



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA

**CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA:
UM ESTUDO TRANSCULTURAL COM MULHERES QUILOMBOLAS.**

**Maceió - AL
2015**

MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA

**CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA:
UM ESTUDO TRANSCULTURAL COM MULHERES QUILOMBOLAS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de Concentração Enfermagem no Cuidado em Saúde e na Promoção da Vida e linha de pesquisa Enfermagem, Promoção da Vida, Saúde, Cuidados dos Grupos Humanos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva.

Co-orientador: Prof^o Dr^o Daniel Antunes Freitas.

**Maceió - AL
2015**

Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário: Roselito de Oliveira Santos

- S586c Silva, Meirielly Kellya Holanda da.
Concepções sobre saúde e doença: um estudo transcultural com mulheres quilombolas / Meirelly Kellya Holanda da Silva. – Maceió, 2015.
86 f. : il.
- Orientadora: Jovânia Marques de Oliveira e Silva.
Coorientação: Daniel Antunes Freitas.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2015.
- Bibliografia: f. 73-78.
Apêndices: f. 79-82.
Anexos: f. 83-86.
1. Saúde da mulher. 2. População negra. 3. Mulheres quilombolas. 4. Enfermagem transcultural. I. Título.

CDU: 616-092.11

MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA

CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA:
UM ESTUDO TRANSCULTURAL COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Dissertação submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas e aprovada em 13 de março de
2015.

Profª Drª Jovânia Marques de Oliveira e Silva, UFAL

Banca Examinadora Titular:

Profª Drª Climene Laura de Camargo, UFBA
Docente da Universidade Federal da Bahia

Profº Drº Daniel Antunes Freitas
Docente da Universidade Federal de Alagoas

Banca Examinadora Suplente:

Profª Drª Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza
Docente da Universidade Federal de Alagoas

Profº Drº Jorge Luís de Souza Riscado
Docente da Universidade Federal de Alagoas

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação às mulheres da Comunidade Quilombola do Pixaim, pela confiança depositada em mais uma pesquisadora, por todos os conhecimentos culturais transmitidos a uma que não é dos seus, por me permitirem entrar em suas casas, suas intimidades e em suas vidas.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter facilitado meu caminhar e ter me acompanhado em cada passo da jornada, mostrando-me a cada conquista o quanto sou abençoada por Ele.

Aos meus pais (**Rosineide e Jenivaldo**), pelo amor, apoio e compreensão, por sempre apoiarem minhas decisões e confiarem nas minhas escolhas.

A meu irmão (**Allisson**), meu presente de Deus, pelo amor incondicional e incentivo nos momentos mais sensíveis da caminhada.

A meus familiares: **avós, tias e primas**, pelo apoio e compreensão de que a distância, apesar de sofrida, foi necessária para a construção deste trabalho.

A minha orientadora, **Jovânia Marques**, pela dedicação, exemplo e conhecimento partilhado, essenciais para o desenvolvimento deste trabalho e desta caminhada.

Ao Prof Dr. **Daniel Antunes** pelo apoio e contribuições fundamentais na construção deste trabalho.

A **Comunidade Quilombola do Pixaim**, pelo acolhimento, ensinamentos que guardarei para sempre, confiança na construção deste trabalho e por ter sido meu local de paz e renovação espiritual.

As **minhas amigas e amigos**, por terem ajudado efetivamente na construção deste trabalho, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

As **companheiras e companheiros do mestrado**, pelo conhecimento construído, pelas tardes inesquecíveis, por serem minhas mestras e mestres.

Aos profissionais da USF do Potengy, em especial a Agente Comunitária de Saúde (**Suely**) e sua família pelo apoio e acolhimento.

As **colegas de trabalho** da UFS Palmeira Alta e Unidade Mista de Saúde Arnon de Melo, pelo apoio, compreensão e incentivo fundamental nesta jornada.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFAL** pela possibilidade de aperfeiçoamento profissional e enquanto ser humano.

A vulnerabilidade do ser humano é a condição de possibilidade do cuidado. Se o ser humano fosse um ser completamente autárquico e autônomo, um ser absoluto e independente, incólume ao sofrimento, ao fracasso, à decrepitude e à decepção, não teria necessidade alguma de cuidado. (TORRALBA ROSELLÓ, 2009, p. 129).

