Por fim, as participantes ainda salientaram que os jovens não têm aguardado somente as iniciativas da gestão. Eles têm se organizado para reivindicar pelas necessidades apresentadas na comunidade.

*Nós fomos para um Seminário da Juventude Rural e no ano passado, a gente fez uma carta para o governador sobre as necessidades da juventude rural. E uma das necessidades que nós priorizamos esse ano foi a saúde. São uns quantos municípios que priorizam isso. Primeira necessidade nossa. Nós fizemos a carta para entregar para o governador. Agora estamos esperando a solenidade para também estar presente (P1).*

Observa-se que o acesso à atenção em saúde é uma das tantas reivindicações da população quilombola, que também luta pela posse e regularização de suas terras, por cidadania plena e por melhores condições de vida. Entretanto, para que a realidade deste grupo populacional seja modificada, é necessário um envolvimento social e profissional, despertando para a necessidade de qualificar as ações voltadas para esses indivíduos, respeitando suas particularidades e condições socioculturais específicas (FREITAS et al, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Entende-se que 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. Ademais, visualiza-se que estes significados resultam de um processo

de construção pessoal e singular, 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.

Entre as mulheres da comunidade quilombola estudada, o cuidado à saúde mostrou-se condicionado 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. Com isso, elas indicaram um caminho que pode ser seguido para se tentar abordar essa temática a partir do interesse e do olhar dessas mulheres.

Observa-se que elas enfrentam inúmeras dificuldades para desenvolver os cuidados relacionados com sua saúde, as quais se relacionam, principalmente, com a falta de transporte, condições financeiras precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, elas acreditam que o futuro possa ser melhor e vislumbram estratégias em curto e longo prazo para garantir que o cuidado à saúde seja mantido.

Diante disso, verificou-se que é imprescindível que o profissional de saúde conheça e respeite os significados construídos pelas mulheres quilombolas em torno do cuidado, compreendendo que estes manifestam, renovam e reafirmam os valores e princípios básicos da comunidade em que elas cresceram e residem. Além disso, para fornecer um cuidado integral à saúde destas mulheres é necessário reconhecer que suas necessidades ocorrem em um contexto sociocultural, que deve ser conhecido, valorizado e respeitado.

Portanto, 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 de sua história, originando práticas de cuidado próprias de sua cultura.

Destaca-se, assim, a importância de considerar o cuidado à saúde em uma perspectiva cultural, ampliando o olhar sob este para além dos limites do modelo biomédico. Os significados atrelados ao cuidado à saúde são produtos culturais, que, na maioria das vezes, não são considerados, compreendidos e apreendidos pelos profissionais de saúde. Logo, é fundamental conhecer e apreender os significados e os símbolos construídos no universo cultural das mulheres quilombolas em relação ao cuidado à saúde, a fim de reduzir a distância existente entre estes, as ações de saúde voltadas para este grupo e a assistência recebida dos serviços e profissionais de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

AMÉRICO, M. C.; PADILHA, A. M. L. 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**, v. 16, n. 1, p. 12-27, 2011.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-7, 2009.

BARRA, D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 203-8, 2010.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, supl. 1, p. 719-26, 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 16. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: jun. 2013.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 378-84, 2009.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-43, 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpr.] Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GONZÁLEZ, J. S.; RUIZ, M.C. S. A história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1096-1105, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 5. Ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.

HOGA, L. A. K. **O cuidado com a saúde no contexto domiciliar**: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundiaria/quilombolas>>. Acesso em: 30.09.2013.

JUNGES, C. F.; RESSEL, L. B.; MONTICELLI, M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 382-90, 2014.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-81, 2010.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 365-71, 2014.

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

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 79-82, 2002.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4535-44, 2014.

PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Enfermería Global**, v. 13, n. 33, p. 267-78, 2014.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n. 1, p. 129-35, 2012.

RESSEL, L. B. et al O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-86, 2008.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, Â. M. B. B. 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 & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 96-108, 2010.

SANTOS, L. R. C. S.; ASSUNÇÃO, A. Á.; LIMA, E. P. Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 450-7, 2014.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 341-54, 2014.

THUM, M. A.; CEOLIN, T.; BORGES, A. M. Percepção do processo saúde-doença de mulheres residentes em área rural. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 5, n. 3, p. 734-40, 2011.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-8, 2013.

**XAVIER, E. C. 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, L. E.; LOPES, F., organizadores. Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN, 2012.

## ARTIGO 3

### Ser mulher quilombola: revelando sentimentos e identidades<sup>6</sup>

#### Resumo

Este estudo teve como objetivo desvelar os sentimentos que emergem, em um grupo de mulheres, em relação a sua identidade quilombola. Foi realizado com 13 mulheres de uma comunidade quilombola do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa e vertente antropológica. Os dados foram coletados por meio da técnica de Grupo Focal, em fevereiro de 2014. Utilizou-se a técnica de desenho para permitir a interação e a expressão dos sentimentos das participantes. Aplicou-se a análise de conteúdo temática da proposta operativa, sendo os dados interpretados à luz da antropologia interpretativa. Foram atribuídos os sentimentos de felicidade e orgulho à identidade quilombola. A vida no quilombo imprime às mulheres um sentimento de liberdade. Estes sentimentos mesclam-se a sensações de impotência, angústia, frustração, insegurança e esperança, devido às condições adversas vivenciadas no local.

**Palavras-chave:** saúde da mulher; grupo com ancestrais do continente africano; cultura.

#### Abstract

This study aimed to unveil the feelings that emerge, in a group of women, regarding your identity quilombola. Was performed with 13 women of a quilombola community of the interior of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. Field research, descriptive, with a qualitative approach and anthropological aspect. The data were collected through the Focal Group technique, in February 2014. We used the technique of drawing to allow interaction and expression of the feelings of the participants. Applied to thematic content analysis of operative proposal, being the data interpreted in the light of the interpretative anthropology. Were assigned the feelings of happiness and pride to quilombola identity. Life in the quilombo prints women a sense of freedom. These mixed feelings if the feelings of impotence, anguish, frustration, insecurity and hope, due to adverse conditions experienced on the spot.

**Keywords:** women's health; african continental ancestry group; culture.

---

<sup>6</sup>Este artigo será formatado e submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as mulheres negras sempre foram triplamente discriminadas pelo fato de serem mulheres, por serem negras e também devido a sua condição financeira (RISCADO, OLIVEIRA, BRITO, 2010). Este grupo traz, em sua trajetória, marcas de uma construção social do que é ser mulher, como sendo alguém subordinado, associado ao mito da inferioridade de sua etnia, condições estas que se acentuam quando elas apresentam uma situação econômica vulnerável (FERREIRA, CAMARGO, 2011).

Sob uma perspectiva cultural, o significado de ser mulher negra, ao longo dos anos, tem abarcado aspectos como a discriminação, o racismo e o sexismo (WERNECK, 2010). Portanto, as construções históricas, sociais e culturais em torno da mulher negra têm reproduzido, historicamente, preconceitos e estereótipos negativos (BASTOS, 2010).

Estas construções são, habitualmente, internalizadas, desde a infância, a partir da socialização primária (BERGER; LUCKMANN, 2011), sendo capazes de interferir no desenvolvimento da identidade e na autoestima da mulher negra (BASTOS, 2010). Destacando-se que a identidade, nesse contexto, envolve um conceito que se produz em referência aos outros, aos critérios de aceitabilidade, de admissibilidade e também de credibilidade (POLLACK, 1992).

Mais tarde, todos os estigmas e estereótipos, gradualmente introjetados no processo de socialização desta, podem ser reforçados durante sua socialização secundária como mulher, em diversos contextos. Com isso, ocorre a formação de um emaranhado de "nós", que poderão dificultar ou prejudicar no desenvolvimento e, conseqüentemente, na elaboração de sua identidade, podendo também influenciar na manifestação de inúmeros sentimentos de inferioridade. Vale destacar que sentimentos, neste estudo, envolvem as reações que o indivíduo manifesta, e que podem ser agradáveis ou não, diante de determinada situação, evento ou frente a outra pessoa (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Sendo assim, considera-se que é a partir das interações e das representações pessoais e coletivas, interiorizadas na socialização primária e secundária e que estão abarcadas na cultura de cada grupo, que a pessoa ocupa o seu espaço e se singulariza diante de outros indivíduos. A cultura, nesse sentido, é entendida como um sistema de símbolos interpretáveis tecidos pelo homem, que direcionam o seu comportamento e atribuem significados a sua existência (GEERTZ, 2011).

Continuamente, a cultura pode e tende a modificar-se, a partir das interações simbólicas estabelecidas entre os indivíduos e destes com o seu contexto (GEERTZ, 2011).

Por conseguinte, a vivência dentro de um grupo pode influenciar na forma como o indivíduo se percebe e percebe seus semelhantes, bem como nos sentimentos que derivam destas percepções.

Nessa direção, quando estas mulheres negras pertencem a grupos, tais como as comunidades quilombolas, isto é, localidades rurais isoladas geograficamente, onde residem grupos étnicos-raciais, com presunção de ancestralidade negra (BRASIL, 2003); a história de luta e resistência de seus antepassados pode também contribuir para a formação de identidades individuais e coletivas entre elas (BASTOS, 2009). Ademais, considera-se que essas construções podem acarretar na manifestação de sentimentos, os quais, por sua vez, também podem influenciar as atitudes, comportamentos, significados e práticas adotadas por estas mulheres nos mais diversos eventos vivenciados, especialmente àqueles que envolvem o processo de saúde-doença, social e culturalmente modelado por estes aspectos.

Nesse sentido, justifica-se a importância da compreensão e interpretação acerca das experiências de vida destes sujeitos, a partir de uma perspectiva cultural, a fim de compreender como foi construída a sua identidade, como mulheres quilombolas, e os sentimentos que se desvelam a partir desse contexto. Além disso, destaca-se que o conhecimento dos sentimentos acerca de si auxilia na visibilidade dos comportamentos de uma comunidade, podendo levar o pesquisador ao cerne daquilo que ele espera ou pretende interpretar (GEERTZ, 2011).

Frente ao exposto, apresenta-se, nesse trabalho, os resultados provenientes de uma dissertação de mestrado (PRATES et al, 2014), os quais direcionaram à seguinte questão de pesquisa: “Quais são os sentimentos que emergem, em um grupo de mulheres, em relação a sua identidade quilombola?”, a partir do objetivo, que foi desvelar os sentimentos que emergem, em um grupo de mulheres, em relação a sua identidade quilombola.

## **MÉTODO**

Para atender ao objetivo proposto, este estudo norteou-se metodologicamente como uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014) e vertente antropológica (GEERTZ, 2011). Participaram da pesquisa 13 mulheres quilombolas, na faixa etária entre os 14 e 56 anos de idade. Foram incluídas somente as mulheres quilombolas, que residiam na comunidade, e com idade mínima de 12 anos. Destaca-se que esta faixa etária foi determinada por representar o início da adolescência (BRASIL, 1990).

Dessa forma, buscou-se abranger mulheres que estivessem vivenciando períodos de vida entre a adolescência até a velhice. Considera-se que, ao abarcar esses períodos, a pesquisa permitiu o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compressão dos símbolos e significados que permeiam a vida destas participantes. Nesse sentido, as mulheres possuíam características homogêneas por pertencerem a um mesmo grupo e também apresentavam opiniões divergentes por se encontrarem em fases distintas de vida, enriquecendo, assim, o processo de produção dos dados.

Ao longo dos encontros, verificou-se que essa conformação no grupo possibilitou atingir os resultados esperados, permitindo a revelação de emoções, percepções, singularidades e algumas semelhanças acerca dos significados ligados ao ser mulher quilombola. Portanto, verificou-se que o grupo apresentava homogeneidade em relação ao contexto de vida, mas não em termos de atitudes e opiniões.

O Grupo Focal (GF) foi eleito como técnica principal para produção dos dados, pois oportuniza, por meio da aproximação, interação e debate, um ambiente de trocas, no qual são desveladas singularidades e uma multiplicidade de processos emocionais presentes em determinado contexto cultural (GATTI, 2005; RESSEL et al, 2008). Foram desenvolvidas três sessões de GF em local na própria comunidade, em fevereiro de 2014, cada um com duração de aproximadamente uma hora.

Cada encontro foi planejado a partir de uma temática específica e, para incitar o debate em torno desta, foram propostas algumas dinâmicas. Sendo assim, no primeiro encontro, foram debatidas questões vinculadas aos cuidados à saúde da mulher. No segundo, foram discutidos os sentimentos que emergem, entre as participantes, em relação à identidade quilombola, e no terceiro encontro, tratou-se acerca das percepções das participantes sobre o cuidado à saúde da mulher, em diferentes contextos.

No segundo encontro do GF, para promover o debate, utilizou-se, inicialmente, a técnica do desenho, que consistiu em uma representação, solicitada às participantes, acerca de como se sentiam como mulheres quilombolas que viviam em uma comunidade. A escolha por esta técnica baseou-se em estudo (MENEZES; MORÉ; CRUZ, 2008), que afirma que o desenho permite uma representação gráfica das percepções e sentimentos, bem como a compreensão e a interpretação acerca de valores grupais e culturais. Logo, por meio da técnica de desenho, propôs-se que as mulheres manifestassem os sentimentos em relação a si e a sua identidade quilombola.

Assim, este artigo apresenta os resultados obtidos no GF, os quais foram produzidos por meio da técnica de desenho, frente à seguinte pergunta disparadora: “Como você se sente mulher quilombola vivendo nessa comunidade?”. Após a realização da técnica, as participantes apresentaram seus desenhos e expressaram, por meio de demonstrações verbais ou não verbais, seus sentimentos enquanto mulheres quilombolas. Para registro dos dados foram utilizados, além de gravadores digitais, diários de campo.

Os dados produzidos, no estudo, foram analisados por meio da análise de conteúdo temática da proposta operativa (MINAYO, 2014) e interpretados a partir da antropologia interpretativa (GEERTZ, 2011). Para identificar as participantes, utilizou-se o sistema alfanumérico na sequência, por meio da letra “Q” (de quilombola), seguida de um número, ou seja, Q1, Q2, Q3, e assim, sucessivamente.

Além do anonimato das participantes, foram respeitados os demais aspectos éticos, a que se refere à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). Em dezembro de 2013, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No contexto cultural das mulheres quilombolas, desvelam-se inúmeros sentimentos, sensações e emoções, que perpassam as suas trajetórias de vida e que foram internalizados nos seus processos de socialização primária e secundária. Nesse sentido, mediante a análise dos desenhos produzidos, sob a ótica cultural, verificou-se que as participantes expressaram sentimentos de felicidade, liberdade e orgulho, mesclados com as sensações de impotência, angústia, frustração, insegurança e esperança. Considera-se que o conhecimento acerca destes sentimentos é fundamental, pois eles podem trazer implicações para a vida dessas mulheres, determinando suas condutas, comportamentos e, até mesmo, os significados sobre aspectos, como o cuidado à saúde, e, conseqüentemente, suas práticas de cuidado.

Nesse sentido, o sentimento de felicidade emanou em várias respostas, visto que as mulheres relataram que se sentiam felizes por sua identidade quilombola ou por viverem na comunidade, como confirmam as falas, a seguir.

*Eu gosto muito [da comunidade quilombola], porque eu nasci e me criei aqui. [...] Eu sou muito feliz aqui (Q1).*

*Me sinto feliz. [...]. Agradeço a Deus, por a gente está aqui. Aqui é bom (Q2).*

*Eu sou feliz aqui nos quilombos. Agradeço a Deus por morar aqui, com minha família* (Q3).

*Aqui [no desenho] sou eu, feliz [...]* (Q4).

*Sou feliz. Eu também coloquei aqui [no desenho]: sou feliz sendo uma mulher quilombola. Muito feliz. Graças a Deus* (Q5).

As falas demonstram que “ser quilombola” e viver neste espaço possui um significado positivo, relacionado ao ambiente e a domesticidade que ele permite viver. Dentro dessa mesma perspectiva, em seu estudo, autores (SANTOS; CHAVES, 2007) também identificaram algumas representações positivas acerca da identidade quilombola e da vida na comunidade entre as mulheres e homens quilombolas entrevistados.

Os mesmos autores ainda destacaram que os participantes de seu estudo consideravam a comunidade como um lugar maravilhoso e tranquilo, onde conviviam com seus familiares e no qual a união manifestava-se em todas as relações interpessoais. As mesmas características foram observadas nas falas das mulheres quilombolas do presente estudo.

*Agradeço a Deus, por a gente está aqui. Aqui é bom* (Q6).

*Eu gosto da comunidade, porque aqui todo mundo é parente* (Q7).

*Aqui a gente não se sente isolada, porque a gente tem uns aos outros, a gente está bem pertinho sempre um do outro* (Q8).

Nesse alinhamento de percepções, autoras (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014) pontuam que a cultura quilombola, compreendida como uma esfera social, possibilita que os sujeitos sintam-se pertencentes a um contexto histórico-cultural particular e, assim, possam expressar seus valores, costumes, princípios e cuidados, podendo vincular-se simbólica e afetivamente. Logo, os sentidos e significados atribuídos à comunidade e aos laços estabelecidos entre os moradores traduziram-se, para as mulheres deste estudo, em sensações de alegria e de pertencimento a um grupo.