RESUMO

Este estudo teve como **objetivo** analisar as concepções de mulheres quilombolas sobre saúde e doença. Como forma de **contextualização teórica**, aprofundou-se a discussão nas políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à mulher, com foco na população negra quilombola, desvelando também uma análise sobre as definições de saúde e doença numa perspectiva cultural. O **referencial teórico-metodológico** utilizado foi a Teoria do Cuidado Transcultural e a Etnoenfermagem, ambos idealizados pela enfermeira Madeleine Leininger como forma de apreender o que é diferente (Diversidade) e o que é igual (Universalidade) acerca do cuidado genérico e profissional das culturas estudadas, através de pesquisa baseada nos pressupostos da etnografia, adaptada para o estudo dos fenômenos de enfermagem através de uma visão holística do estudo das diversidades culturais em ambientes diversos. Este estudo teve como cenário a comunidade quilombola do Pixaim, Piaçabuçu-AL. A coleta foi realizada através da vivência da pesquisadora na comunidade, no período iniciado em dezembro de 2013 a outubro de 2014. Como instrumentos de coleta utilizou-se o diário de campo e entrevista semi-estruturada. A análise foi delineada pelos métodos qualitativos propostos por Leininger, a credibilidade, confirmabilidade, significado dentro do contexto, saturações, repadronizações e transferibilidade. Os preceitos éticos foram respeitados de acordo com a resolução 466/12, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil, sob o número 663.592. Como **resultados**, constata-se que as concepções destas mulheres sobre saúde e doença relacionam-se aos seus modos de vida, como o trabalho, alimentação, meio ambiente e habitação, com semelhanças às definições padronizadas, mas que também são envoltas por tradições culturais, constituindo a Universalidade deste fenômeno. A Diversidade é representada pelas práticas populares para manutenção da saúde e prevenção/cura de doenças, categorizada pelas restrições durante o resguardo, o uso de plantas medicinais e crenças religiosas. **Considerações finais:** Diante das desigualdades e iniquidades a que se expõem, a cultura, saberes e práticas populares tem se mostrado a principal forma de cuidado na saúde e doença destas mulheres quilombolas, expressando suas concepções a partir da sua visão de mundo.

Palavras - chave: Saúde. Doença. Saúde da Mulher. População Negra. Enfermagem Transcultural.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the conceptions of quilombolas women about health and disease. As a way of theoretical context, deepened the discussion in public health policies to care for women, focusing on quilombola black population also unveiling an analysis of the definitions of health and disease in a cultural perspective. The theoretical-methodological reference was the Theory of Transcultural Care and Etnonursing, both conceived by Madeleine Leininger nurse in order to grasp what is different (Diversity) and which is equal (Universality) about generic and professional care of the cultures studied through research based on assumptions of ethnography, adapted for the study of nursing phenomena through a holistic view of the study of cultural diversity in different environments. This study took place at the maroon community of Pixaim, Piaçabuçu-AL. Data collection was conducted by researcher living in the community, in the period beginning in December 2013 to October 2014. As collection instruments used the field diary and semi-structured interview. The analysis was outlined by qualitative methods proposed by Leininger, credibility, confirmability, meaning in context, saturation, restandardization and transferability. The ethical principles were respected in accordance with the Resolution 466/12, under the approval of the Research Ethics Committee through the Platform Brazil, under number 663.592. As a result, it appears that the conceptions of these women about health and disease relate to their way of life, such as work, food, environment and housing, with similarities to the standard definitions, but are also surrounded by cultural traditions, constituting the universality of this phenomenon. Diversity is represented by popular practices for maintenance of health and prevention / cure of diseases, categorized by restrictions during the confinement, the use of medicinal plants and religious beliefs. Final Thoughts: Despite the inequalities and iniquities they are exposed, culture, knowledge and popular practices has proved the main form of care in health and disease these quilombolas women, expressing his views from their worldview.

Keywords: Health. Disease. Women's Health. Black Population. Transcultural Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las concepciones de las mujeres de color granate acerca de la salud y la enfermedad. Como una forma de marco teórico, profundizado la discusión en las políticas de salud pública para atender a las mujeres, centrándose en la población negro marrón también revelar un análisis de las definiciones de la salud y la enfermedad desde una perspectiva cultural. El referencial teórico-metodológico fue la Teoría Transcultural del Cuidado y Etnonursing, tanto concebido por enfermera Madeleine Leininger con el fin de comprender lo que es diferente (Diversidad) y que es igual (universalidad) sobre la atención genérica y profesional de las culturas estudiadas a través de la investigación basada en hipótesis de la etnografía, adaptados para el estudio de los fenómenos de enfermería a través de una visión integral del estudio de la diversidad cultural en diferentes entornos. Este estudio se llevó a cabo en la comunidad marrón de Pixaim, Piaçabuçu-AL. La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador que vive en la comunidad, en el período que comienza en diciembre de 2013 para octubre de 2014. Como instrumentos de recolección utilizan el diario de campo y la entrevista semi-estructurada. El análisis fue esbozada por los métodos cualitativos propuestos por Leininger, credibilidad, confirmabilidad, es decir, en el contexto, la saturación, repadronizações y transferibilidad. Los principios éticos fueron respetados conforme a la Resolución 466/12, en virtud de la aprobación del Comité de Ética de la Investigación a través de la Plataforma de Brasil, con el número 663 592. Como resultado, parece que las concepciones de estas mujeres acerca de la salud y la enfermedad se relacionan con su modo de vida, como el trabajo, la alimentación, el medio ambiente y la vivienda, con similitudes a las definiciones estándar, pero también están rodeados por las tradiciones culturales, constituyendo la universalidad de este fenómeno. La diversidad está representada por las prácticas populares para el mantenimiento de la salud y prevención / curación de las enfermedades, categorizada por restricciones durante la internación, el uso de las plantas medicinales y las creencias religiosas. Consideraciones finales: A pesar de las desigualdades e iniquidades que están expuestos, la cultura, el conocimiento y las prácticas populares, ha demostrado la forma principal de la atención en salud y enfermedad cimarrones estas mujeres, expresando sus puntos de vista a partir de su visión del mundo.