Pondera-se que o sentimento de pertencer a esta comunidade se mostra positivo na história e no dia a dia destas mulheres, fazendo com que elas sintam-se compreendidas, acolhidas, amparadas (SILVEIRA et al, 2010) e também cuidadas pelos demais indivíduos que residem no local. Portanto, particularmente na perspectiva do cuidado à saúde, infere-se que a manifestação e a existência deste tipo de sensação revelam-se importantes, pois demonstram que elas podem encontrar nesse cenário, dentre outros tipos de suporte social, os cuidados necessários para sua sobrevivência.

Vale destacar que por suporte social, entende-se qualquer processo, no qual as relações que se estabelecem entre os indivíduos são capazes de promover saúde e bem-estar nas dimensões social, psicológica e comportamental. Por meio dessas interações sociais, os indivíduos conseguem enfrentar os desafios e as adversidades que se apresentam em suas trajetórias de vida (RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Ainda, o “ser mulher quilombola”, para as participantes, também foi associado ao sentimento de orgulho. Dessa forma, as mulheres têm consciência do que é pertencer a este grupo, a importância e a simbologia que esta identidade carrega histórica e culturalmente.

*Gosto de ser dos quilombolas (Q3).*

*Eu me sinto orgulhosa, graças a Deus, de ser dos quilombolas (Q6).*

Foi possível perceber que a identidade quilombola possui um significado especial na trajetória de vida dessas mulheres, e isto se justifica pelo fato de que o quilombo simboliza a liberdade conquistada pelos antepassados, a luta, a resistência e, conseqüentemente, ser forte (FREITAS et al, 2011). Assim, o termo “quilombo” pode ser entendido como uma das formas encontradas pelos escravos para resistir à escravidão e à opressão, representando, atualmente, a luta pela desigualdade racial, preconceito, discriminação (SOUZA, GUSMÃO, 2011) e posse de terras.

O significado que o quilombo assume, para estas mulheres, está arraigado sob concepções, ideias, atitudes, julgamentos e crenças, que foram transmitidas historicamente no local. Estes são expressos como elementos simbólicos, por meio dos quais estas mulheres perpetuam e desenvolvem os seus conhecimentos, significados, atitudes, práticas de cuidado e atividades diárias (GEERTZ, 2011).

Outros estudos (SANTOS; CHAVES, 2007; SESSP, 2009; SANTOS et al, 2014) também identificaram o sentimento de orgulho entre quilombolas. Em um destes estudos (SANTOS; CHAVES, 2007), semelhante ao achado na presente pesquisa, os participantes demonstravam-se orgulhosos por sua etnia negra e pelo lugar onde moravam. Já em outro (SESSP, 2009), além do orgulho relacionado à origem, sobressaiu-se a história e a tradição herdadas. Especialmente, para algumas mulheres, o orgulho desvela-se a partir da consciência de que nasceram em um quilombo e, portanto, não são apenas mulheres, são quilombolas e pertencem a um grupo caracterizado e reconhecido socioculturalmente (MANFRINATE; SATO, 2012).

Em relação à comunidade, destaca-se que as participantes do presente estudo ainda referiram o orgulho pelo reconhecimento do local, visto que sabiam que outras localidades

ainda não haviam recebido a titulação e, portanto, não eram reconhecidas como comunidades quilombolas. Logo, o reconhecimento e a titulação geraram satisfação entre as participantes.

*Nós fomos reconhecidos também, porque tem muitas localidades quilombolas que não são. [...] Eu acho que aqui, para nós, é um orgulho. Eu me sinto orgulhosa (Q9).*

Alguns autores (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010) explicam que o reconhecimento e a certificação como comunidade remanescente quilombola tem sido fundamental para estes cenários, pois embora nos aspectos físicos e materiais, não acarrete em grandes alterações, a titulação propicia a reconstrução da identidade negra e (re)desperta o orgulho acerca do contexto histórico dos antepassados, gerando, assim, um novo olhar destas comunidades sobre si mesmas. Ademais, a certificação também permite que as comunidades possam se beneficiar de políticas setoriais paralelas de ação afirmativa e demais ações de saúde direcionadas para este grupo.

Além da felicidade e do orgulho, o sentimento de liberdade também foi relacionado à vida no quilombo. As mulheres exaltaram as diferenças entre a vida na zona urbana e rural, destacando, principalmente, a possibilidade de sentirem-se “livres”, não terem medo de viver situações de risco ou perigo semelhantes às encontradas na área urbana, e por permitirem um melhor desenvolvimento da infância para seus filhos.

*Na cidade não tem a liberdade que tem aqui. Acho que uma das vantagens da gente morar para fora é essa. De tu ter a tua liberdade, até na tua casa. [...] Tu não pode abrir uma porta, porque daqui a pouquinho pode passar um ladrão [...] e aqui não. Aqui tu tem liberdade com os teus vizinhos. Tu tem confiança nos teus... em tudo. [...] Claro que tem gente que fala assim: “- eu fico isolada”. Mas aqui a gente não se sente isolada (Q8).*

*Eu mesmo com os meus filhos, eu passei muito trabalho nessa vida. Morei anos aqui fora, tive que ir para uma cidade, onde tive que criar meu pequeno. Ele tinha um ano e pouco, num inferno [...] A criança sem ter uma pecinha só para andar e para brincar. Ele foi para lá, ele se transformou, ele ficou agressivo, ele ficou bravo. Porque ele não era livre. Sozinho. Graças a Deus que depois que a gente veio para cá, ele mudou. Ele é uma criança calma, graças a Deus (Q3).*

A partir destas ponderações, percebe-se que a vida na comunidade gera, nestas mulheres, além do sentimento de liberdade, sensações de segurança e confiança, que outros lugares não proporcionam, e percebe-se que crescer e viver em outro ambiente, que não seja a comunidade, traz implicações negativas e que, portanto, não é algo que elas desejam para si ou para os filhos.

Ademais, a situação vivenciada pelo filho da participante pode ser vista sob a perspectiva cultural do estresse (HELMAN, 2009). Dessa forma, a mudança no ambiente refletiu no comportamento da criança, pois esta identificou a situação como um fator de estresse. Em uma visão antropológica (HELMAN, 2009), a resposta ao fator estressor pode ser em nível moderado, denominada de “eustresse”, ou no nível mais elevado, “distresse”. As participantes demonstraram acreditar que a resposta se deu de forma abrupta e elevada, já que gerou uma transformação considerável no comportamento. A antropologia explica que o distresse, dependendo do significado que o indivíduo dá a sua experiência estressante, pode provocar-lhe mudanças patológicas.

Nessa perspectiva, a cultura destas mulheres buscou esclarecer a causa, as medidas preventivas e as estratégias para que a criança pudesse retornar ao seu estado comportamental anterior. As participantes também pareciam acreditar que as mesmas alterações apresentadas pela criança poderiam ocorrer em outros membros da comunidade, como se esta representasse um agravo patológico popular (HELMAN, 2009). Frente a isto, elas consideravam que todos os indivíduos da comunidade responderiam de uma forma muito semelhante e padronizada à mesma situação.

De maneira geral, foi possível constatar que os sentimentos positivos em relação à identidade e à vida na comunidade predominaram sobre os negativos. Entretanto, uma das participantes desvelou alguns aspectos negativos em relação à vida naquele local. Embora tenha se declarado feliz e orgulhosa de sua identidade quilombola, afirmou que a localização da comunidade acarretava em diversas dificuldades, dentre as quais, predominaram as queixas em relação ao difícil acesso aos serviços de saúde e educação, assim como a falta de oportunidades de emprego.

*Eu gosto, não é que eu não goste daqui, eu gosto da comunidade. Porque aqui todo mundo é parente, mas não é questão de tu não gostar do local, não gostar da localidade. É simplesmente por questão de emprego mesmo [...] Um pouco por isso. Aqui mesmo, tudo bem, tem a padaria e coisa e tal. Mas eu, para mim, eu quero mais. Como eu digo, eu quero ter uma fonte de renda, que ao mesmo tempo, eu não precise depender dos meus pais. [...] Então, fica um pouco complicado, sabe? (Q7).*

Percebe-se que sua queixa não é direcionada à comunidade quilombola, mas ao acesso e distância desta de um centro urbano que ofereça recurso de emprego e outras possibilidades para sua independência. Frente a esse contexto, desvelaram-se as sensações de impotência, frustração e insegurança. Estas sensações associaram-se, principalmente, à ausência de

perspectivas para o futuro, à falta de oportunidades, à inexistência de capacitações/cursos de aperfeiçoamento voltados para a população quilombola, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Dessa forma, uma das mulheres manifestou como acreditava que, principalmente, as jovens sentiam-se frente a essas problemáticas:

*Eu acho que eu entendo a [uma das participantes do estudo] por um lado, porque ela pensa: “eu trabalho lá”. Ela trabalha bem aqui, mas ela não tem o sonho dela dizer assim: “- Daqui um ano, eu vou montar a minha casa, vou sair da casa dos meus pais e vou me sustentar com o meu trabalho na padaria”. Ela não vai poder fazer isso (Q8).*

Diante disso, a solução encontrada pela maioria dos jovens quilombolas é abandonar a comunidade em busca de melhores oportunidades na zona urbana, conforme declara a participante.

*Aqui fora o que precisaria era uma oportunidade para o jovem. Para o jovem não voltar para a cidade. Porque estudam até o terceiro ano e aí? [...] Se tivesse como um jovem trabalhar aqui. Não tivesse que ir embora. Muitos jovens a gente tá perdendo daqui, porque tão indo para lá [área urbana da cidade]. E aí a comunidade vai terminando. [...] Se tivesse emprego, com certeza, o pessoal viria da cidade para cá, mas o problema é que dificulta (Q5).*

No conteúdo desta fala, observa-se a frustração da participante em relação à falta de oportunidades para os mais jovens, que, por não dispor de outras possibilidades de continuidade em seus estudos ou aperfeiçoamento profissional, precisam se retirar do ambiente em que cresceram, criaram laços e se sentem acolhidos. Com isso, desvela-se o sentimento de insegurança frente a um futuro, no qual ela teme que a comunidade possa desestruturar-se e findar.

Na literatura, é possível identificar outros autores (SANTOS; CHAVES, 2007) que também identificaram os mesmos achados em seu estudo. Os jovens preocupavam-se com o futuro, pois apresentavam poucas oportunidades de emprego e de profissionalização dentro da comunidade. Para modificar essa situação, eles também se afastaram do quilombo. Portanto, verifica-se que a dificuldade de encontrar uma atividade que promova a geração de renda também é encontrada em outros quilombos apresentados na literatura (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

*Podia ter mais emprego para os jovens, que não tem oportunidade aqui para isso (Q3).*

*Terminam o estudo aqui e tem que ir embora. Ai, já vai, e mãe já tem que ir junto* (Q10).

Essa participante destaca a fragmentação da família como uma problemática gerada a partir da saída do jovem do quilombo para área urbana. Como são jovens, as mães sentem a necessidade de acompanhar as filhas em busca do sonho de trabalhar ou continuar estudando. Com isso, os homens continuam trabalhando na comunidade, as mulheres deslocam-se para a cidade e a estrutura familiar precisa ser reorganizada, além das demais tarefas que anteriormente eram desempenhadas pela mulher, dentre elas, àquelas relativas ao cuidado da família e os afazeres domésticos, que, neste momento, precisam ser assumidas por outra pessoa.

As mulheres que não optam por esta alternativa, passam a depender dos pais ou do companheiro e não têm expectativas positivas quanto ao futuro. Com isso, acredita-se que a falta de perspectivas em relação ao amanhã repercutem diretamente em suas vidas, alterando seus sonhos, desejos, atitudes, concepções e significados. Sua perspectiva de futuro em relação à comunidade, à identidade e ao próprio processo saúde-doença, também são influenciados pelas escolhas frente a tais perspectivas, e com isso, as percepções sobre as necessidades ou não de cuidar de si e dos demais, pois neste contexto, muitas vezes, podem emergir sensações de desânimo, baixa estima e auto depreciação. Nesse sentido, uma das participantes, que fez algumas ponderações negativas a respeito da vida no quilombo, justificou sua percepção:

*Eu acho que deixa um pouco a gente, sei lá... não sei como explicar... desanimada também. Porque, [...] tu passa o dia inteiro ali, [...] se tu tem outras coisas para ti fazer, tu faz, tu para, depois tu não tem mais o que fazer. [...] Eu mesmo, ali em casa, eu não nego [...] Vou na casa da minha vó, vou na casa da minha mãe, vou na casa dela. [risos] Eu passo o dia inteiro assim. Então, isso te deixa um pouco desanimada, sabe? Porque tu pensa assim: “ah, estou perdendo praticamente um tempo que tu poderias estar praticamente fazendo uma coisa útil para a tua vida” (Q7).*

Assim, percebe-se que a falta de um vínculo empregatício, principalmente, é algo que causa sensações de impotência, angústia, frustração e insegurança quanto ao futuro, especialmente entre as jovens e suas mães. Ao mesmo tempo, embora exista o desejo de buscar oportunidades no contexto urbano da cidade, elas enfrentam dificuldades quando abandonam a comunidade.

*Só que também não é aquela vontade: “- vou para a cidade, vou para a cidade”. Chega lá também, tu não arruma emprego (Q8).*

*Se tu não tiver uma oportunidade de emprego, tu nunca vai conseguir. No teu currículo, a primeira coisa que eles pedem é experiência. Como é que vai ter experiência, se não tem uma oportunidade? Eu vou fazer dois anos que eu estou lá, procurando emprego. Eu larguei currículo em tudo que foi loja, mas e qual que me chamou? Nenhuma. Não tem experiência, tu não arruma emprego. Já fiz curso. Não adianta ter o curso e não ter experiência. Para dizer que tu tem diploma. Faz o curso só para dizer que tem diploma [...] Porque agora mesmo estou mais na cidade, fazendo curso, tentando me atualizar para tentar conseguir um emprego também (Q9).*

*Então, assim, aqui, o que me preocupa mais é o emprego (Q10).*

Ao mesmo tempo, as mulheres que conseguiram uma atividade laboral são valorizadas e vistas com orgulho pelas demais. Nessa direção, autoras demonstraram, em seu estudo (LANDERDAHL et al, 2013), que a atividade laboral formal gera nas mulheres as sensações de empoderamento, de valorização de sua força de trabalho e de igualdade de gênero, fazendo com que elas assumam a direção de suas próprias vidas em busca daquilo que almejam. Considera-se que, nessa mesma perspectiva, as quilombolas também valorizam a atividade laboral remunerada e formal.

As falas também demonstram que algumas mulheres ainda enfrentam um contexto cultural, que determina as atividades que devem ser desenvolvidas por homens e por mulheres. Muitas vezes, nesses espaços, estas atividades apresentam-se como valores que não envolvem preferências subjetivas, mas condições de vida que são impostas e que se encontram implícitas no contexto cultural (GEERTZ, 2011). Contudo, foi possível verificar a condição de rompimento da submissão feminina por meio do trabalho, conforme evidencia a fala a seguir.

*A gente sente é orgulho delas estarem representando [...] Porque tem muitos maridos machistas, que mulher não vai trabalhar, mulher tem que ficar em casa. E elas estão mostrando que não é isso. [...] Não é a lida deles de trator, de lavoura, de campo, mas é um serviço igual, competente igual a eles têm. [...] Elas estão mostrando que a gente pode, que qualquer mulher pode. [...] Eu sinto orgulho de ver elas trabalharem. [...] Porque tem muitos homens que não permitem isso. Não por não permitir, mas por achar que o trabalho da gente não vale alguma coisa (Q8).*

Em um documentário apresentado pela Secretaria de Saúde de São Paulo (SESSP, 2009) também evidenciou-se que, em algumas localidades quilombolas, os homens ainda impõem as atividades que devem ser desenvolvidas pela mulher. Em um destes locais, a mulher não pode comparecer às reuniões, viajar ou buscar reivindicações da comunidade. Tais situações, embora comentadas por uma das participantes, não demonstraram ocorrer na comunidade estudada, uma vez que as mulheres revelaram ter autonomia e liberdade para realizar suas atividades, bem como suas escolhas.

Contudo, no que se refere ao cotidiano de vida destas mulheres, verificou-se uma realidade bem semelhante àquela encontrada no estudo (SESSP, 2009), na qual a maioria dos companheiros também trabalha diariamente no meio rural, enquanto suas cônjuges permanecem no domicílio, desenvolvendo as atividades domésticas, o cuidado dos filhos e o cultivo de hortas. A diferença entre os dois cenários parece ser que o contexto das participantes foi construído a partir, principalmente, da falta de oportunidades de emprego e não devido a uma demarcação de papéis imposta pelos homens.

Além da falta de uma atividade empregatícia, e de perspectivas em relação a esta, as mulheres também destacaram os problemas vivenciados em relação ao acesso aos serviços de saúde, os quais implicam diretamente em outros aspectos de suas vidas e nos sentimentos vividos.

*Eu acho que se tivesse um bom emprego e como a gente falou a questão da saúde, a gente estaria com tudo (Q5).*

*Quando vir o médico para gente, a gente vai ficar mais feliz (Q6).*

Percebe-se que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos próprios profissionais de saúde, assim como a falta de perspectivas em relação à possibilidade de ocupação laboral geram sensações de angústia e frustração. Contudo, estas sensações mesclam-se ao sentimento de esperança diante da expectativa de que, pelo menos, o acesso aos serviços de saúde possa ser resolvido com a presença de um profissional de saúde que possa desenvolver a assistência à saúde no próprio cenário da comunidade. Observa-se, também, que esta possibilidade se mostra como um aspecto que também possa trazer felicidade para a vida destas mulheres.

Nesse ínterim, visualiza-se que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também é vivenciada por outras comunidades quilombolas (SESSP, 2009; VIEIRA; MONTEIRO, 2013). De uma maneira geral, infere-se que a população negra ainda vivencia uma situação de desigualdade no que concerne ao acesso à saúde (VIEIRA; MONTEIRO, 2013), apesar da

criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como uma forma de consolidar as ações voltadas para a atenção à saúde deste segmento (BRASIL, 2013) e, mais especificamente relacionada à população quilombola, o Programa Brasil Quilombola, o qual consiste em uma política de Estado que reúne ações do Governo Federal para as comunidades remanescentes de quilombos (BRASIL, 2008).

Apesar das dificuldades citadas, foi possível constatar, entre algumas participantes, o sentimento de esperança, movido pela fé de um amanhã, que possa ser melhor. Nessa direção, a fé emerge como um sistema cultural de símbolos (GEERTZ, 2011), que motiva substancialmente estas mulheres em uma direção e as auxilia a ajustar suas ações, permitindo que tenham ânimo, persistência, coragem e perseverança para enfrentar um amanhã desconhecido.

*A gente tem algumas dificuldades e está crendo que vai melhorar (Q1).*

*A gente tendo saúde e confiança em Deus. Se Deus quiser, eu espero que um dia todos aqui [...] Tudo vai melhorar para nós todos, se Deus quiser. Eu tenho certeza disso (Q5).*

*Só Deus mesmo para resolver o problema da gente (Q6).*

*Porque a gente vai conseguindo as coisas aqui aos pouquinhos. Antes não tinha o ensino médio, agora já tem [...]. A gente quer emprego, tomara Deus que tenha. Se Deus quiser vai ter. Isso aí é uma coisa que a gente precisa, a gente não quer sair daqui (Q8).*

*Eu sou feliz aqui. Esperando pelo emprego e Deus vai me dar. Se Deus quiser. Para mim, para minha filha, para todos que precisam. A gente confiando em Deus, Deus vai nos dar. Se Deus quiser. Porque tudo que a gente tem pedido aqui, a gente tem conseguido. Mais hoje, mais amanhã, a gente tem conseguido (Q10).*

Nesse sentido, apesar das adversidades enfrentadas no presente, as mulheres ainda acreditam que, no futuro, suas condições de vida podem melhorar e procuram despertar essa esperança nos jovens. Estas crenças advêm da inspiração divina, a qual lhes dá suporte para viverem, suportarem as dificuldades impostas e acreditarem que algo melhor está por vir. Logo, de acordo com a antropologia interpretativa (GEERTZ, 2011), pode-se considerar que esta perspectiva religiosa, que gera a confiança de um futuro melhor, envolve uma forma particular de olhar a vida, construir o mundo e estabelecer motivações nestas mulheres para continuarem vivendo e lutando por melhores condições de vida.

Esta dimensão religiosa, refletida nas falas das participantes, demonstra os significados que elas atribuem à fé e a Deus, sendo a fé algo que as motiva e Deus alguém ou alguma coisa em quem elas confiam suas vidas. Diante deste contexto cultural, verifica-se que

a perplexidade e o desconhecido, imbricados ao futuro, impulsionam para a crença em Deus, o qual passa a assumir a simbologia de uma condição sobrenatural que as ampara e vai ajudar a melhorar suas vidas (GEERTZ, 2011).

Além disso, considera-se que a sensação de pertencimento a um grupo produz, nestas mulheres, significados positivos e reduz o estresse que elas possam apresentar diante da certeza do amanhã. Dessa forma, os valores culturais do grupo podem proteger os membros contra este tipo de estresse, fortalecendo a união e o apoio (HELMAN, 2009). Essa noção de pertencimento implica dizer que elas formaram laços de reconhecimento mútuo e que, neste contexto cultural, existem princípios, valores e visão de mundo semelhantes.

As jovens, também vislumbram a possibilidade, por exemplo, de desenvolver atividades acadêmico-profissionais que, posteriormente, poderão trazer benefícios à comunidade.

*Por isso que eu te falei, eu quero fazer medicina veterinária, porque eu quero trabalhar aqui e quero ajudar a comunidade (Q9).*

Percebe-se, na fala da participante, que sua escolha em relação à carreira profissional está muito mais ligada a um espírito de confraternidade e de poder contribuir com o contexto, em que nasceu e cresceu, do que a um desejo pessoal. Ela sente-se pertencente a um grupo e preocupa-se com o bem-estar deste, identificando, assim, a necessidade de auxiliá-lo a partir de sua escolha profissional.

Outro estudo (SESSP, 2009) também identificou essa concepção entre os membros do quilombo. Os mais velhos apontam a importância de seus filhos se instrumentalizarem e se profissionalizarem para permanecerem na comunidade, contribuindo e cuidando dos demais. De modo semelhante ao verificado no presente estudo, os autores (SESSP, 2009) destacam o receio que os pais têm de que seus filhos busquem outras oportunidades fora da comunidade e não retornem mais, conforme também foi salientado pelas participantes.

É possível visualizar o quilombo como um meio cultural (GEERTZ, 2011; LARAIA, 2001), no qual estão refletidos símbolos, significados, concepções, padrões, práticas e características, que foram expressos e transmitidos entre gerações, e que permitem que os indivíduos possam conformar, ordenar e direcionar suas vidas, bem como possam dar valor à sua existência. Portanto, reconhece-se, por meio dos sentimentos expressos por estas mulheres, sua inserção social como quilombolas, e ao mesmo tempo, as aflições que demandam da falta de oportunidade que o local e o acesso distante de um centro urbano trazem ao grupo. Tais sentimentos expressados por elas resultam do meio cultural em que elas

foram socializadas e vivem, e é a partir deste meio, que elas se comunicam, perpetuam-se e desenvolvem seus conhecimentos e atividades em relação à vida e ao cuidado de si. Por isso, a relevância de conhecer este aspecto junto a este grupo específico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que a identidade quilombola desvela-se entre as mulheres deste estudo como algo especial, que gera sentimentos positivos, entre eles, a felicidade e o orgulho por pertencerem a este grupo e viverem em uma comunidade quilombola. Além disso, viver, neste local, imprime às mulheres um sentimento de liberdade, pelo fato de poderem conduzir suas vidas, e de seus familiares, de forma tranquila, sem se preocuparem com situações de perigos ou de risco, encontradas em outros locais.

Considera-se que os sentimentos manifestados pelas participantes sofrem influência de fatores sociais e culturais, os quais foram construídos historicamente no local. Dessa forma, em alguns momentos, pode-se verificar que as mulheres mais velhas buscam transmitir as jovens os mesmos sentimentos positivos em relação à identidade e à comunidade quilombola, transmitidos simbolicamente a elas, no passado.

Acredita-se que estes sentimentos positivos possam repercutir de forma significativa no cuidado à saúde destas mulheres, estimulando-as a desenvolver práticas de cuidado de si, pois, assim, continuarão trabalhando, estudando e lutando por melhores condições de vida. Ao mesmo tempo, a sensação de pertencimento ao grupo, incita-as a cuidar dos demais membros da comunidade, fazendo-as propagar práticas de cuidado, além de laços de solidariedade, confiança e zelo.

Em contraponto, as condições adversas de vida, manifestadas pelas mulheres, também tem sido capazes de gerar sensações negativas, como impotência, angústia, frustração, insegurança. Entretanto, percebe-se que é a partir destas condições e dos sentimentos que elas lhes causam que as mulheres condicionam a forma de ver a vida, cuidar de si e dos outros, e enfrentar as adversidades. Diante disso, a fé se sobressai como estratégia para auxiliar as mulheres a superarem os obstáculos encontrados, e apresenta-se como algo que as motiva em direção a um futuro, que acreditam que será melhor.

Frente aos resultados encontrados, neste estudo, salienta-se como elemento positivo a técnica elencada para produzir os dados, pois favoreceu a interação e a expressão das mulheres quilombolas por meio de discussão grupal, auxiliando-as em seus depoimentos e permitindo a compreensão dos significados de seus sentimentos, comportamentos e vivências.

Nesse sentido, ressalta-se que o entendimento de determinado grupo ou fenômeno exige do pesquisador o esforço de olhar sobre o ombro do indivíduo, buscando ver e compreender o que ele sente, como pensa e no que acredita.

Por outro lado, destaca-se que não foram encontrados estudos que abordam especificamente os sentimentos de mulheres quilombolas em relação a sua identidade, sendo este um elemento limitador. Contudo, este estudo não se propôs a esgotar a temática, uma vez que investigações, sob a perspectiva cultural, não têm a pretensão de descobrir todos os significados implicados em um contexto, mas sim explicar conjecturas na tentativa de compreender a construção de significados e subjetividades. Assim, salienta-se a necessidade de novos e diferentes olhares sobre a temática em pauta. Com isso, espera-se que os dados produzidos possam contribuir para a reflexão da sociedade, como também na elaboração de estratégias, que produzam transformações no contexto de vida destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1989.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BASTOS, P. C. **Entre o quilombo e a cidade: trajetórias de individuação de jovens mulheres negras**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

BASTOS, P. C. **Jovem mulher negra quilombola**: identidades e trajetórias. Anais do Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Decreto nº 4.887**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)>. Acesso em: jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Quilombola**: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas. Brasília: SEPPPIR, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: jun. 2013.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

FERREIRA, R. F.; CAMARGO, A. C. As relações cotidianas e a construção da identidade negra. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 374-89, 2011.

FREITAS, D. A. et al. O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-43, 2011.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 106-15, 2014.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LANDERDAHL, M. C. et al. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17 n. 2, 306-12, 2013.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

MANFRINATE, R.; SATO, M. A caminhada das mulheres quilombolas de Mata Cavalo delineando seu território por entre as trilhas da educação ambiental. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 28, p. 47-61, 2012.

MENEZES, M.; MOREÍ, C. L. O. O.; CRUZ, R. M. O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. **Avaliação psicológica**, v. 7, n. 2, p. 189-98, 2008.

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

POLLACK, M. Memória e Identidade Social. **Revista Estudos Históricos**, v. 5, n. 10, p. 200-12, 1992.

PRATES, L. A. et al. Olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola: nota prévia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 7, p. 2194-8, 2014.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-86, 2008.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, Â. M. B. B. 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 & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 96-108, 2010.

RODRIGUES, M.A.; SEIDL, E.M.F. A importância do apoio em pacientes coronarianos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 14, p. 279-88, 2008.

SANTOS, G. L.; CHAVES, A. M. Ser quilombola: representações sociais de habitantes de uma comunidade negra. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 3, p. 353-61, 2007.

SANTOS, V. et al. Condições de saúde e qualidade de vida do idoso negro quilombola. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 8, p. 2603-10, 2014.

SESSP-Secretaria de Saúde de São Paulo. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

SILVA, M. J. G. S.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 109-20, 2010.

SILVEIRA, C. L. et al. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 585-92, 2011.

SOUZA, M. L. A.; GUSMÃO, N. M. M. Identidade quilombola e processos educativos presentes num quilombo urbano: o caso do Quilombo Brotas. **Educação & Linguagem**, v. 14, n. 23/24, p. 75-93, 2011.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-8, 2013.

WERNECK, J. **Mulheres negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Grupo Criola, 2010.

## ARTIGO 4

### “Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas<sup>7</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres de uma comunidade quilombola. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com vertente antropológica, desenvolvida com mulheres quilombolas. Os dados, produzidos a partir da técnica de grupo focal, foram submetidos à análise de conteúdo temática da proposta operativa. **Resultados:** foram apresentadas as práticas de cuidado desenvolvidas e compartilhadas entre as mulheres quilombolas durante a infância, adolescência, vida adulta e velhice. Eventos femininos, como a menarca, a gravidez, o parto, o puerpério e a menopausa foram evidenciados como processos que demandam práticas específicas de cuidado. Estas práticas são realizadas a partir dos recursos existentes no contexto familiar e comunitário, e encontram-se balizadas no conhecimento prévio e nas vivências das mulheres do quilombo. **Conclusões:** por trás de cada uma destas práticas, desvela-se a cultura deste grupo de mulheres, a qual tem dado sustentação às condutas adotadas em cada situação vivida. Entende-se que, a partir do conhecimento e do entendimento das práticas de cuidado adotadas e mantidas, nos diferentes contextos de vida, será possível prestar um cuidado que valorize o ser humano e seus princípios e valores culturais, respondendo efetivamente às suas necessidades. **Descritores:** saúde da mulher; grupo com ancestrais do continente africano; cultura.

#### ABSTRACT

**Objective:** to investigate how were built socioculturally care practices between women a quilombola community. **Method:** qualitative research, descriptive type, with anthropological aspect, developed with quilombola women. The data, produced from the focal group technique, were submitted to thematic content analysis of operative proposal. **Results:** were presented care practices developed and shared among quilombola women during childhood, adolescence, adulthood and old age. Female events, as menarche, pregnancy, childbirth, puerperium and menopause were evidenced as processes that demand specific practices of

---

<sup>7</sup>Este artigo será formatado e submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública.

care. These practices are performed from existing resources in the family and community context, and are buoyed in the prior knowledge and in the women's experiences of quilombo. **Conclusions:** behind each of these practices, unveils the culture of this group of women, which has given support to conduct adopted in every situation. It is understood that, from the knowledge and from understanding caregiving practices adopted and maintained, in the various contexts of life, it will be possible to provide a careful that values the human being and its principles and cultural values, responding effectively to their needs. **Key words:** women's health; african continental ancestry group; culture.

## INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes quilombolas acompanham a história brasileira e, atualmente, estão localizadas em praticamente todos os estados do Brasil (INCRA, 2013). O termo quilombo deriva da palavra *kilombo* e significava, durante o Brasil Colônia e ainda no Brasil Império, um acampamento guerreiro na floresta, resultante do apoio mútuo e da resistência coletiva sob a escravidão. Os quilombos eram compostos, predominantemente, por escravos refugiados, mas também abrangiam indivíduos de outros grupos étnicos desenraizados de suas comunidades (LEITE, 2008; FREITAS et al, 2013). Ao longo dos anos, esses sujeitos ocuparam áreas rurais isoladas no Brasil e formaram sistemas paralelos de poder, produção e organização social (SILVA et al, 2008).

Atualmente, os quilombos são considerados espaços em que vivem os grupos étnico-raciais com presunção de ancestralidade negra, entre eles, os descendentes de mulheres e homens escravizados, ex-escravizados e negros livres (BRASIL, 2003). Nessas comunidades, à semelhança de outros grupos (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012), foram perpetuados valores, crenças e costumes culturais entre as gerações, os quais influenciavam e ainda influenciam na forma como os indivíduos percebem e interpretam seus corpos e a própria saúde, e desenvolvem suas práticas de cuidado.

As práticas de cuidado, neste caso, consistem em ações sociais, individuais ou coletivas, que englobam os saberes populares e científicos. Essas práticas se desenvolvem nas relações interpessoais e retratam os valores e os princípios de um grupo (BUDÓ et al, 2008; FERREIRA; ACIOLI, 2010). Às mulheres, historicamente, foi atribuído a função principal de provedoras dessas práticas, desempenhando, assim, o cuidado de si, de suas famílias e dos demais membros de sua rede familiar ou grupo (HELMAN, 2009).

Nas comunidades quilombolas, tradicionalmente, as mulheres também responsabilizaram-se pelo desenvolvimento das práticas de cuidado, bem como pela sua perpetuação e transmissão entre as gerações. Apesar disso, observa-se que ainda é escassa a literatura acerca das práticas de cuidados à saúde, desenvolvidas por mulheres quilombolas. Nessa direção, realizou-se este estudo, guiado pela seguinte questão de pesquisa “Como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres quilombolas?”, com o objetivo de investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres de uma comunidade quilombola.

## **MÉTODO**

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com vertente antropológica, desenvolvida com mulheres quilombolas. O cenário de pesquisa foi uma comunidade quilombola, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A seleção das participantes foi intencional, considerando apenas as mulheres com idade acima de 12 anos (faixa etária esta que compreende o início da adolescência) (BRASIL, 1990), que apresentavam condições psicocognitivas para participar da pesquisa. Assim, foram incluídas, no estudo, 13 participantes, na faixa etária dos 14 aos 56 anos de idade.