Palabras - clave: Salud. Enfermedades. Salud de la Mujer. Población Negro. Enfermería Transcultural.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo <i>Sunrise</i> de Leininger	33
Figura 2 - Porto de chegada à comunidade Pixaim.....	46
Figura 3 - Vista alta da comunidade.....	46
Figura 4 - Forma de armazenamento da água	48
Figura 5 - Elementos relacionados ao dia-a-dia das mulheres.....	48
Figura 6 - Simbolismo religioso e estrutura da casa.....	48

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Participantes do estudo	44
--	----

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	14
2.2	Saúde da População Quilombola: a cor da resistência.....	20
2.3	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: da maternidade à integralidade.....	22
2.4	Saúde das Mulheres Negras: direito em gênero, raça e etnia.....	24
2.5	Saúde e Doença: um modo cultural de se pensar	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	33
3.1	Teoria do Cuidado Transcultural: a Enfermagem como referencial.....	33
3.2	Etnoenfermagem: caminho do cuidar.....	38
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Aproximação com o referencial.....	41
4.3	Aspectos Éticos: licença para o cuidado.....	42
4.4	Participantes do estudo: um foco na mulher quilombola.....	42
4.5	Modo de vida da comunidade quilombola Pixaim: uma aproximação de Etnoenfermagem.....	45
4.6	Coleta de dados: a vivência com a comunidade quilombola	52
4.7	Análise dos dados.....	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
5.1	Universalidades: concepções sobre saúde/doença	58
5.2	Diversalidades: práticas populares no contexto saúde/doença	63
5.3	Cuidado de Enfermagem Culturalmente Congruente: interface entre o saber popular e o profissional	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semi - Estruturada	82
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	83
	ANEXO B - Carta de Anuência Secretaria de Saúde de Piaçabuçu	85
	ANEXO C – Homenagem à Comunidade Pixaim	86

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Atualmente, é cada vez mais imperativa a preservação de culturas distintas, tendo em vista sua importância na manutenção das suas tradições, com a devida valorização de suas crenças, costumes e saberes. Dentre as variadas culturas existentes, os quilombolas são valorizados por preservarem seu modo de vida ao longo do tempo, configurando um posicionamento e visão de mundo que tem se perpetuado ao longo das gerações.

As comunidades quilombolas são definidas como grupos étnicos constituídos pelos descendentes de escravos que, no processo de resistência e luta contra a escravidão, se organizaram em agrupamentos sociais, dentro de um território comum, compartilhando características culturais presentes até os dias atuais (ALMEIDA, 1989; FREITAS, et al, 2011). Estas comunidades são predominantemente constituídas pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das suas relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias (BRASIL, 2014).

No intuito de oferecer à população quilombola um cuidado à saúde culturalmente coerente ao seu modo de vida, os profissionais da enfermagem podem utilizar como base para a implementação de suas ações as próprias concepções de integrantes da comunidade, valorizando suas crenças, normas e valores apreendidos e reproduzidos.

Levando-se em consideração que as concepções e os valores formados sobre saúde e doença constituem um traço cultural (CAMPOS, 2002), é importante que os profissionais, em especial os enfermeiros, identifiquem as reais necessidades de saúde desta população como forma de prestar um cuidado culturalmente coerente ao modo de vida das comunidades.

Assim, se faz importante apreender o que há de mais enraizado em suas tradições, a parte que sofre menos influência de tecnologias e culturas externas. Silva (2008) afirma que a valorização das tradições e costumes é repassada através das pessoas que a experiencia, e a crença e a manutenção de valores culturais são reproduzidos por seus descendentes. Nessa perspectiva, mulheres quilombolas surgem como sujeitos principais na preservação e manutenção do saber culturalmente construído.

O cuidado é um dos conceitos mais poderosos e o fenômeno essencial e dominante da Enfermagem. Assim, para se prestar um cuidado coerente, os profissionais devem compreender o significado da saúde e da doença em diferentes culturas, pois os valores, as crenças e os modos de vida de cada comunidade direcionam de forma eficaz a forma de planejar e executar os cuidados específicos para este grupo. (TORRALBA ROSELLÓ, 2009).

Em face destas afirmativas, a enfermeira Madeleine Leininger concebeu a Teoria do Cuidado Transcultural, baseando-se na crença de que as pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros (LEININGER, 2002).

Desta forma, é necessário que a enfermeira descubra e documente o mundo do cliente e utilize os seus pontos de vista, conhecimentos e práticas empíricas como base para a tomada de decisão e práticas profissionais culturalmente congruentes (LEININGER, 1995).