Os dados foram produzidos a partir da técnica de grupo focal, em três encontros, no mês de fevereiro do ano de 2014. A técnica foi operacionalizada em cinco etapas: 1) revisão acerca dos principais pontos discutidos no primeiro encontro; 2) apresentação dos objetivos do segundo encontro; 3) desenvolvimento de dinâmica para estimular o debate; 4) debate e; 5) apresentação da síntese e validação coletiva do encontro (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999).

Cada um dos encontros teve um tema principal, que norteou o debate grupal. Sendo assim, no primeiro encontro, debateu-se sobre o cuidado à saúde; no segundo acerca dos sentimentos em relação à identidade quilombola e a vida na comunidade; e no terceiro encontro, foco também deste artigo, tratou-se sobre as práticas de cuidado à saúde da mulher nos diversos ciclos de vida.

Neste terceiro encontro, para promover o debate, utilizaram-se, inicialmente, as técnicas de recorte e colagem. Sendo assim, as participantes foram convidadas a desenvolver um álbum sobre as práticas de cuidado. Para isso, as participantes foram provocadas a debater a partir da seguinte afirmação e pergunta: “Todas somos mulheres e vivenciamos o nosso cuidado desde que nascemos. Se tivéssemos um álbum, falando das nossas práticas de cuidado ao longo da vida, como ele seria?”. Durante a elaboração do álbum, ainda

questionou-se às participantes: “Para você, o que é importante cuidar na saúde da mulher?”. Depois de desenvolverem as páginas do álbum, elas o apresentaram, destacando e refletindo acerca das principais práticas de cuidado desenvolvidas nos diferentes estágios de vida.

As falas das participantes foram gravadas em aparelhos digitais e, a seguir, foram transcritas. Para o registro dos dados, também foram utilizados os diários de campos da moderadora e do observador da técnica de grupo focal. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática da proposta operativa (MINAYO, 2014).

Para atender a questão do anonimato das participantes, durante a pesquisa, viabilizou-se a sua identificação por meio do sistema alfanumérico, utilizando-se a letra “M” (mulher) e a ordenação numérica, por exemplo, M1, M2, e assim. Ao longo de toda pesquisa respeitou-se os aspectos éticos a que se refere à Resolução 466 do ano de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do número do processo 25345113.7.0000.5346.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As práticas de cuidado descritas pelas mulheres quilombolas participantes deste estudo têm sido construídas e perpetuadas histórica e culturalmente dentro do espaço, no qual se inseriu a comunidade. Por meio dos relatos, percebe-se que estas práticas originaram-se a partir de percepções, valores e crenças culturais, que tem dado suporte as suas experiências de vida.

Para o desenvolvimento do álbum com as práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres quilombolas, ao longo da vida, as participantes dividiram-se em pequenos grupos. Cada grupo elaborou uma ou mais páginas do álbum relativas a um período específico do ciclo vital feminino. Dessa forma, foram apresentadas as práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres quilombolas na infância, adolescência, vida adulta e velhice, além de terem sido destacados eventos femininos, como a menarca, o período gravídico-puerperal e a menopausa.

Para a exposição das páginas do álbum, as mulheres organizaram-se conforme a ocorrência cronológica destes eventos no ciclo feminino. Sendo assim, foram apresentadas, inicialmente, as práticas de cuidado realizadas por estas mulheres durante a infância.

Nesta fase, conforme as participantes, todas as suas atividades voltavam-se basicamente para as brincadeiras. Por conseguinte, elas não desenvolviam nenhuma prática de

cuidado de si, uma vez que o cuidado, nessa idade, ficava sob a responsabilidade das mães, que realizavam todos os cuidados necessários para garantir ou manter a saúde das filhas.

*Eu, sinceramente, quando era pequena não me cuidava (M1).*

*Mais era pintar e brincar, se machucar era pouco, mas se acontecia alguma coisa, corria para o pai e para a mãe. Mais para a mãe. [...] Aí, geralmente, a mãe lavava e deu, seguia a brincadeira de novo. Parava de chorar e se virava (M2).*

A noção de infância como um período reservado para diversão e brincadeira não é observada apenas neste cenário, mas em muitas sociedades (HELMAN, 2009). Além disso, as crianças são vistas como vulneráveis e indefesas e, portanto, requerem proteção e cuidados (HOGA, 2004). Para suprir a necessidade de cuidado, tradicionalmente, instituiu-se um padrão dominante de família, no qual a mulher é representada como a principal mantenedora dos cuidados voltados às crianças, aos demais membros da unidade familiar e ao próprio ambiente doméstico (AZEREDO, 2010).

Dentro do setor informal de assistência à saúde (HELMAN, 2009), as mulheres, especialmente as mães e as avós, são vistas como as principais provedoras de cuidados. Muitas vezes, elas são capazes de identificar e tratar a maior parte das enfermidades por meio de chás, remédios caseiros, crenças ou superstições, conforme evidenciam as falas, a seguir.

*A minha mãe mesmo usa muito chá. Ela tem muita fé nos chás. Tem vários tipos de chá que ela já ensinou para gente [...] São os 'jujos' [ervas medicinais] que sempre a gente tem em casa [...] Eu tenho sempre um chazinho [...] Tudo na base do chá [...] Não sei se é a fé da gente ou se faz efeito mesmo [o chá] (M1).*

*Quando a gente não tem, a gente corre para os vizinhos também. Se não tem, o outro tem [...] Eu tomo [...] É uma das coisas que eu tenho bastante fé pelo menos (M2).*

*Eu tomo [chá] uma semana e paro [...] não tomo muito seguido (M3).*

Verificou-se que, nesta comunidade, a utilização de chás é uma prática de cuidado comum, transmitida entre as mulheres da família. Neste cenário, o chá aparece como o primeiro recurso diante de alterações clínicas apresentadas tanto pelas crianças quanto pelos adultos.

Além disso, infere-se que, no contexto da comunidade quilombola estudada, o chá pode ser considerado uma subcultura de assistência à saúde (HELMAN, 2009), já que envolve um sistema menor e alternativo utilizado para o tratamento das enfermidades. Além disso, pondera-se que, assim como em outros grupos populacionais (BACKES et al, 2009; THUM;

CEOLIN; BORGES, 2011), estas mulheres aprenderam a buscar, inicialmente, os recursos mais próximos, ou seja, os chás, para então, depois, recorrer aos recursos mais distantes.

Portanto, habitualmente, os indivíduos tendem a seguir uma “hierarquia de recursos” (HELMAN, 2009), iniciando com a automedicação por meio de chás, remédios populares ou industrializados chegando até as consultas com curandeiros ou profissionais de saúde. Nessa direção, verificou-se que, na comunidade quilombola, as mulheres buscam, inicialmente, a cura por meio do chá. Caso esta alternativa fracasse, elas recorrem a outras.

*Dá um chazinho até ver se ameniza. No caso, se não amenizar, aí tem que dá outro jeito (M1).*

Sendo assim, diante da impossibilidade de cura por meio da utilização dos chás, as mulheres quilombolas buscam outros setores de assistência à saúde (HELMAN, 2009). Na comunidade, a segunda opção, geralmente, são os serviços de atenção à saúde no nível terciário, uma vez que no nível primário, elas referem que suas necessidades de saúde não são supridas. Contudo, conforme relato das participantes, primeiramente, elas avaliam se a situação carece ou não da assistência médica, sendo que tal avaliação é realizada tanto com os adultos, como também com as crianças.

*Só dá uma limpadinha ali [no local onde a criança se feriu] e manda brincar de novo. Só vai levar no médico no último caso [quando outras medidas não foram eficazes]. Se está quase quebrando um braço, levantando um dedo, aí leva. Se não, porque eles são da terra, como é que tu vai levar por uma feridinha, um arranhãozinho? [...] Bota um band-aid ali e deu, tá bom (risos) (M4).*

Frente à análise desta fala, é possível verificar que a procura pelo serviço de saúde é sempre ponderada. As participantes reconhecem todas as dificuldades enfrentadas no deslocamento e acesso aos serviços de saúde e, portanto, só buscam estes cenários, quando os recursos disponíveis no quilombo não são capazes de responder as necessidades imediatas.

Outros estudos (HOGA, 2004; BACKES et al, 2009) também destacaram que a decisão de buscar o atendimento de um profissional da saúde é determinada pela gravidade da situação apresentada. Logo, inicialmente, são desenvolvidas práticas de cuidado com os recursos existentes no contexto familiar e comunitário, até que, em última instância, ocorre a procura pelos profissionais da saúde.

Ainda, durante a infância, observou-se que as mulheres relataram buscar mais às mães diante da ocorrência de um agravo à saúde. Quanto à escolha desta e não de outros indivíduos para desenvolver as práticas de cuidado, as mulheres justificaram-se.

*Procurava mais a mãe, que estava sempre em casa (M2).*

*Os pais nem param muito em casa (risos). O pai é visita (risos) (M5).*

*Se a gente vai procurar o pai, ele fala: ‘- vai lá com a tua mãe’ (risos) (M4).*

Estas falas, mais uma vez, expressam uma realidade observada nesta e em outra comunidade quilombola (SILVA, 2012), em que a mulher é responsabilizada pela provisão das práticas de cuidado, enquanto o homem envolve-se com o trabalho extradomiciliar, o qual, nesta comunidade, especificamente, ocorre no meio rural. Portanto, diante da permanência constante e habitual da mulher no ambiente doméstico, os homens não se envolvem com as práticas de cuidado, restando às mulheres a responsabilidade de desenvolvê-las e mantê-las.

Ao chegar na adolescência, constatou-se, mediante os depoimentos, que as meninas começaram a se envolver com as primeiras práticas de cuidado relativas à sua própria saúde. É nesta fase que se iniciam as primeiras modificações corporais e elas vivenciam inúmeras alterações hormonais intensas, além de eventos que marcam profundamente as suas vidas, como a menarca e a coitarca.

As participantes do estudo destacaram que a fase da adolescência, vivenciada por elas, foi marcada pelo desprendimento das brincadeiras da infância; relações estabelecidas com as amigas, que nesta fase deixam de ser somente as mulheres da família; manifestação dos primeiros afetos, amores e desejos pelos meninos e, com isso, o primeiro beijo, namoro e relação sexual; além do surgimento de preocupações quanto à estética corporal e, de certa forma, com as despesas da família e o futuro, originando, com isso, o desejo de ingressar no mercado de trabalho.

Entre as práticas de cuidado desenvolvidas, nesta fase, as mulheres citaram, principalmente, àquelas ligadas à estética. Elas relataram que, durante a adolescência, preocupavam-se mais com a imagem corporal e, com isso, recorriam a recursos que poderiam permitir uma garantia de cuidado.

*A gente botou as maquiagens [recortou e colou imagens que ilustram maquiagens]. Porque tu vais te lembrar que vais ficar velha na adolescência. Vais ter ruga. Então, vais ter que começar a usar o pó, blush. Sem falar que as adolescentes adoram também isso aí. Adolescente gosta, gosta mesmo (M4).*

No conteúdo destas falas, é possível identificar o cuidado existente com a estética e, principalmente, com a beleza física. As práticas de cuidado desenvolvidas para manter esta beleza representam cuidados que as participantes acreditam que deve iniciar na adolescência,

perpetuando-se em todo o ciclo vital feminino. Segundo a percepção das entrevistadas, as práticas de cuidado que envolvem a imagem corporal devem ser ocorrer ainda na adolescência, pois podem trazer implicações no futuro.

As mesmas práticas de cuidado, voltadas para a imagem corporal, também foram identificadas em um estudo (SILVA, 2012) desenvolvido com adolescentes quilombolas do sexo feminino. Estas práticas são justificadas como uma preocupação com a beleza física e envolvem um “culto ao corpo” (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011), que não se restringe somente às adolescentes, englobando também mulheres de outras faixas etárias.

Nessa linha de pensamento, a imagem corporal, que se quer “cuidar”, representa uma construção cultural e multidimensional que abrange percepções, sentimentos e comportamentos de mulheres frente aos seus atributos físicos (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011). Desse modo, as concepções elaboradas pelas mulheres quilombolas do presente estudo fizeram com que, na adolescência e também a partir dela, elas passassem a adotar práticas de cuidado voltadas para a estética, utilizando, assim, determinados recursos voltados para esta finalidade.

Associado aos cuidados com o corpo, também foram destacadas as primeiras modificações físicas vivenciadas neste período e a própria menarca, evento que demonstrou ter sido marcante na vida destas mulheres. Verificou-se, segundo os relatos, que, assim como as práticas de cuidado, a vivência da menarca diferiu entre as gerações de mulheres que participaram deste estudo. Entre as mulheres mais velhas, a menarca envolveu um período, no qual mãe e filha pouco dialogavam e no qual era negado o direito da menina-mulher de conhecer e entender o próprio corpo.

*A gente não sabia, a gente adolescente com 12, 13 anos não sabia o que era uma menstruação, porque o que eram as mães? Escondiam da gente, nem no banheiro a gente não via, não sabia. Hoje é diferente a coisa (M6).*

Diferente desta fala, outra participante um pouco mais jovem, relatou sua vivência em relação à menarca e à sua relação com a mãe. Na fala, é possível visualizar que a menarca e outros eventos femininos deixaram de ser, de certa forma, velados e passaram a ser discutidos dentro do ambiente familiar, desvelando-se, com isso, algumas práticas de cuidado desenvolvidas pelas mães para com as filhas, principalmente, por meio de orientações e controles.

*Com 12 anos, tu já tem que começar a esperar [pela menarca] [...] Com 12 anos, comecei a menstruar, mas eu já estava avisada: ‘- ó, vai começar teu ciclo’. [...] A mãe*

*explicava bem isso. Só era mais rígida [...] Não me falava que eu tinha que usar [métodos contraceptivos], mas ela me assustava também. Acho que muitas mães fazem isso, assustar: ‘- Se tomar pílula, eu vou saber [se tiver relação sexual] também, pois tu está começando a engravidar, vai criar corpo’ [...] ‘- Eu vou notar que tu está tomando pílula. Se tu pegar uma camisinha num posto, a minha amiga vai me dizer’. Acho que isso aí também meio que prejudica. Hoje tem mães que ainda são de antigamente, que fazem isso (M4).*

*Hoje é mais fácil do que antigamente. Antigamente, uma mulher não dizia para uma filha [não conversava sobre sexualidade]. Para mim, eu acho que ela [a mãe] tinha vergonha de dizer (M6).*

*Hoje uma mãe já chega e já conversa com uma filha. Antes não. Antes se a gente perguntava para a mãe, ela respondia assim: ‘- quando tu casar, tu vai saber’. Tu tinha que descobrir sozinha. Às vezes, a pessoa ficava ali naquela curiosidade. [...] Por isso, casavam muito cedo, depois se arrependiam. [...] Eu mesma tive um filho com 17 anos, e se a mãe chegasse e dissesse: ‘- olha, filha, tu te cuida’ [...] talvez eu não teria tido filho tão nova (M7).*

Ao analisar os dados, é possível ponderar que, até pouco tempo, alguns assuntos, principalmente àqueles relacionados à sexualidade, eram considerados como tabus no ambiente familiar, sendo, até mesmo, repreendidos pelos pais. Tais achados também podem ser verificados em outro estudo (RESSEL et al, 2011). Com isso, percebe-se que a menarca, por algum tempo, foi um destes temas velados na família, isso porque é reconhecida como um rito de passagem para a fase adulta (GENNEP, 2011), no qual a menina desperta para a sexualidade, ocorrendo, dessa forma, a possibilidade de gravidez precoce (SILVA et al, 2014).

No segundo relato, ainda observa-se o temor criado pela mãe sobre a filha ao alegar que a perda da virgindade desta poderia ser revelada por meio de mudanças físicas, que seriam percebidas em seu corpo. Logo, percebe-se que, culturalmente, a sexualidade reserva em sua essência muitos mitos e crenças transmitidos no ambiente familiar de forma intergeracional, que geram angústias nos adolescentes (SILVA et al, 2014).

Apoiando-se à literatura (MARTINS et al, 2012), ainda é possível inferir que, dentro do contexto dessa comunidade, a sexualidade feminina está envolta sob a concepção de um selo de garantia que deve ser preservado pela menina-mulher, já que simboliza miticamente um motivo de honra para ela e sua família. Com isso, a fala da participante exprime também que a vivência da sexualidade, entre as meninas, tende a ser algo reprimido pela família.

Ademais, em relação ao diálogo no contexto familiar sobre sexualidade, autores (SAVEGNAGO; ARPINI, 2013) destacam que muitos pais têm dificuldade de abordar as questões ligadas à sexualidade com seus filhos por acreditarem que esta atitude pode servir como um estímulo para a iniciação sexual precoce. Possivelmente, esta também fosse a crença, que prevalecesse no passado entre as mães das mulheres quilombolas.

Contudo, em um contexto, no qual a adolescente precisa manter sua vida sexual de forma velada, acredita-se que as barreiras impostas na comunicação intrafamiliar não só acarretaram na iniciação sexual precoce, como também no desenvolvimento de uma gravidez não planejada. Portanto, depreende-se, a partir da ótica das participantes do estudo, que o diálogo representa uma ferramenta fundamental no desenvolvimento das práticas de cuidado que abrangem a adolescência.

Durante a produção dos dados, as participantes também despertaram para o fato de que, mesmo com o diálogo, muitas adolescentes do quilombo continuaram engravidando. Assim, elas ponderaram sobre outras razões que determinaram a ocorrência deste fenômeno. Entre estas, citaram a utilização dos métodos anticoncepcionais. Observando o conteúdo destas falas, é possível verificar que a realização de práticas de cuidado relativas à relação sexual segura não eram e continuam não sendo comuns entre as mulheres. Entretanto, também é possível depreender os motivos que as levam a não utilizar os métodos de proteção.

*Ninguém aceita que a gente diz que foi descuido [a gravidez na adolescência] [...] Porque se tu fala que é descuido, as pessoas dizem: '- como que foi descuido, se tem vários métodos para tu se cuidar? Tem pílula de graça, tem camisinha de graça'. Mas, muitas vezes, tem a vergonha antes da graça. De graça tem a vergonha também. [...] Eu tive o meu primeiro bebê com 13 anos. Como eu não ia ter vergonha de chegar em um posto e pedir uma pílula, uma camisinha? Pedir para minha mãe? Imagina que eu ia pedir para minha mãe uma pílula. [...] Não tinha como [...] E tem a pílula também, mas tu tem que te cadastrar e tem que comprovar que tu não tem como comprar (M4).*

*Eu que sou uma mulher velha, eu tive vergonha de pegar [os preservativos nos serviços públicos de saúde] (risos). Tive vergonha, imagina as adolescentes. Eu acho que eles deviam colocar em outro lugar ali (M5).*

*Esses dias aconteceu de eu estar lá no [em um serviço municipal de saúde] e estarem as próprias atendentes olhando para a caixinha de camisinha ali em cima e comentando: '- olha a cabeça de colocar aqui em cima. Qual é o adolescente que vai chegar aqui bem 'carudo' e vai pegar uma camisinha na frente de todo mundo?' [...] Por mais que tu queira*

*pegar, tu não pega, de vergonha. Tem gente sempre olhando. [...] As próprias moças que trabalham ali ficam comentando (M8).*

Os fragmentos de falas evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para acessar os métodos anticoncepcionais. Evidenciou-se, entre os principais motivos referidos para não utilização destes métodos, o sentimento de constrangimento; o local escolhido pelo serviço de saúde para a disponibilização destes, mas que, de acordo com as participantes, é inadequado; e a burocratização imposta pela instituição, quando, conforme a participante, solicita comprovação quanto à ausência de recursos financeiros.

Ainda é possível perceber a responsabilização que, culturalmente, recaiu sobre estas mulheres, desde a adolescência, com relação às práticas de cuidado voltadas para a prática sexual segura (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). A exemplo do que também ocorre em outra comunidade (SILVA, 2012), os homens não compartilham as práticas de cuidado desenvolvidas com as filhas na infância e continuam não o fazendo, quando estas chegam à adolescência. Observa-se também que quando eles estão vivenciando a adolescência (SANTOS; NOGUEIRA, 2009), ao lado de uma menina da mesma idade e com a mesma imaturidade, inexperiência e despreparo que eles, a responsabilidade, ainda assim, é atribuída a ela.

Além de todos os mitos e tabus construídos acerca da sexualidade, nessa fase, também emergiram, no debate grupal, as crenças relacionadas ao sangue menstrual e seus poderes sobrenaturais.

*A minha mãe sempre dizia para não lavar a cabeça e, mesmo assim, eu teimava e lavava (M1).*

*Uma colega nossa há pouco tempo [...] que estava menstruada [...] uma guria, 15 anos, lavou a cabeça e ficou mal (M6).*

*Essa daqui da [região próxima à comunidade] morreu. Quando saíram daqui de fora com ela para cidade, ela já saiu morta [...] porque quando lava [o couro cabeludo], arrebenta a cabeça (M7).*

Os relatos das participantes apontam para as crenças associadas aos poderes sobrenaturais atribuídos ao sangue menstrual. Na visão delas, durante o ciclo menstrual, a mulher deve ter algumas restrições quanto à higiene, principalmente no que se refere à lavagem do couro cabeludo. Nesse sentido, Elas conheciam mulheres que haviam desconsiderado essa prática de cuidado e, com isso, tiveram implicações com a própria saúde e, até mesmo, foram a óbito.

Assim, é possível verificar que as crenças que envolvem este período ou o sangue menstrual continuam a ser perpetuadas em inúmeras sociedades (HELMAN, 2009), inclusive no cenário deste estudo. Estes fragmentos de falas confirmam a literatura (BACKES et al, 2009), que indica que as crenças e as práticas de cuidado nascem simultaneamente dentro do mesmo contexto social, influenciando-se mutuamente e fazendo com que as mulheres adotem determinadas condutas. Ademais, pode-se inferir que, em se tratando da menstruação, na cultura popular, ainda existem crenças, mitos e tabus que têm sido perpetuados, ao longo da história e que restringem às mulheres de determinadas atividades (VIEIRA, 2008).

Nesse sentido, as falas das participantes em relação às mulheres que lavaram o cabelo, durante o período em que estavam menstruadas, denota a ideia de que o sangue menstrual possa ter poderes malignos. Dessa forma, a literatura (VIEIRA, 2008) explica que o sangue menstrual representa, para muitas pessoas, uma substância temida e que, dependendo da conduta adotada pela mulher durante esse período, este sangue pode emergir do útero para outra região do corpo, contaminando-a, envenenando-a ou conspurcando-a.

No debate grupal, desvelou-se apenas o mito envolvendo a lavagem do couro cabeludo, durante o banho, no período menstrual. Entretanto, sabe-se que existem outras crenças (HELMAN, 2009) associadas ao que é proibido ou não à mulher nessa fase. Destacando-se que todos estes mitos são associados a determinadas práticas de cuidado, que visam proteger simbolicamente a mulher menstruada do mal, durante um período em que se acredita que ela torna-se mais vulnerável (HELMAN, 2009).

Observou-se também que, durante a menstruação, as mulheres quilombolas adotam práticas de cuidado voltadas para o alívio das cólicas apresentadas nesse período. Para tanto, elas recorrem aos chás, mas também aos remédios industrializados.

*Quando tem cólica, é bom sempre tomar um chazinho (M1).*

*Eu tomo buscopan (M2).*

*Eu tomo Atroveran. Às vezes, tomo quase um vidro inteiro, em três dias, para ver se passa [a cólica] (M4).*

*A minha avó, quando eu sinto isso [cólica], já manda eu tomar chá de laranjeira (M8).*

*Eu não tenho mais [cólica], mas quando eu era mais nova, eu tinha. Sabe o que me ensinaram? Chá de casca de cebola. Tomei e nunca mais me deu (M9).*

Mediante a análise dos relatos, além da forte tendência ao uso dos chás, mencionada anteriormente, também foi possível verificar que, entre as mulheres mais velhas, a prática de

cuidado popular, por meio da utilização de chás se sobressai, enquanto entre as mais jovens esta prática é substituída pelo uso de medicamentos industrializados. Portanto, embora a utilização de chás seja muito difundida no local, ela não vem sendo utilizada de forma isolada, mas sim em associação com os recursos existentes também na indústria farmacêutica.

Ademais, considera-se que a fronteira que separa os saberes populares, empregados no uso dos chás, dos saberes científicos, utilizados na formulação de medicamentos industrializados, é tênue, sendo possível combiná-los, recriando novos conhecimentos e práticas de cuidado. Por conseguinte, embora exista, em algumas situações, uma tensão entre os dois saberes, acredita-se que eles se complementam e podem ser reinventados, segundo as necessidades de cada indivíduo ou grupo (SANTOS et al, 2012).

No que concerne à adolescência, ainda foi feito destaque pelas participantes a uma situação muito comum dentro da comunidade nessa fase, a gravidez na adolescência. Conforme as mulheres, culturalmente, as meninas vivenciam a sua primeira gestação ainda na adolescência.

*Na adolescência, não só nós, tá? Foi o nosso caso, mas quase todas aqui casaram na adolescência, não é? Quase todas tiveram os presentinhos [filhos] na adolescência (risos) (M4).*

A gestação na adolescência apareceu neste e em outros relatos das participantes como algo comum na comunidade. Logo, apresenta-se como um evento natural para as adolescentes, uma vez que foi vivenciado pelas avós, mães e, no presente, vem sendo e também se espera que possa ser vivenciado pelas filhas.

As reflexões geradas em relação à vivência da gestação na adolescência destas mulheres permitem confirmar os achados na literatura (SILVA, 2012), que indica que o contexto socioeconômico e cultural, assim como os valores e princípios transmitidos dentro deste (GEERTZ, 2011), são capazes de definir as atitudes, os comportamentos e as escolhas feitas pelos indivíduos. Logo, as próprias tradições culturais existentes na comunidade quilombola podem ter contribuído para que as meninas optassem ou não por engravidar na adolescência (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Além disso, na visão delas, o fato de, principalmente, as mães não aceitarem conversar com as famílias sobre as questões ligadas à sexualidade, foi determinante para que elas optassem precocemente pelo casamento e/ou pela gravidez. Elas acreditam que a possibilidade de diálogo que se apresenta atualmente, possa mudar as opções feitas habitualmente pelas adolescentes quilombolas.

*Eu acho que hoje em dia está tudo mais moderno. Acho que a mãe já conversa com a filha. [...] Hoje a filha já tem a liberdade de falar: ‘- mãe, eu vou no médico’. [...] No colégio já levam, explicam, já aconselham. [...] Tu está com 13, 14 anos, já indicam [os métodos anticoncepcionais] até para regular a menstruação. Vamos começar a tomar pílula. Nem que ela não tenha uma vida sexual ativa, mas pela menstruação. Tem meninas que tem bastante [fluxo menstrual]. E aí a ginecologista já indica pílula para regular, para controlar. Então, eu acho que hoje é mais fácil. Mais fácil para não acontecer isso [gravidez na adolescência] (M4).*

Além das mudanças na relação mãe-filha, ao longo dos anos, outro aspecto que se destaca nesta fala envolve a medicalização do corpo feminino, durante a menstruação. Conforme a participante, diante da menarca, a menina já deve iniciar o uso de anticoncepcional oral a fim de “regular” o ciclo menstrual. Nesse sentido, autor (HELMAN, 2009) enfatiza que, nos últimos anos, a mulher vem adotando novos papéis na esfera social e, com isso, a sociedade espera que esta possa continuar sendo, além de produtiva, reprodutiva.

Para isso, a mulher tem buscado na medicalização do corpo a possibilidade de responder às exigências conferidas a ela nos seus diversos papéis na sociedade. Tal conduta justifica-se pela necessidade desta em ser vista de uma forma mais ampliada deixando, assim, de ser considerada somente como delicada e frágil, para ser considerada como capaz de assumir funções que, até então, eram delegados apenas ao público masculino.

Na transição para a vida adulta, elas destacaram que as mulheres que não engravidaram na adolescência, vivenciaram sua primeira gestação quando adultas. Conforme as mulheres, as práticas de cuidado relativas ao processo gestacional, desenvolvidas no passado foram modificando-se gradativamente. Nesse contexto, a gestação que, inicialmente, não demandava tantos cuidados passou a ser considerada uma condição que exigia “tratamento” constante.

*Hoje em dia, tu fica grávida, tem que ir no médico. ‘- Ai, eu vou no médico, porque senão eu vou perder o filho’. Antes, aqui a gente fazia de tudo. Hoje elas ficam grávidas não fazem mais nada, porque o filho vai sair lá embaixo (M6).*

Esta fala manifesta a mudança ocorrida em relação à visão sobre a gestação. Nesse sentido, o imaginário cultural criado em torno da gestação é de que ela não deve ser vista como um evento feminino fisiológico, caracterizado por transformações em todos os sistemas orgânicos, mas sim como um estado patológico, que precisa ser controlado e tratado pelos profissionais de saúde (VIEIRA, 2008).

A gestação, vista sob este paradigma patologizante e biologicista, determinou o surgimento de novas práticas de cuidado. Entre elas, a necessidade de regulação e tratamento médico, expressa no conteúdo da fala apresentada acima. Envolvidas pela cultura biomédica e doencificada da gestação, algumas mulheres do quilombo deixaram de desenvolver inúmeras atividades de vida diária, acreditando que estas poderiam colocar em risco à vitalidade do feto.

Da mesma forma que a gravidez, o ato de partear também sofreu inúmeras mudanças. Os partos que, culturalmente, ocorriam na comunidade quilombola e eram assistidos pelas mães e outras mulheres da família passaram a ocorrer no ambiente hospitalar, com a intervenção dos profissionais de saúde e sem o auxílio, muito menos a presença de pessoas significativas para as mulheres.

*Ganhei [pari] todos, para não dizer que foram todos, o primeiro eu ganhei de cesárea e o último. Todos os outros [filhos] eu ganhei com a mãe, em casa. [...] No último parto [no hospital], escapou o soro do braço, [...] eu não tinha acompanhante [...] veio a enfermeira: ‘- ah, tu tirou o soro?’ ‘- eu não. Escapou’, e ela pegou uma agulha e enfiou no meu braço [...] levantei o pé, dei um coice nela e fugi do hospital. Parei lá na casa da minha irmã [...] No outro dia eu fui [para o hospital], porque minha barriga ficou num ‘tamanhão’, arrebentou ponto, infeccionou, tiveram que abrir tudo de novo [...] aí, sim, eu sofri, parecia que eu ia ganhar [parir] outro (M6).*

*Eu ganhei junto com a mãe. Não fui pra cidade. Ganhei na sala da minha mãe [...] Chamei a mãe daquela guria ali [uma das participantes do estudo]. Ela foi a minha parteira, e a minha mãe e outra vizinha que morava do lado. [...] Era assim que a gente ganhava os filhos. A guria eu já ganhei na cidade, mas também cheguei no hospital, a enfermeira me disse: ‘-tira essa roupa’, e eu dizia que eu não ia tirar a roupa [...] (M7).*

É possível constatar que a mudança no cenário do parto foi traumática para estas mulheres. Os partos que eram assistidos pelas mães e vizinhas, no contexto domiciliar e familiar, passaram por várias modificações. As práticas de cuidado voltadas para o parto que, durante muito tempo, foram desenvolvidas pelas mulheres da família, passaram a ser realizadas e, na maioria das vezes, impostas por indivíduos desconhecidos por elas, que desconsideravam a subjetividade, singularidade e a grandiosidade do momento vivido, buscando subordiná-lo ao seu poder por meio de posturas impessoais, normas rígidas e intervenções desnecessárias.

Com o nascimento dos bebês e a necessidade de realização das primeiras práticas de cuidados, foi possível observar que os saberes científicos dos profissionais de saúde foram impostos às mulheres como verdades absolutas, que deveriam ser incorporados ao cotidiano de cuidados com o recém-nascido (RN). Entretanto, observou-se que as mulheres não visualizaram como orientações impostas, mas como cuidados necessários que elas devem realizar, sem questionar.

*No hospital, eles [profissionais de saúde] explicam para a gente: ‘- Olha vocês tem que amamentar! Não vão dar ‘mama’ de chuca! Amamentem!’ (M1).*

*Elas [equipe de enfermagem] dizem muito que a gente tem que dar o leite materno, que não é para dar chazinho, nem leite de vaca (M7).*

Nesse ínterim, a amamentação é uma destas práticas de cuidado imposta e cobrada à mulher pelos profissionais de saúde. As orientações relatadas, apesar de importantes e adequadas quanto à alimentação do RN e à introdução precoce de outros líquidos, evocam um discurso velado que responsabiliza a mulher pelo sucesso da amamentação e que gera, no seu imaginário, o sentimento de culpa quando ela não deseja ou não consegue amamentar (MARQUES; COTTA; PRIORE. 2011).

Com isso, destaca-se a importância de se repensar a forma como tem sido orientada a amamentação, neste e em tantos outros cenários, de modo a apresentá-la como uma escolha que deve ser feita de forma exclusiva e consciente pela mulher. Nessa direção, faz-se necessário visualizar a amamentação como uma das muitas possibilidades na vida da mulher e não como única e obrigatória.

Apesar deste contexto de imposições, criado pelos profissionais de saúde, ainda foi possível verificar que muitas das práticas de cuidados repassadas pelas mulheres mais experientes, como, por exemplo, a utilização da umbigueira e ingestão de chás, continuam a ser propagadas na comunidade. Entretanto, na maioria das vezes, elas permanecem ocultas dos profissionais de saúde.