Esta sensibilidade deve aflorar principalmente quando a clientela a ser atendida é composta por mulheres de uma comunidade quilombola. Isto se deve ao fato de tratar-se de um grupo tão específico e singular que vivencia em sua grande maioria, situações de discriminação social, de gênero, raça e etnia, estando mais expostas e vulneráveis a alguns agravos à saúde (FREITAS, et al, 2011).

Diante da necessidade das enfermeiras em aprofundarem seu conhecimento acerca da cultura da comunidade ao qual se inserem e praticam seus cuidados, Leininger (2002) presume que a saúde seja vista de forma universal nas culturas, porém com definições peculiares a cada uma delas, de maneira a refletir suas crenças, valores e práticas. Assim, as concepções de saúde de uma determinada população apresentam diversidades (diferenças) e universalidades (igualdades) comuns a outros grupos.

Frente a esta afirmativa e tendo em vista as constantes mudanças tecnológicas e as diferenças culturais que influem na forma de entender a saúde e a doença, este trabalho tem como objeto de estudo ‘as concepções de mulheres quilombolas sobre saúde e doença’. Diante dessa contextualização, este estudo se propôs a aprofundar a discussão na temática abordada com o objetivo de apreender as concepções de mulheres quilombolas sobre saúde e doença.

A importância em se pesquisar este objeto parte da perspectiva holística da vida e da existência humana, integrando a prática da enfermagem numa visão de mundo e enquadramento social peculiar a cada cultura. Além de consolidar cada vez mais a enfermagem no campo da pesquisa transcultural, a fim de fornecer um cuidar culturalmente coerente ao modo de vida do cliente e que seja adequado às suas necessidades de valorização de cultura e crenças.

Dessa forma, o pressuposto levantado é de que as condições de vida e os aspectos culturais interferem nas concepções de mulheres quilombolas sobre a saúde e a doença, configurando um conjunto de saberes que apresenta semelhanças e diversidades do conhecimento produzido cientificamente.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Nas últimas décadas, é notável o destaque dado pelo governo brasileiro à população negra. Porém, estas ações de “reparo” estão demarcadas por um contexto histórico, político, social e econômico que se configurou por um cenário de luta de diversos movimentos sociais que reivindicaram pelas iniquidades às quais a população negra foi (e ainda são) expostas ao longo de anos.

Desta forma, algumas ferramentas de inclusão reafirmam o direito universal à saúde e também podem ser discutidas sobre um prisma de reparação das desigualdades. As políticas públicas voltadas à saúde da população negra respondem à demanda social de um grupo étnico historicamente negligenciado e discriminado, tendo como ferramentas de inserção os princípios da integralidade e universalidade.

A Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 1988), considerada a mais democrática em suas determinações, amplia o conceito de saúde e a institui enquanto um direito social e dever do estado. A universalidade e integralidade, garantidas de forma subjetiva e ideológica, não se apresenta de forma concreta quando se trata da garantia destes reais direitos às parcelas populacionais excluídas.

A comprovação da existência do racismo institucional pelo MS se evidencia como marco para a conscientização das iniquidades sociais sofridas pela população negra e subsidia a criação de políticas públicas como meio para contrabalancear o peso dos determinantes sociais e de saúde que pesam a favor das desigualdades e do não acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

O racismo institucional foi primeiramente definido por Carmichael e Hamilton em 1967 como um mecanismo estrutural que garante a exclusão dos grupos racialmente subordinados (negros, indígenas, ciganos). Sendo assim, uma falha das instituições prestadoras em oferecer um serviço adequado e profissional aos cidadãos seja por sua cor, cultura ou origem étnica. Entendendo que as desigualdades sociais e de saúde que afetam esta população, interferem em suas

condições de vida e são resultados das injustiças sociais, culturais e econômicas existentes na história brasileira.

Dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (BRASIL, 2008a) mostram que os negros correspondem a cerca de 65% da população pobre e 70% da população extremamente pobre; a taxa de analfabetismo em 2007 entre 15 anos ou mais era de 6,1% para pessoas brancas e de 14% para pessoas negras; negros tem uma renda menor que brancos em torno de 50% e que mulheres negras sofrem também pelo machismo e desigualdade de gênero.

Diante da incapacidade do Estado em prestar uma assistência à saúde de forma igualitária, independente de gênero, classe, raça ou etnia, Munanga (2003) aponta para a necessidade de se criar mecanismos de discriminação positiva. Assim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge de forma compensatória às situações de discriminação racial que implicam em iniquidades sociais, sendo uma proposta afirmativa que busca garantir a equidade na assistência à saúde.

A PNSIPN é um ponto referencial na mudança de olhar voltado a este grupo, possibilitando a discussão e afirmação de desigualdades e iniquidades que implicam de forma negativa nos determinantes sociais e de saúde, configurando um padrão de morbimortalidade direcionado pelas injustiças que se mantém estruturadas ao longo dos séculos (BRASIL; TRAD, 2012).