*Eu colocava uma ‘umbigueirinha’. Uma vez a enfermeira me xingou. Coloquei na minha neta, ela disse que não pode, não sei o que, fez um escândalo, mas em casa, eu sempre usei (M1).*

*Eu dava muito chazinho de erva doce, funcho [...] de hortelã, que era bom para dor de barriga na criança. O doutor que não deixa, nem água pode dar, mas é tudo escondido (M5).*

Infere-se que, neste cenário, práticas, como o uso da umbigueira e o oferecimento de chás são rituais comuns no cuidado às crianças e que, apesar de não aconselhadas pelos profissionais de saúde que assistem essas mulheres, elas continuam a ser perpetuadas. Entende-se que estas práticas de cuidado compõem um saber, que embora empírico, é extremamente respeitado, pois foi transmitido por mulheres consideradas experientes, como as avós e as mães.

Portanto, frente às falas expostas, é possível ponderar que, durante décadas e até hoje, a medicina científica e o modelo biomédico convivem ao lado de práticas populares de cuidado, buscando impor o seu saber como o único capaz de produzir os cuidados necessários aos indivíduos (SANTOS et al, 2012). No contexto estudado, verifica-se apesar da imposição dos saberes dos profissionais de saúde, as práticas de cuidado e as crenças permanecem vivas na história e na cultura da comunidade quilombola.

Da mesma forma, as práticas de cuidados voltadas à saúde da mulher, durante o período puerperal, foram estruturadas a partir dos saberes validados e repassados pelas mulheres mais velhas. Nesse sentido, observa-se o valor atribuído ao conhecimento transmitido pelas mães e avós.

*A única coisa que a minha mãe me ensinou [em relação aos cuidados maternos no puerpério], não sei onde ela aprendeu: ‘- te lava e bota umas gotinhas de álcool, aí vai cair esses pontos’. Isso que ela me ensinou e isso que eu fazia. [...] Tomava o banho, me lavava e passava aquela água com álcool. Ela disse que ia cair os pontos, mas não sei se caiu [...] A cabeça eu não lavava, mas banho tomava todos os dias [...] E tinha também o cuidado para não se resfriar e não chegar perto do fogo. Eu não sei porque que elas [as mães] falavam isso: ‘- não pode ir para frente do fogão’ [...] Até hoje, quem faz cirurgia também não pode [ir para frente do fogão] [...] Já vem passando de geração. Tudo que minha mãe me passou, eu passei para ela [filha] quando ela ganhou (M1).*

*A mãe me dizia não pode pegar calor [...] Mais era fogão à lenha. [...] Essas mães antigas não deixavam [ir para frente do fogão à lenha] (M5).*

*Eu já ia dizer que não é muito antiga [a crença em relação ao fogo], a mãe mesmo não deixava eu chegar perto do fogão (M10).*

Nas falas, reconhece-se, primeiramente, que as mesmas práticas de cuidado difundidas, no passado, entre mães e filhas continuam a ser, na atualidade, transmitidas às netas. Em segundo lugar, do ponto de vista cultural (HELMAN, 2009), elas sinalizaram

crenças sobre o frio e o calor, os quais, neste caso, não refletem apenas na temperatura, mas sim em uma força simbólica que pode produzir efeitos sobre a saúde destas mulheres.

É possível verificar, no conteúdo destes relatos, que existem indivíduos considerados como fonte de aconselhamento e assistência à saúde (HELMAN, 2009). Na comunidade, observa-se que estes sujeitos são representados pelas mulheres com longa experiência em certos eventos femininos, como as avós e mães, assim como as mulheres que ajudaram na criação de diversas crianças.

*Eu procurava a minha mãe e a minha bisa, que também ajudou a cuidar dos meus filhos (M1).*

*Eu já não foi tanto a mãe, porque eu sou a mais velha e a mãe tinha dez filhos, e eu ajudei a criar todos. Então, eu já sabia (M6).*

*Quando eu tinha alguma dúvida, procurava a minha mãe (M10).*

Verifica-se, nestes relatos, que as mulheres citadas são consideradas como referências no cuidado à saúde devido, principalmente, às suas experiências de vida. Estas mulheres orientam as mais jovens, ou menos experientes, sobre práticas de cuidado que já foram validadas por elas e que são socialmente aceitas e respeitadas dentro do quilombo. Sob a perspectiva antropológica (HELMAN, 2009), nos mais diversos contextos, existem indivíduos considerados como detentores de saberes, que tendem a auxiliar, em diferentes situações, àqueles considerados como menos experientes.

Em relação ao final do ciclo de vida exposto pelas participantes, na velhice, elas referiram que há a importância de práticas de cuidado ligadas à alimentação e aos cuidados com o frio e o calor, também destacados durante o puerpério. Nos discursos, ainda emergiu uma concepção de infantilização da velhice (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014), deixando transparecer que, nessa fase, os indivíduos demandam mais cuidados, da mesma forma como exigiam na infância.

*Deus o livre a pessoa de idade não ter saúde, tem que ter mais cuidado com a alimentação, eu acho (M1).*

*Geralmente, a pessoa depois de velha, ela vira criança de novo. A mesma coisa que um bebê (M2).*

*O que eu cuido? Eu cuido de tudo. A alimentação, o frio, o calor (M11).*

As práticas de cuidado destacadas e ligadas ao envelhecimento remetem à importância da alimentação para a manutenção da saúde, e também reforçam a preocupação existente em relação à exposição ao calor e frio (HELMAN, 2009), considerados como fatores que expõem

o idoso a doenças. Além disso, com relação à concepção de que, na velhice, a pessoa “volta a ser criança”, autoras (PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014) enfatizam que esta concepção tem sido destacada a partir de uma perspectiva de carinho e de cuidado com o indivíduo, ao chegar na terceira idade. Entretanto, muitas vezes, configura-se em uma tentativa de privá-lo da possibilidade de comandar sua própria vida e história, e de desenvolver as práticas de cuidado de forma independente.

As mulheres também ressaltaram um dos eventos femininos mais significantes para elas nessa fase, o climatério. Nesse contexto, o climatério constituiu-se em parte do processo de envelhecer e associado a ele, foram salientados seus desconfortos, com destaque para os fogachos. Diante destes, elas citaram as práticas de cuidado adotadas.

*A única coisa que eu fiquei agora, depois que entrei na menopausa são esses ‘calorões’. Horrível! [...] Eu não faço chá. Eu bebo água gelada, ligo o ventilador e vou para frente (M6).*

*A gente está muito bem e daqui um pouquinho, parece que aquilo começa a brotar [...] Começa a brotar nas roupas, no rosto. Parece que queima, daqui um pouquinho está pingando e daqui um pouquinho começa a passar [...] (M7).*

Considera-se que o climatério consiste em uma experiência feminina muito singular, que pode variar consideravelmente de uma mulher para outra dentro do mesmo grupo. Ligado a este evento e as modificações geradas a partir dele, estão as percepções, os sentimentos e as experiências vivenciadas, de forma muito particular, por cada mulher (SCHMALFUSS et al, 2014).

Com relação às práticas de cuidado adotadas, identificou-se que as mulheres buscam opções simples e próximas a elas, descartando a necessidade de ajuda medicamentosa utilizadas por algumas mulheres (SCHMALFUSS et al, 2014) para aliviar os desconfortos. Ainda, quanto à medicalização do corpo feminino nesta, e em outras fases do ciclo feminino, uma das participantes manifestou a sua concepção.

*Antigamente era muito chá, agora tomam um remédio. O remédio é o primeiro a adoecer a gente, intoxica. Os doutores, hoje em dia, são os primeiros a dar remédio, intoxicam a gente de remédio [...] Por isso, vem o chazinho de novo [...] Antes também não existia doença. Agora tu respira e já pegou uma doença. Tem doença de tudo quanto é tipo que a gente nem conhece (M6).*

Infere-se que esta mulher não aceita a ideia do uso de medicamento como principal via de tratamento diante da ocorrência de uma alteração clínica. A medicalização do corpo

feminino se inseriu na sociedade como um dispositivo social, com o intuito de normatizar, administrar e regular os eventos que ocorrem no ciclo vital feminino, e reduzi-los a processos orgânicos, que necessitam de intervenção médica (VIEIRA, 2008).

Nesse sentido, a medicalização envolve o processo de transformar aspectos “normais” e fisiológicos da vida em objetos da medicina. Assim, da mesma forma como a menstruação é vista como moléstia e/ou distúrbio crônico, a gestação como uma doença e o parto como um evento cirúrgico, a menopausa também é doencificada, a fim de ser apropriada pela medicina e tratada por ela por meio da medicalização (VIEIRA, 2008). Dessa forma, o que se observa é justamente o que foi destacado pela participante que, atualmente, “tem doença de tudo quanto é tipo que a gente nem conhece” e que, possivelmente, nem considerava como tal.

Ao final, as mulheres manifestaram a expectativa que possuem e compartilham em relação à postura dos filhos, quando elas chegarem à velhice. Elas esperam que, nessa fase, eles desenvolvam as práticas de cuidado que elas necessitam receber.

*Assim como eu cuidei da minha mãe até o último dia, meu filho vai ter que cuidar da minha saúde (M4).*

*A gente espera que os filhos cuidem da gente (M7).*

As falas das participantes revelam que as práticas de cuidado realizadas pelos filhos, nessa fase da vida, envolvem algum tipo de responsabilidade e compromisso firmado por eles com elas ainda na infância, quando elas responsabilizavam-se pelos seus cuidados, esperando que eles façam o mesmo quando elas necessitarem na velhice. Além disso, também é possível identificar o valor atribuído ao cuidado e a ideia de que cuidar e ser cuidada são questões importantes nas vidas destas mulheres.

Frente ao exposto, identificou-se que as práticas de cuidado, reveladas no debate grupal, foram apreendidas, desenvolvidas e difundidas segundo as necessidades de cada mulher ao vivenciar os diferentes eventos que perpassam suas vidas. Estas práticas manifestaram-se em associação com as crenças e os significados atribuídos a cada um destes processos, mas também a partir do entendimento delas e de outras mulheres de seu convívio de que eram necessários estes cuidados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu depreender que as práticas de cuidado, destacadas pelas mulheres quilombolas, encontram-se imbuídas por inúmeros valores, símbolos e significados, e foram elaboradas durante cada um dos seus percursos e processos de viver, diversificando-se,

segundo as crenças e os conhecimentos existentes em cada época e contexto histórico. Estas práticas também se mostraram balizadas a partir do conhecimento prévio e fundamentadas, principalmente, nas vivências de outras mulheres do quilombo.

Observou-se que as práticas de cuidados reveladas foram socializadas e compartilhadas entre as mulheres da comunidade, e que em cada uma destas práticas desvela-se a cultura deste grupo, a qual tem dado sustentação às condutas adotadas em cada situação vivida. Dessa forma, destaca-se que os cuidados realizados por estas mulheres não devem ser entendidos de forma isolada, mas agregando os aspectos sociais, culturais e econômicos que se inserem neste contexto. Além disso, é preciso ampliar o olhar sobre essas mulheres, que, ao longo da história, estruturaram e perpetuaram com muita tradição e dedicação estas práticas na comunidade.

Os achados deste estudo permitiram perceber a importância de se conhecer e compreender as práticas de cuidado existentes nos contextos socioculturais, para que, assim, seja possível prestar um cuidado integral que valorize o ser humano e seus princípios e valores culturais. Verificou-se, também, que é necessário reconhecer que todas as práticas de cuidado são mediadas pelo contexto sociocultural e pela história de vida pessoal e familiar de cada indivíduo.

Portanto, este estudo não pretende anular ou desconsiderar os inegáveis avanços permitidos pelo campo científico, mas sim destacar a importância de agregar as contribuições dos saberes científicos aos saberes populares, a fim de permitir o surgimento de práticas de cuidado que condicionem estes dois saberes e que conduzam a ações de saúde mais eficazes. Considera-se que, a partir do conhecimento e do entendimento das práticas de cuidado adotadas e mantidas nos diferentes contextos de vida, será possível ao profissional de saúde se aproximar da linguagem e da realidade simbólica construída por cada cultura e, com isso, produzir um cuidado que efetivamente responda às necessidades expressas pelos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

AZEREDO, V. G. Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, p. 576-90, 2010.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-7, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Decreto nº 4.887**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)>. Acesso em: jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 17 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: jun. 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 90-6, 2008.  
DALL’AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 18, n. 4, p. 530-5, 2010.

FREITAS, D. A. et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 941-6, 2013.

GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem**. [trad. Roberto da Matta]. 1. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 5. Ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.

HOGA, L. A. K. **O cuidado com a saúde no contexto domiciliar: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda**. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone, 2004.

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundiaria/quilombolas>>. Acesso em: set. 2013.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 3, p. 965-77, 2008.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-8, 2011.

PEREIRA, R. F.; FREITAS, M. C.; FERREIRA, M. A. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 601-9, 2014.

MARTINS, C. B. G. et al. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Adolescência & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 25-32, 2012.

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

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2012.

RESSEL, L. B. et al. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 245-50, 2011.

RIBEIRO, P. C. P.; OLIVEIRA, P. B. R. Culto ao corpo: beleza ou doença? **Adolescência & Saúde**, v. 8, n. 3, p. 63-9, 2011.

SANTOS, A. C. B. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista NUFEN (online)**, v. 4, n. 2, p. 11-21, 2012.

SANTOS, C. A. C.; NOGUEIRA, K. T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Adolescência & Saude**, v. 6, n. 1, p. 48-56, 2009.

SAVEGNAGO, S. D. O.; ARPINI, D. M. Conversando sobre sexualidade na família: olhares de meninas de grupos populares. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 150, p. 924-47, 2013.

SCHMALFUSS, J. M. et al. Percepções e vivências das mulheres acerca do climatério. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 9, p. 3039-46, 2014.

SILVA, D. O. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 83-7, 2008.

SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem**. 2012. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.

SILVA, S. C. et al. Mitos e dúvidas de adolescentes acerca das modificações corporais e suas implicações na sexualidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 459-69, 2014.

THUM, M. A.; CEOLIN, T.; BORGES, A. M. Percepção do processo saúde-doença de mulheres residentes em área rural. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 5, n. 3, p. 734-40, 2011.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-8, 2013.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

## 4 DISCUSSÃO

Este estudo permitiu desvelar os significados atrelados ao cuidado à saúde, os sentimentos associados à identidade quilombola e as práticas de cuidado desenvolvidas e compartilhadas entre mulheres quilombolas. Em uma vertente antropológica, a análise das falas das participantes, permitiu percebê-las como sujeitos de suas próprias histórias, que percebem e agem segundo suas experiências singulares e no coletivo da comunidade.

Constituem-se também em seres inacabados, individuais e amarrados às teias de significados que elas mesmas teceram (GEERTZ, 2011), as quais orientam e produzem significados em relação ao cuidado, aos sentimentos em relação à identidade quilombola e às práticas de cuidado. Nessa perspectiva, considera-se que seus significados, sentimentos e práticas de cuidado resultam do meio cultural em que elas foram socializadas (GEERTZ, 2011) e são “herdeiras” de um longo processo acumulativo, que engloba valores, crenças, regras, saberes e experiências que foram adquiridas pelas gerações que as antecederam (LARAIA, 2001).

Assim, elas vivem sob a direção de padrões histórico-culturais, por meio dos quais elas conformam, ordenam e direcionam suas vidas de maneira muito específica (GEERTZ, 2011). No quilombo, elas perpetuam e desenvolvem seus saberes e conhecimentos, assim como suas ações em relação ao cuidado, pois, na visão delas, este é um cenário cultural de significados.

Com isso, entende-se que a cultura tem influenciado na forma como estas mulheres concebem e interpretam sua identidade, seus corpos, cuidados e a própria saúde, determinando a escolha ou não por determinadas práticas. Entretanto, infere-se que esta cultura não é estática, uma vez que todas as culturas são dinâmicas e sempre estão em constante transformação/significação. Por conseguinte, entende-se que a cultura destas mulheres tem se modificado, a partir das interações simbólicas estabelecidas entre elas e com outros indivíduos que residem fora da comunidade (GEERTZ, 2011), fazendo com que os significados, sentimentos e práticas associados ao cuidado à saúde também se modifiquem.

Neste cenário, verificou-se que o cuidado é construído e compartilhado continuamente pelas mulheres que cuidam e os indivíduos que são cuidados (BACKES et al, 2006), constituindo-se em uma experiência significativa e repleta de significações para todos os

envolvidos nesse processo (COELHO; FONSECA, 2005). Além disso, foi possível observar os contextos familiar e comunitário como espaços, nos quais são estabelecidos os primeiros cuidados destas mulheres.

Por conseguinte, verificou-se que este cenário impulsiona a construção, a difusão e a propagação dos sentimentos, dos significados e das práticas de cuidados. Ademais, verificou-se que, nessa comunidade, historicamente, as mulheres têm sido associadas ao cuidado. Sendo o mesmo observado em outras culturas (LARAIA, 2001), em que isto se justifica devido à proteção materna instintiva, a qual é considerada como a primeira forma de manifestação do cuidado humano.

No quilombo, às mulheres têm sido atribuídas às funções de cuidar, zelar e manter a vida dos cônjuges, filhos, idosos e enfermos, além de responsabilizarem-se pelas atividades domésticas. Contudo, identificou-se que a responsabilização feminina pelo cuidado, faz com que este, em vários momentos, ocupe o papel central de suas atividades.