Assim, sendo necessária a compreensão deste mecanismo compensatório, este texto objetiva discutir, a partir de uma revisão de literatura, sobre o contexto histórico e político da implementação desta política e o seu potencial em intervir nos determinantes saúde-doença para provocar impactos significativos na qualidade de vida da população negra.

A saúde como objeto, o negro como objetivo.

A PNSIPN apresenta-se como uma política transversal em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A implementação desta política justifica-se pela necessidade de se repensar sobre a igualdade das ações e serviços, sob a perspectiva do princípio da equidade de que a “igualdade não pode ser justa” (SILVA; FILHO, 2009).

De acordo com Souza e colaboradores (2012), o conceito de equidade pode ser definido como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde

de populações ou grupos definidos. As iniquidades na saúde envolvem mais do que meras desigualdades, já que algumas desigualdades na saúde não podem ser remediáveis ou evitáveis. Assim, iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde, com injustiças e estratificação social.

O princípio da igualdade apoia o da equidade no sentido de embasar a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades, priorizando situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população em situação de iniquidade social.

A transversalidade, enquanto princípio organizativo da PNSIPN, é o conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito e sua participação na construção de respostas para suas necessidades. Nesse contexto, a política de SPN compõe o SUS e relaciona as questões da população negra dentro de um modelo inovador de política transversal (BRASIL, 2013).

A política de SPN enfatiza em suas diretrizes gerais a necessidade de incluir a temática do racismo e da saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde, incentivar a produção de conhecimento no campo, reconhecendo os saberes populares, monitorar e avaliar as ações de combate ao racismo e desenvolver processos de informação, comunicação e educação que fortaleçam a identidade negra de forma positiva e que reduza as vulnerabilidades aos quais estão expostas esta parcela da população (BRASIL, 2013)

Considerando a PNSIPN enquanto uma ação afirmativa, é necessária a tomada de um posicionamento favorável ou não a esta política. No caso desta discussão, diante da constatação da existência da discriminação racial e da incoerência do mito da democracia racial, a posição é favorável. Pois, de acordo com Munanga (2004), a ideia de miscigenação e de singularidade nacional fragiliza a formação da identidade étnica e a identificação de necessidades específicas para grupos específicos.

No sentido de atender às necessidades dos diversos grupos em suas singularidades, a Atenção Primária enquanto modelo de atenção atende a tal objetivo servindo como porta de entrada aos serviços de saúde do SUS, desenvolvendo tecnologias de cuidado capazes de lidar com as necessidades individuais e coletivas, considerando o contexto e aspectos envolvidos no processo saúde-doença (SCHRAIBER; NEMES; GONÇALVES, 2000).

Como forma de reorganização da Atenção Primária, o Programa Saúde da Família foi criado em 1994 como estratégia para intensificar a potencialidade deste modelo, visando um maior envolvimento da equipe de saúde com a comunidade e desta com os serviços de saúde (SENNA; LIMA, 2012).

Porém, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade, e quando se tenta avaliar a qualidade e a resolutividade dos serviços, essa distância aumenta (BRASIL, 2013). Tais desigualdades de saúde são reflexos das desigualdades de vida, reproduzindo e intensificando as iniquidades sociais.

Desta forma, estando a política de SPN inserida na conjuntura política do SUS, sendo direcionada por seus princípios e diretrizes no âmbito da Atenção Primária, apresenta como principal objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2013).

Importantes passos foram dados, principalmente o reconhecimento da existência do racismo institucional e das desigualdades socioeconômicas com raiz no quesito raça/cor, com sérias implicações na forma de viver, adoecer e morrer da população negra, culminando em uma política voltada para o atendimento das necessidades e especificidades desta população. Porém, ainda há muito que se fazer.

O outro lado da história.

A história do desenvolvimento colonial do nosso país, em muito se confunde com a história do negro no Brasil, ao longo do processo de objetificação ao qual foram brutalmente submetidos. Os negros foram trazidos aos milhares para serem escravizados e condicionados a péssimas condições de vida e trabalho, além de vivenciarem diversas formas de violência contra seu corpo, grupo e cultura (BRASIL, 2013).

Como forma de resistência individual e coletiva, os negros se agruparam em quilombos. Estes foram formados inicialmente pelos escravos fugitivos que criaram neste espaço uma forma de organização social para resgate e fortalecimento da sua cultura e de sua própria existência (BRASIL, 2012).

A abolição da escravidão não excluiu a situação de desigualdade e discriminação sofrida pela população negra, apenas colocou o negro como responsável pelo seu destino, eximindo a responsabilidade do Estado diante de um contexto de total desfavorecimento sócioeconômico historicamente construído. Frente a isto, emerge a problemática das desigualdades raciais, iniciando a discussão através da Frente Negra Brasileira, em 1931 (BATISTA; KALCKMANN, 2005).