Ainda, constatou-se que a imagem da mulher como principal cuidadora entre os indivíduos da comunidade, estabeleceu-se a partir da maternidade e do cuidado aos recém-nascidos e demais membros da família. Sob a ótica cultural, as mulheres que vivenciam a gestação, o parto e o puerpério, e cuidam das crianças são vistas pelas demais como detentoras de saberes.

Sendo assim, percebe-se o próprio corpo da mulher e as experiências vividas neste, como formas de comunicação do cuidado (LIMA et al, 2008). Assim, a mulher foi apropriando-se do cuidado oferecido às crianças, ao companheiro e às outras mulheres da comunidade nos mais diversos eventos de vida. Com isso, tem-se perpetuado o cuidado como uma característica pessoal e intrínseca da mulher.

Mediante essa construção cultural, que atribuiu à mulher quilombola o papel de cuidadora, ela foi vivenciando, construindo, moldando e transmitido inúmeras práticas de cuidado, que hoje integram um saber estritamente feminino. Saber este que se encontra impregnado de valores culturais ligados às crenças, significados, sentimentos e conhecimentos arraigados em suas histórias de vida.

No que se refere aos significados, verificou-se que as mulheres associaram o cuidado à saúde ao trabalho, o qual garante sua subsistência e sobrevivência, e permite que possam auxiliar os familiares e demais membros da comunidade. Também relacionaram à 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, considerando-os como fundamentais na garantia de manutenção da saúde.

Elas também revelaram o enfrentamento de muitas adversidades, as quais têm repercutido diretamente em seus cuidados. Em geral, essas dificuldades se referem à falta de transporte, às condições financeiras precárias e à própria dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Frente a essa realidade, alguns sentimentos negativos sobressaem-se, e podem ser traduzidos como impotência, angústia, frustração e insegurança. De uma maneira geral, estes sentimentos manifestam-se a partir das dificuldades vivenciadas para se deslocar até a zona urbana da cidade e, com isso, acessar os serviços de saúde e educação, assim como conquistar uma oportunidade de emprego.

Todas essas problemáticas, direta ou indiretamente, têm as prejudicado na realização dos cuidados à saúde. Com isso, elas precisam vislumbrar outras estratégias para garantir seus cuidados. Nesse contexto, a fé tem se mostrado como um meio para vencer os desafios do dia a dia, permitindo que elas possam acreditar em melhores perspectivas no futuro.

Associada à fé, manifestam-se sentimentos que também as auxiliam no enfrentamento das adversidades. Dentre estes, destacam-se a felicidade e o orgulho por sua identidade e pelo reconhecimento do local como comunidade quilombola, além da sensação de pertencimento a um grupo. Estes sentimentos e sensações desvelam-se em um contexto, no qual elas sentem-se livres e seguras para expressar seus valores, crenças, costumes e práticas de cuidado, uma vez que são compreendidas, acolhidas e cuidadas.

Portanto, verificou-se que tanto os significados atribuídos ao cuidado à saúde quanto os sentimentos revelados, têm permitido que elas ponderem, organizem, analisem e desenvolvam suas práticas de cuidado. Sendo assim, infere-se que as mulheres quilombolas apresentam significados singulares atrelados ao cuidado à saúde, assim como práticas de cuidados particulares que se apoiam às suas experiências, percepções, valores e, principalmente, aos sentimentos. Tais particularidades não advêm de aspectos biológicos, mas da cultura existente no contexto histórico e sociocultural em que estão inseridas (LANGDON; WIIK, 2010).

Particularmente, em relação às práticas de cuidado, observou-se que consistem em saberes e condutas “herdadas” entre as gerações de mulheres, capazes de conformar ou conduzir as atitudes dessas mulheres, definindo a forma como elas devem ver o processo de saúde e doença e as condutas que devem ser adotadas em cada caso. Ademais, identificou-se que todas essas práticas de cuidado, instituídas e transmitidas entre as gerações, envolvem

saberes, crenças, normas e costumes da comunidade, e estão balizadas, especialmente, no conhecimento das mães e avós, consideradas como referências na produção dos cuidados à saúde.

Frente a todas essas ponderações, acredita-se que os achados encontrados neste estudo possibilitaram ampliar o olhar sobre o cuidado à saúde das mulheres quilombolas, resignificando-o e percebendo-o como uma construção sociocultural particular e singular dessas mulheres. Entende-se, também, que foi possível conhecer e compreender os processos de viver e adoecer, imersos no contexto sociocultural das mulheres quilombolas.

Acredita-se que, para prover um cuidado, que seja validado (HOGA, 2004) e que possua significados para elas, é necessário lançar mão sobre este olhar, sendo possível, dessa forma, desenvolver ações que auxiliem na resolução efetiva dos seus agravos de vida e saúde (ZEFERINO et al, 2008; VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009). Logo, o respeito aos valores socioculturais se dá mediante o reconhecimento e a compreensão do contexto cultural dos indivíduos (FERNANDES et al, 2012).

Nessa perspectiva, a antropologia contribui na atuação do profissional de saúde ao possibilitar que este analise cada contexto de vida e as múltiplas interpretações existentes nestes acerca dos processos de saúde e doença (FAVA et al, 2013). Entretanto, destaca-se que essa análise e, até mesmo, o seu aprendizado não se dão em apenas um momento, mas de forma contínua (MICHEL; LENARDT, 2013), o que exige do profissional de saúde a capacidade de ouvir o outro, identificando suas diferenças culturais (OLIVEIRA, 2002) e respeitando os significados construídos, os sentimentos manifestados e as práticas instituídas.

Portanto, cabe ao profissional de saúde, que desenvolve sua atenção voltada para as mulheres quilombolas, lembrar que a responsabilidade de cuidar do outro implica em valorizar suas singularidades e particularidades, assim como envolvê-lo no processo de cuidar (COELHO; FONSECA, 2005; VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009). Com isso, reforça-se que, é necessário respeitar e considerar a cultura, os hábitos de vida, as crenças, os valores e os costumes que envolvem o contexto de vida destas mulheres (MORAIS et al, 2011).

No que se refere ao cuidado oferecido, especificamente, pelo enfermeiro, enfatiza-se que este estudo possibilitou reconhecer que cultura, saúde e enfermagem são aspectos intimamente interligados. Portanto, acredita-se que, no cuidar de enfermagem, é imprescindível que o cuidado e a cultura caminhem juntos (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012), pois pensar em um modo ou em um modelo de cuidado em enfermagem

exige a compreensão das práticas de cuidado desenvolvidas, mas também o entendimento acerca dos significados desse cuidado e de suas implicações sobre a vida dos indivíduos.

Portanto, a compreensão acerca dos significados, dos sentimentos e das práticas de cuidado entre as mulheres quilombolas não representa uma questão instrumental ou operacional para o trabalho do enfermeiro, mas, sim, a possibilidade de reconhecimento e entendimento da finalidade do cuidado para a vida humana (SOUZA et al, 2005). Ao levar em consideração estes aspectos construídos no contexto da comunidade, infere-se que será possível construir um cuidado que perceba as mulheres quilombolas como individualidades complexas, pertencentes a um grupo social histórico, mas também inseridas em uma dimensão familiar e cultural.

Urge também a necessidade de sensibilizar os gestores, instituições e profissionais de saúde para a prestação de um cuidado, que não reduza essas mulheres ao seu corpo biológico e as descontextualize social e culturalmente. Faz-se necessário oferecer ações de cuidado que ultrapassem a racionalidade clínica e seus moldes de normalidade (COELHO; FONSECA, 2005). O cuidado que se estabelece sob esse paradigma patologizante e medicalizado, considera apenas a utilização de técnicas e a realização de cuidados sob o enfoque biológico e curativista, desconsiderando a integralidade e multidimensionalidade de cada mulher quilombola. Sendo assim, é preciso repensar a forma de cuidar e o saber que se estabelecem nos contextos dos serviços de saúde, de forma a evitar possíveis conflitos culturais (GEERTZ, 2011) entre profissionais e usuárias, bem como a imposição de cuidados, permitindo, assim, que as múltiplas vozes que integram o processo de saúde possam ser ouvidas e suas necessidades possam ser atendidas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer os significados, os sentimentos e as práticas de cuidado vivenciadas por mulheres de uma comunidade quilombola. Para isso, utilizou-se o grupo focal como técnica principal para a produção dos dados, a qual acredita-se que foi uma opção adequada e pertinente com o delineamento da pesquisa. Contudo, mostrou-se também como uma experiência desafiadora, visto a inexperiência da mestranda com o método, o que lhe exigiu leitura e aprofundamento, como também em relação ao objeto de estudo escolhido, a complexidade do cenário e as singularidades encontradas entre as participantes do estudo.

Apesar dos desafios vivenciados, ressalta-se o crescimento e o amadurecimento alcançados durante o percurso deste estudo, os quais se deram por meio, principalmente, da inserção na linha de pesquisa “Saberes e práticas em saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”, vinculada ao Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem” e das trocas de saberes que ocorreram neste cenário, bem como a partir das vivências singulares possibilitadas na aproximação com a orientadora.

Ainda, acredita-se que a realização desta pesquisa, permitiu à mestranda, reafirmar sua afinidade pelos estudos socioculturais na área da saúde da mulher, permitindo que esta pudesse vislumbrar um caminho a ser percorrido e motivando-a em busca deste. Além disso, aproximar-se da antropologia e utilizá-la como aporte teórico para a análise dos dados, representou muito mais que um aprendizado a nível acadêmico ou profissional, permitiu também que a mestranda pudesse ampliar seu olhar, enquanto indivíduo e como enfermeira, relativizando os saberes, experiências e valores construídos em sua trajetória.

Assim, permitiu-se vislumbrar que o conhecimento acerca do cuidado à saúde, sob o olhar das mulheres quilombolas, pode ser capaz de fornecer as bases culturais para o cuidado oferecido pelo profissional de saúde. De modo que este cuidado, que pode ser fornecido nos mais diversos cenários de produção de saúde, inclusive na comunidade quilombola, seja desenvolvido de forma integral, balizado também no conhecimento prévio e no contexto de vida destas mulheres.

Acredita-se, portanto, que a relação estabelecida entre os profissionais de saúde com as mulheres quilombolas e suas famílias necessita ocorrer de forma horizontal, compartilhando experiências, saberes, sentimentos, significados e práticas de cuidado, por

meio de ações consonantes com os valores culturais destes indivíduos. Salienta-se a importância de dar voz às mulheres quilombolas, permitindo a construção de ações de cuidado que possam ser permeadas pela cultura, que produzam significados às suas existências e possam minimizar as problemáticas de vida enfrentadas.

As mulheres quilombolas compartilham significados, sentimentos e práticas de cuidado, apresentam visões específicas de mundo e percebem sua realidade de forma muito particular. Nesse ínterim, o quilombo é o contexto, no qual elas estão inseridas e onde se articulam os aspectos ligados à saúde e à cultura. Dessa forma, as questões que integram à saúde das mulheres quilombolas não podem ser consideradas isoladamente, sem analisar as demais dimensões de suas vidas, as quais também são mediadas e permeadas pela cultura, conferindo sentido a todas essas experiências.

Acredita-se que este estudo possa ter permitido identificar algumas limitações e avanços na área da saúde da mulher, como também possa estimular reflexões e discussões dentro dos espaços acadêmicos e profissionais, por meio de disciplinas ou atividades de formação mais específicas, como, por exemplo, através de vivências ou visitas às comunidades quilombolas, que abordem a saúde da mulher quilombola ou de ações de educação permanente nos serviços de saúde sobre as questões relativas à saúde no quilombo.

Ainda, como contribuições na área da saúde, espera-se que este estudo possa incentivar novas pesquisas, também sob o enfoque sociocultural, sobre a saúde da mulher quilombola, possibilitando, assim, novos olhares sobre estas mulheres e suas vivências. Com isso, destaca-se que não se teve a pretensão de generalizar os resultados encontrados, visto que a contribuição da pesquisa está nas singularidades reveladas em relação ao tema estudado e na compreensão do cuidado à saúde entre as mulheres quilombolas, o que justificou a sua realização.

Ademais, considera-se que este estudo apresentou algumas limitações, como o fato do observador da técnica de grupo focal ser um homem e a temática central do estudo abarcar os cuidados de saúde que envolvem mulheres, o que pode ter gerado desconforto às participantes em algum momento. Ainda, considera-se que a pesquisa envolveu informações que implicavam às mulheres retomar suas lembranças, o que pode ter implicado em vieses de memória.

Por outro lado, como pontos fortes deste estudo destaca-se a obtenção pioneira de dados de saúde das mulheres desta comunidade localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, além do desenvolvimento de um estudo sobre o cuidado à saúde a partir do

olhar destas mulheres, o que considera-se que poderá contribuir na reflexão e no planejamento de ações.

Pondera-se que o presente estudo possa nortear, ou gerar reflexões, à gestão municipal em relação às reestruturações necessárias nos serviços de atenção primária para melhor atender a comunidade quilombola. Contudo, acredita-se que o (re)pensar das ações desenvolvidas e da reorganização da rede de serviços deve ser realizado em conjunto com os quilombolas, permitindo que eles possam ser ouvidos em suas necessidades.

Desse modo, como recomendações para a Secretaria de Saúde do município, ao qual está ligada à comunidade quilombola, sugere-se a criação de um grupo de trabalho, que possa atuar permanentemente no local, identificando as necessidades dos indivíduos e utilizando-as como critérios na definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias e de ações de saúde mais efetivas. Considera-se que este grupo de trabalho poderia auxiliar na (re)estruturação da atenção básica, permitindo, assim, um maior acesso da comunidade aos serviços disponíveis no município.

Em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, infere-se também que os serviços locais de saúde poderiam elaborar e padronizar um fluxo diferenciado de agendamento de consultas para os quilombolas (por meio de contato telefônico, por exemplo), considerando as dificuldades enfrentadas por eles para se deslocarem da zona rural a urbana. Em associação a esta estratégia, também se faz necessária a capacitação das equipes de saúde, que atendem ou passarão a atender a comunidade, de modo a qualificar as ações oferecidas aos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. et al. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2009.

BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp., p. 71-8, 2006.

BARRA, D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 203-8, 2010.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Decreto nº 4.887**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Imprensa Nacional. Presidência da República/Casa Civil. **Diário Oficial da União (D.O.U) de 18/05/2012**, página 20, seção 1. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://homologa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/05/2012&jornal=1&pagina=20&totalArquivos=304>>. Acesso em 30.09.2013.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 17 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 1, p. 133-9, 2010.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 214-7, 2005.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. 2. ed. Bauru: EDUSC, 2002.

DA MATTA, R. Você tem cultura? **NAUI** – Dinâmicas urbanas e patrimônio cultural. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <[http://nau.ufsc.br/files/2010/09/DAMATTA\\_voce\\_tem\\_cultura.pdf](http://nau.ufsc.br/files/2010/09/DAMATTA_voce_tem_cultura.pdf)> Acesso em: 20 out. 2013.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

FAVA, S. M. C. L. et al. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013.

FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012.

FREITAS, D. A. et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 941-6, 2013.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-43, 2011.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, M. E. S. A invisibilidade da mulher negra na enfermagem profissional brasileira. **Revista Eletrônica Multiprofissional Pindorama do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA)**, n. 2, v. 3, p. 1-17, 2012. Disponível em: <<http://www.revistapindorama.ifba.edu.br/files/artigo%203.pdf>>. Acesso em: 29 out 2013.

GRISA, J. E. A. **Os efeitos da Política Pública RS/Rural na configuração da identidade da Comunidade Remanescente de Quilombo do Angico, em Alegrete/RS** – um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

HOGA, L. A. K. O cuidado com a saúde no contexto domiciliar: as práticas de mulheres de uma comunidade de baixa renda. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: fev. 2014.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p.115-21, 2001.

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundiaria/quilombolas>>. Acesso em: 30.09.2013.

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Igualdade Racial**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=39](http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=39)>. Acesso em: 27 out 2013.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-81, 2010.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas**, v.16, n. 3, p. 965-977, 2008.

LIMA, E. C. et al. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 354-61, 2008.

MAZZA, V. A.; MELO, N. S. F. O.; CHIESA, A. M. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 183-8, 2009.

MICHEL, T.; LENARDT, M. H. O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.17, n. 2, p. 375-80, 2013.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, s. 1, p. 83-91, 2009.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, F. R. C. et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 305-10, 2011.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

PALMARES. Site da Fundação Cultural Palmares. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: nov. 2014.

RAMALHO, K. S. et al. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fita**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 2012.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

REIS, J. J. Quilombos e revoltas escravas no Brasil. **Revista USP**, v. 28, p. 14-39, 1996.

RESSEL, L. B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-86, 2008.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, Â. M. B. B. 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 & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 96-108, 2010.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T.; LIMA, M. G. O. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 61-8, 2003.

SEHNEM, G. D. et al. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 90-6, 2013.

SEPPPIR-Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Site. Disponível em: <<http://www.sepppir.gov.br/>>. Acesso em: nov. 2014.

SILVA, D. O. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 83-7, 2008a.

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

SILVA, M. J. G. S.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde & Sociedade**, v. 19, supl. 2, p. 109-20, 2010.

SILVA, R. M. C. R. A. et al. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1165-71, 2008b.

SOUTO, K. M. B. Saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Ser Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, H. H.; MAIA, A. R. C. O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares. **Cuadernos de Administración**, v.19, n. 32, p. 179-94, 2006.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; QUIRINO, R. H. R. Saberes e práxis em Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 174-80, 2009.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WERNECK, J. **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Grupo Criola, 2010.

XAVIER, E. C. A visão da feminilidade sobre os cuidados em saúde dos quilombos contemporâneos. In: BRASIL. **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 204-220.

ZEFERINO, M. T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 3, p. 345-0, 2008.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do projeto de pesquisa:** O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel – contato: (055) 3220-8263

**Mestranda:** Enfa. Lisie Alende Prates – contato: (055)8427-6746

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

**Local de realização da pesquisa:** Comunidade Quilombola do Angico, Alegrete, RS, Brasil

**Sujeitos envolvidos:** mulheres quilombolas

Eu, \_\_\_\_\_,

confirmando que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada para participar voluntariamente (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa, por meio, em primeiro lugar de entrevistas individuais para coletar alguns dados de vida e de saúde e, em segundo lugar, para participar de atividades em grupo junto com outras mulheres da minha comunidade. Fui esclarecida do objetivo da pesquisa que é conhecer o significado do cuidado à saúde das mulheres em uma comunidade quilombola.

Fui informada que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito.

Fui avisada de que as atividades em grupo serão gravadas, mas não serão filmadas, e os depoimentos de todas as participantes serão redigidos posteriormente. Os depoimentos são gravados para que a mestranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser.

Também foi esclarecido que, durante a digitação dos depoimentos, não vou ser identificada pelo meu nome. Serei identificada por um código definido pela mestranda e isso vai garantir o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. Os depoimentos das atividades em grupo serão utilizados pela mestranda em espaços acadêmicos, artigos científicos e também na forma de um relatório para a 10ª Coordenadoria de Saúde.

Os materiais das entrevistas e das atividades em grupo serão guardados por cinco anos na sala 1339, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel) e depois desse período, serão eliminados.

O local de realização das entrevistas individuais será escolhido por mim e o local das atividades em grupo será determinado por mim e pelas demais participantes. Durante as atividades em grupo, além da mestranda, um aluno da UFSM observará a atividade e realizará algumas anotações. Fui informada que a minha privacidade (intimidade) será respeitada.

Também fui avisada que esta pesquisa não me causará nenhum risco físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante os encontros, pois algumas discussões podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor.

Fui avisada que as atividades em grupo podem ser um benefício para mim, pois estarei construindo conhecimentos sobre o cuidado em saúde e poderei fazer trocas de conhecimentos com as demais participantes.

Além disso, como a mestrandia e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender como ocorrem os cuidados de saúde em minha comunidade e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco.

Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável.

Por fim, se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a mestrandia Lisie Alende Prates (telefone: (055)8427-6746).

Alegrete, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura da participante da pesquisa



---

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

## APÊNDICE B - Termo de Assentimento

**Título do projeto de pesquisa:** O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel – contato: (055) 3220-8263

**Mestranda:** Enfa. Lisie Alende Prates – contato: (055)8427-6746

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

**Local de realização da pesquisa:** Comunidade Quilombola do Angico, Alegrete, RS, Brasil

**Sujeitos envolvidos:** mulheres quilombolas

Eu, \_\_\_\_\_,

confirmando que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada para participar voluntariamente (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa, por meio, em primeiro lugar de entrevistas individuais para coletar alguns dados de vida e de saúde e, em segundo lugar, para participar de atividades em grupo junto com outras mulheres da minha comunidade. Fui esclarecida do objetivo da pesquisa que é conhecer o significado do cuidado à saúde das mulheres em uma comunidade quilombola.

Fui informada que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito.

Fui avisada de que as atividades em grupo serão gravadas, mas não serão filmadas, e os depoimentos de todas as participantes serão redigidos posteriormente. Os depoimentos são gravados para que a mestranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser.

Também foi esclarecido que, durante a digitação dos depoimentos, não vou ser identificada pelo meu nome. Serei identificada por um código definido pela mestranda e isso vai garantir o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. Os depoimentos das atividades em grupo serão utilizados pela mestranda em espaços acadêmicos, artigos científicos e também na forma de um relatório para a 10ª Coordenadoria de Saúde.

Os materiais das entrevistas e das atividades em grupo serão guardados por cinco anos na sala 1339, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel) e depois desse período, serão eliminados.

O local de realização das entrevistas individuais será escolhido por mim e o local das atividades em grupo será determinado por mim e pelas demais participantes. Durante as atividades em grupo, além da mestranda, um aluno da UFSM observará a atividade e realizará algumas anotações. Fui informada que a minha privacidade (intimidade) será respeitada.

Também fui avisada que esta pesquisa não me causará nenhum risco físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante os encontros, pois algumas discussões podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor.

Fui avisada que as atividades em grupo podem ser um benefício para mim, pois estarei construindo conhecimentos sobre o cuidado em saúde e poderei fazer trocas de conhecimentos com as demais participantes.

Além disso, como a mestrandia e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender como ocorrem os cuidados de saúde em minha comunidade e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco.

Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável.

Por fim, se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a mestrandia Lisie Alende Prates (telefone: (055)8427-6746).

Alegrete, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura da participante da pesquisa



---

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

## APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Mestranda:** Enfa. Lisie Alende Prates

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Título do projeto de pesquisa:** O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Características socioeconômicas:

Abreviatura do nome: \_\_\_\_\_

1.1 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.2 Escolaridade:

- Ensino fundamental completo     Ensino fundamental incompleto  
 Ensino médio completo             Ensino médio incompleto  
 Ensino superior completo             Ensino superior incompleto  
 Não sabe ler e escrever     Não sabe ler             Não sabe escrever

1.3 Estado civil:

- Solteira             Casada             Em relação estável  
 Divorciada             Viúva

1.4 Religião:

- católica             espírita             evangélica  
 afro-brasileira (umbanda, candomblé)             nenhuma

1.5 Ocupação/Profissão:

- trabalho doméstico             trabalho eventual remunerado  
 trabalho fixo remunerado             trabalho voluntário  
 nenhum             outra: \_\_\_\_\_

1.6 Reside com:  pais     companheiro(a)             filho(a)(s)  avós  
 outros: \_\_\_\_\_

Reside na comunidade há quanto tempo?

1.7 Renda familiar: \_\_\_\_\_

**2 Características de saúde da participante:**

Menarca: \_\_\_\_\_

Início das relações sexuais: \_\_\_\_\_

Menopausa: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos: Gestações: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

Prematuros: \_\_\_\_\_ N° de filhos vivos: \_\_\_\_\_

Complicações antes, durante ou após as gestações: \_\_\_\_\_

Realizou pré-natal? ( ) Não ( ) Sim, nº de consultas: \_\_\_\_\_

Início em: \_\_\_\_\_ (semanas/meses)

Experiência com amamentação? ( ) Não ( ) Sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Por que interrompeu? \_\_\_\_\_

Problemas com amamentação? \_\_\_\_\_

Quando você fez pela última vez o exame citopatológico? O resultado apresentou alguma anormalidade? \_\_\_\_\_

Tem/teve algum problema de saúde? Qual? \_\_\_\_\_

Tem/teve alguma doença sexualmente transmissível? Qual? \_\_\_\_\_

Realizou algum procedimento cirúrgico? Qual? \_\_\_\_\_

Realiza/realizou algum tratamento? Qual? \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Roteiro para os grupos focais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Mestranda:** Enfa. Lisie Alende Prates

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Título do projeto de pesquisa:** O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola

<b>1º ENCONTRO – CONSTRUINDO O CONCEITO DE CUIDADO À SAÚDE</b>	
<b>TEMA FOCO: O cuidado à saúde</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Investigar e interpretar os símbolos, percepções e significados sobre o cuidado;</li><li>2. Discutir a construção cultural do cuidado de cada mulher;</li><li>3. Construir coletivamente um conceito de cuidado;</li><li>4. Realizar uma avaliação acerca dos sentimentos e emoções promovidos na sessão.</li></ol>
<b>OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA</b>	
<b>1º MOMENTO</b>	Apresentações interpessoais e contrato grupal verbal, de compromisso ético, respeito e sigilo sobre o que seria discutido nos grupos focais, além do compromisso com horários e gravação das discussões em gravador.
<b>2º MOMENTO</b>	Apresentação dos objetivos do encontro. Entrega dos crachás. Esclarecimentos quanto à operacionalização do grupo focal e o papel da moderadora e do observador. Explicação quanto ao funcionamento e objetivos da dinâmica.
<b>3º/4º MOMENTO</b>	Utilização da dinâmica <i>brainstorming</i> para promover a discussão acerca do tema foco. Na dinâmica <i>brainstorming</i> , as participantes foram convidadas a expressar, com o menor número de palavras, a sua concepção sobre o termo “cuidado à saúde”. Ao longo das expressões, foram realizados alguns questionamentos sobre a temática. Questionamentos: <b>Para você o que significa cuidar da saúde?</b> <b>Como a saúde é cuidada na comunidade?</b> <b>O que você faz para cuidar de sua saúde vivendo nessa comunidade?</b>
<b>5º MOMENTO</b>	Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as mulheres acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Planejamento do próximo encontro. Realização dos agradecimentos finais e confraternização.

<b>2º ENCONTRO – DESVELANDO OS SENTIMENTOS DE MULHERES SOBRE A SUA IDENTIDADE E VIDA NO QUILOMBO</b>	
<b>TEMA FOCO: Ser quilombola: sentimentos entre mulheres</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desvelar os sentimentos que emergem em relação à identidade quilombola e à vida no quilombo;</li> <li>2. Realizar uma avaliação acerca dos sentimentos e emoções promovidos na sessão.</li> </ol>
<b>OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA</b>	
<b>1º MOMENTO</b>	Apresentação dos resultados do grupo focal anterior.
<b>2º MOMENTO</b>	Apresentação dos objetivos e da técnica a ser utilizada no presente encontro.
<b>3º/4º MOMENTO</b>	<p>Utilização da dinâmica de desenho em grupo para promover a discussão acerca do tema foco.</p> <p>As participantes foram convidadas a desenvolver um desenho a partir do seguinte questionamento: <b>Como você se sente mulher quilombola vivendo nessa comunidade?</b></p>
<b>5º MOMENTO</b>	Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as mulheres acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Realização dos agradecimentos finais e confraternização.

<b>3º ENCONTRO – PRATICANDO O CUIDADO</b>	
<b>TEMA FOCO: Práticas de cuidado à saúde da mulher nos diversos ciclos da vida</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar as práticas de cuidado que envolvem os ciclos de vida das mulheres quilombolas;</li> <li>2. Investigar como se construiu, socioculturalmente, as práticas de cuidado na comunidade quilombola;</li> <li>3. Realizar uma avaliação acerca dos sentimentos e emoções promovidos na sessão.</li> </ol>
<b>OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA</b>	
<b>1º MOMENTO</b>	Apresentação dos resultados do grupo focal anterior.
<b>2º MOMENTO</b>	Apresentação dos objetivos e da técnica a ser utilizada no presente encontro.
<b>3º/4º MOMENTO</b>	<p>Utilização das técnicas de recorte e colagem para promover a discussão acerca do tema foco.</p> <p>As participantes foram convidadas a desenvolver um álbum sobre as práticas de cuidado a partir de recorte e colagem. Para isso, foi afirmado às participantes o seguinte: “Todas somos mulheres e vivenciamos o nosso cuidado desde que nascemos. Se tivéssemos um álbum, falando das nossas práticas de cuidado ao longo da vida, como ele seria?” Ao final, as participantes apresentaram o álbum. Como forma de incitar a elaboração do álbum, elas foram questionadas da seguinte forma: <b>Para você, o que é importante cuidar na saúde da mulher?</b></p>
<b>5º MOMENTO</b>	Realização da síntese e validação coletiva. Espaço para as mulheres acrescentarem e/ou esclarecerem alguma ideia referida na discussão. Avaliação acerca dos sentimentos promovidos na sessão. Planejamento do próximo encontro. Realização dos agradecimentos finais e confraternização.

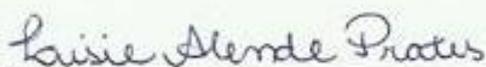
## APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade

### Termo de Confidencialidade

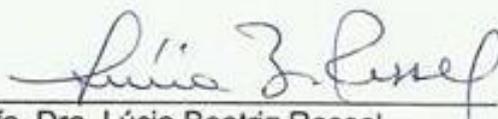
**Título do projeto de pesquisa:** O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola  
**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel – contato: (055) 3220-8263  
**Mestranda:** Enfa. Lisie Alende Prates – contato: (055)8427-6746  
**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem  
**Local de realização da pesquisa:** Comunidade Quilombola do Angico, Alegrete, RS, Brasil  
**Sujeitos envolvidos:** mulheres quilombolas

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, grupo focal e registro no diário de campo, de forma que as informações obtidas serão utilizadas para a execução do presente projeto, divulgação em meio acadêmico e retorno aos sujeitos e 10ª Coordenadoria de Saúde. Os depoimentos serão utilizados de forma anônima e todos os materiais do estudo serão mantidos na sala 1339 do Departamento de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel. Após este período, os dados serão destruídos. O presente projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/2013, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, 21 de novembro de 2013.



Lisie Alende Prates  
Enfermeira Mestranda  
Matrícula 201361107



Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel  
Pesquisadora Responsável  
SIAPE 379225

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Autorização da Coordenadoria de Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO

██████████, 18 de novembro de 2013.

Autorizamos a realização do projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria intitulado "O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola", na Comunidade Quilombola do ██████████, localizada no ██████████, no município de ██████████/RS.

O objetivo do projeto é compreender o significado de cuidado à saúde das mulheres em uma comunidade quilombola e terá como sujeitos de pesquisa as mulheres quilombolas residentes na comunidade.

Estamos cientes de que durante a realização do projeto serão realizados questionários individuais e em grupo com as mulheres. Fomos informados de que pesquisadora responsável por esse projeto é a professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel, da Universidade Federal de Santa Maria.

Dr. Modesto Zuneda Neto  
Id. Func. 8533433/1  
Coord. Regional de Saúde  
10ª CRS Alegrete

Dr. Modesto Zuneda  
Coordenador da ██████████ CRS.

## ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O OLHAR FEMININO SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DA MULHER QUILOMBOLA

**Pesquisador:** Lúcia Beatriz Ressel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25345113.7.0000.5348

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 494.051

**Data da Relatoria:** 10/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de campo, do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e vertente etnográfica. Será realizado em uma comunidade rural remanescente quilombola, com as mulheres residentes nessa comunidade. Os critérios de inclusão serão: ser mulher quilombola, residente na comunidade cenário de estudo, com idade mínima de 12 anos (considerada como idade de início da adolescência, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente), e sem limitação de idade máxima. Os critérios de exclusão serão: mulheres com limitações psicocognitivas, que as impossibilitem de compreender e participar do estudo. Como técnica principal para produção dos dados será utilizado o grupo focal. Os encontros contarão com a participação de uma moderadora (mestranda) e um observador (aluno da graduação da Universidade Federal de Santa Maria). Complementarmente, será realizada uma entrevista semiestruturada para caracterização dos dados socioculturais e de saúde. As entrevistas serão realizadas anteriormente ao GF e estas não serão gravadas. Para registro dos dados será utilizado também o diário de campo. Prevê-se a realização de três encontros, com uma frequência semanal e com duração de uma a duas horas cada. A análise dos dados terá orientação etnográfica à luz da antropologia interpretativa de Geertz. Para apresentação dos resultados, optou-se pela técnica de análise temática de conteúdo de Minayo.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

**Bairro:** Cidade Universitária - Camobi

**CEP:** 97.105-900

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o significado de cuidado à saúde das mulheres em uma comunidade quilombola.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** não representará, a princípio, nenhum risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, alguns sentimentos podem ser mobilizados durante os encontros, pois algumas discussões poderão refletir sobre o cotidiano e episódios vivenciados pelas participantes. Caso ocorra algum desconforto entre as mesmas, a moderadora irá conversar a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e o encontro poderá ser suspenso e remarcado para uma nova data.

**BENEFÍCIOS:** indiretos através da produção de conhecimentos referentes ao cuidado da saúde das mulheres quilombolas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa muito bem delineada, com coerência entre objetivos, justificativa e metodologia. Apresenta cronograma e orçamento adequados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto, registro no GAP, Autorização da 10 CRS, Termo de confidencialidade, TCLE e Termo de assentimento, devidamente redigidos e assinados.

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 13 de Dezembro de 2013



Assinado por:

Félix Alexandre Antunes Soares

(Coordenador)