Mesmo com a tentativa de construção do mito da democracia racial pelo governo, os índices de iniquidade se mostravam claramente visíveis nos diversos setores, fossem da saúde, educação ou sócioeconômico, reforçando as reivindicações da inclusão da discussão racial na saúde. De acordo com Maio e Monteiro (2005), os esforços da Frente Negra Brasileira, aliados posteriormente ao Movimento Social Negro e ao Movimento de Mulheres Negras, entre as décadas de 70 e 80, conferiu maior visibilidade às questões de classe, raça e de gênero.

Tais esforços culminaram com a criação, pelo governo federal, do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), Subgrupo Saúde. Os avanços alcançados pelo GTI, em 1996, demarcaram importantes pontos na luta pela valorização e minimização das iniquidades sociais, como a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos-vivos, elaboração da Resolução CNS nº 466/12 que introduziu também o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, e a recomendação da implantação de uma política nacional de atenção à pessoa com anemia falciforme, implementada apenas em 2005 (BRASIL, 2013).

Foi no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994 – 2002), direcionado por uma política neoliberal, que de acordo com Martins (2007) se pode observar o surgimento das ações afirmativas, fundamentadas e justificadas a partir de dados sobre as desigualdades raciais e influenciadas por organizações internacionais com interesses na conjuntura política brasileira.

A exemplo, foi neste período que se iniciou a ideia de valorização da população negra. Mas, conforme afirma Lima (2010), estes esforços não confluíram para a criação de políticas de redistribuição de renda e serviços públicos em saúde, educação e trabalho, e sim no sentido de atender aos interesses dos governantes, com valorização dos símbolos e do sincretismo negro, conjugando aspectos ideológicos e hegemônicos em torno da formação da identidade nacional brasileira.

Continuando com as ações afirmativas, durante o governo Lula (2002 – 2010), Lima (2010) ainda afirma que diversas ações foram realizadas, no campo da saúde e educação. Apesar de sua política fiscal restritiva ter gerado diminuição ou corte de recursos financeiros para a previdência e o Sistema Único de Saúde (SUS), foi nesse momento que se instituiu o ensino da História e Cultura Afro-brasileiras nas escolas do Brasil, a implementação do programa Universidade para Todos (Prouni), as ações afirmativas dentro das universidades e as políticas de cota.

Pelos avanços observados no governo Lula, pode-se afirmar que durante este período houve maior efetivação das políticas que já vinham sendo pensadas na gestão anterior. Uma das causas a que se pode atribuir isto é a ampliação da participação do movimento negro, com ocupação de cargos representativos nos postos de controle social, levando a uma transformação da sociedade política (BRASIL; TRAD, 2012).

O crescente número da produção de pesquisas no Brasil enfocando a análise das categorias raça/cor no âmbito acadêmico, relacionando tais dados com as estatísticas sobre violência, saúde e reprodução e HIV/AIDS, permitiram a abertura de um novo olhar para as especificidades sociorraciais existentes. O aumento desta produção científica foi conduzido pela participação de pesquisadores negros voltados para esta temática, usando a epidemiologia como ferramenta de diálogo com o poder público (BRASIL; TRAD, 2012).

Após a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, em 2004, composto por vários atores políticos e sociais, principalmente do movimento negro feminista, juntamente com o apoio da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), Brasil e Trad (2012) afirmam que houve um intenso processo de repolitização da saúde, confluindo para a criação da política de saúde da população negra configurada aos moldes do SUS e da Reforma Sanitária.

Sua formulação ficou a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), cabendo a esta secretaria a responsabilidade pela articulação para sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2013).

Após sua elaboração, a PNSISN foi aprovada de forma unânime pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006. A ocupação de uma cadeira deste Conselho por um representante do movimento negro reforça a importância da presença dos

atores-chaves durante todo o processo de implementação de uma política pública, da participação popular e controle social num espaço de articulação entre sociedade civil e Estado (PINTO, 2004).

Perspectivas e desafios: a cor como prioridade.

Nesse contexto, os desafios a serem enfrentados pela política de SPN em muito se assemelha com as dificuldades vivenciadas pelo SUS, no que tange o cumprimento de direitos básicos, como o acesso universal e de forma integral e igualitária para todos, sem distinções de qualquer forma. A existência de uma política afirmativa para a SPN não garante as transformações devidas do cenário político e social que provoquem mudanças significativas na qualidade de vida da população negra.

Considerando a PNSIPN enquanto política pública de saúde, mas com desdobramentos sociais-políticos-econômicos, e a ampla definição de saúde, deve-se reconhecer os limites de atuação de uma política pública e a importância da atuação dos diversos atores sociais na construção de um país “racialmente democrático”, estejam estes sujeitos inseridos nos diversos movimentos sociais, na área acadêmica, nos cargos políticos ou na prestação de serviços de assistência à saúde.

2.2 Saúde das comunidades quilombolas: a cor da resistência.

O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), considera que remanescentes das comunidades dos quilombos são os grupos étnicoraciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2014).

Ao longo do tempo, o termo quilombola foi adquirindo novas ressemantizações. Inicialmente, quilombo apresenta-se como “resistência cultural”, uma forma de persistência da África no Brasil, num contexto racial e cultural. A segunda ressemantização refere-se à “resistência política”, numa relação de domínio de classe e de poder. O Movimento Social Negro opera a terceira ressemantização e quilombo passa a somar a perspectiva racial e cultural à

perspectiva política, adquirindo o enfoque de “resistência negra”, conferindo uma compreensão mais objetiva do termo (SILVA, 2008).

As comunidades quilombolas foram oficialmente reconhecidas pelo governo brasileiro em 1988, por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT), que dentre outras determinações, garantiu a todos os remanescentes de quilombos, o direito ao território por eles habitado. Mas, apenas a partir de 2003 é que se tornaram público-alvo de programas e ações da Assistência Social (FREITAS, et al, 2013).

O órgão responsável pela titulação dos territórios quilombolas, em âmbito federal, é o Instituto Nacional de Credenciamento e Reforma Agrária – INCRA, que realiza a avaliação através do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. O referido Decreto regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras (SILVA, 2008).

No Brasil, até 20 de agosto de 2014, a Fundação Cultural Palmares certificou 2.394 comunidades quilombolas, distribuídas em todo o território nacional. No estado de Alagoas são certificadas 64 comunidades remanescentes de quilombos (BRASIL, 2014).

Foi devido ao processo histórico de segregação racial sofrido pela população negra, incluído neste a divisão territorial do espaço, ocasionado pela fuga dos negros para se abrigarem em lugares remotos e afastados, que é possível observar atualmente o predomínio das comunidades quilombolas em áreas rurais (CHIAVEGATTO; LAURENTI, 2013). A pouca infraestrutura e reduzido acesso aos serviços de saúde continuam a expor esta parcela populacional às vulnerabilidades sociais com reflexos na situação de saúde.

A vulnerabilidade social que vivenciam os quilombolas está intimamente relacionada ao processo de saúde/adoecimento. Considerando suas peculiaridades enquanto comunidade majoritariamente formada por negros de área rural, estas sofrem de problemas relacionados à falta de serviços básicos (saneamento, tratamento de água e lixo), habitação e infraestrutura. Soma-se também a alta taxa de analfabetismo, com conseqüente baixa renda, gerada principalmente pela economia de subsistência (BRASIL, 2005; SILVA, 2007).

As vulnerabilidades sociais relacionam-se aos fatores genéticos relacionados à raça/etnia e ao estilo de vida dos quilombolas, influenciando no padrão de morbimortalidade e alterando as condições de saúde desta população. Tais

condições sociais estão intimamente ligadas às doenças, como as diarreias, desnutrição infantil, verminoses, obesidade em adultos, neoplasias, depressão, hipertensão arterial e doença falciforme (CHIAVEGATTO; LAURENTI, 2013).

Nesse contexto, o MS (GM/MS nº 1.434) estabeleceu em 2004 um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família para as equipes que atuam em áreas de quilombolas, no intuito de minimizar as iniquidades e desigualdades sociais e de saúde que se expõe as comunidades remanescentes de quilombolas (FREIRAS, et al, 2011).

Também na tentativa de promover melhorias nas condições sociais e de saúde das comunidades quilombolas, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Cultural Palmares assinaram em 2004 um termo de cooperação técnica para a realização de obras de saneamento básico nestas áreas (SILVA, 2007).

Na análise das condições sociais e de saúde da população negra, é notável que várias são as políticas direcionadas para as melhorias das condições sociais das comunidades quilombolas e para a saúde integral desta população. Mas, um dos principais entraves no avanço destes quesitos é a não implementação das ações determinadas por estas políticas públicas.

Desta forma, os esforços devem ser orientados para o cumprimento do preconizado e para a participação da população negra nos diferentes contextos de regulação social, de forma a fazer cumprir seus direitos enquanto cidadãos e enquanto quilombolas, com um olhar diferenciado por suas peculiaridades culturais e também por suas vulnerabilidades sociais e de saúde.

2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: da maternidade à integralidade.

Ao se criar uma política nacional específica para atenção à saúde da mulher e outra específica para o homem, já se faz perceber que há distinção de gênero. As necessidades peculiares a cada um são determinadas não apenas pelo sexo, mas também pela construção histórica e social que confluíram para a atual configuração da nossa sociedade dita democrática.

A maior parte da população brasileira é constituída por mulheres (50,77%), que também se tornam as principais usuárias do SUS, seja para seu atendimento ou como acompanhantes. As mulheres tem maior perspectiva de vida que os homens,

porém adoecem mais que estes, justificando assim a necessidade de um olhar mais atento às suas demandas por serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Além de serem afetadas pelos fatores como lazer, alimentação e condições de trabalho, moradia e renda, as mulheres ainda sofrem discriminação de gênero, no ambiente de trabalho e doméstico, aliando-se a isto os agravantes de raça/etnia e condições sociais. Nestes casos, o padrão de morbimortalidade feminino está mais relacionado com as situações de discriminação social do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011).

Ao se falar em saúde da mulher, devemos considerar o conceito ampliado de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e incorporar as dimensões de sexualidade e reprodução humana estabelecidas na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994. Porém, sem desconsiderar o contexto social, econômico, cultural e histórico que modifica o modo de se pensar a saúde e o processo de adoecer e morrer ao longo dos anos (BRASIL, 2011; PINHEIRO; COUTO, 2013).

Dentro de um contexto histórico, um longo período foi percorrido até se considerar a necessidade de discutir as demandas de saúde da mulher. Apenas no século XX a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, porém restrita às ações voltadas à gravidez e parto, traduzindo uma visão social da mulher enquanto mãe e doméstica. Através da atuação do movimento feminista, foram reveladas as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, servindo como base para propostas de mudanças nessas relações e criação de políticas públicas que atendessem às necessidades das mulheres (OSIS, 1998; BRASIL, 2011).

Frente a estas reivindicações, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa incorporou os princípios e diretrizes recentemente idealizadas para embasar a construção do Sistema Único de Saúde (1986). Assim, a construção ideológica e organizativa do SUS exerceu forte influência sobre o processo de implantação do PAISM, dentro da perspectiva de integralidade, universalidade, equidade, hierarquização, descentralização e regionalização dos serviços. (BRASIL, 2011; GIFFIN, 2002).

O PAISM absorveu as proposições de SUS e as características deste novo modelo político, voltadas para a municipalização e reorganização da Atenção Básica

através da Estratégia de Saúde da Família. Este programa trouxe mudanças na forma de atenção à saúde das mulheres, que incluíram ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011; COSTA, 2009).

Mas, em 2002, várias lacunas foram constatadas nas ações desenvolvidas pelo programa. Assim, foram evidenciados alguns pontos que necessitavam de maior enfoque, como a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2011).

No intuito de corrigir essas falhas, em 28 de maio de 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, priorizando o enfoque na integralidade à saúde da mulher. A política foi construída a partir dos preceitos do SUS e de estudos científicos que apontaram para as principais causas de morte na população feminina, servindo de fundamentação para as proposições de ações desta nova política (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

Os estudos que embasaram a elaboração desta política identificaram que as mulheres morem principalmente de doenças cardiovasculares, neoplasias, dentre estes o de colo do útero, e as doenças do aparelho respiratório. Considerando esses apontamentos, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher priorizou algumas problemáticas, dentre elas a saúde das mulheres negras, as doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico e as trabalhadoras na área rural (BRASIL, 2011).

2.4 Saúde das mulheres negras: direito em gênero, raça e etnia.

A não valorização da variável cor pelos profissionais de saúde nos sistemas de informação tem impossibilitado uma análise concreta sobre a situação de saúde das mulheres negras em nosso país (BRASIL, 2013). Porém, é notória a relação entre saúde e condições socioeconômicas, oferecendo assim parâmetros para algumas induções.

A maioria das mulheres negras se encontra abaixo da linha da pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro quando comparada a das mulheres brancas, concernindo para um menor acesso destas mulheres aos serviços de saúde durante

o pré-natal, parto, puerpério e assistência ginecológica. Ainda se pode inferir que as negras são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos e que apresentam maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças (BRASIL, 2005).

A discriminação institucional sofrida por mulheres negras durante o parto, quando comparada com mulheres brancas, pode ser constatada através de dados que mostram que a quantidade de mulher negra que recebe anestesia durante o parto normal é menor, estas são menos orientadas quanto à importância do pré-natal e aleitamento materno, e são menos informadas sobre os sinais de início do trabalho de parto (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Como forma de diminuir tais iniquidades, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta como um dos objetivos específicos promover a atenção à saúde da mulher negra, tendo como estratégias a melhora no registro e produção de dados, capacitação dos profissionais da saúde, implantação do Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal, inclusão e consolidação do recorte étnico/racial nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS e o estímulo e oferta da interlocução das áreas de saúde da mulher das secretarias estaduais e municipais de saúde com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra (BRASIL, 2011).

A importância do quesito cor/raça nos sistemas de informação em saúde serve, além da análise da qualidade de vida e do perfil de morbimortalidade, para o estudo de algumas doenças prevalentes em determinados grupos étnicos. Como no caso de mulheres negras que apresentam uma maior frequência de Diabetes tipo II, Miomas, Hipertensão Arterial e Anemia Falciforme.

Além das morbidades relacionadas à raça/etnia, as péssimas condições de vida da maioria das mulheres negras também levam estas a se tornarem vulneráveis a determinadas doenças relacionadas à situação de pobreza, como o câncer cérvico-uterino, com uma frequência duas vezes maior que em mulheres brancas (BRASIL, 2005).

2.5 Saúde e doença: um modo cultural de se pensar.

O termo saúde refere-se a um conceito complexo, de grande interesse filosófico, científico e prático. Passa por um processo histórico de transformação do seu entendimento, saindo de uma perspectiva hegemônica de medicalização e partindo para a concepção desta como capacidade social, qualidade de vida, solidariedade, alegria de viver, gozo estético, axé (energia) e projeto de felicidade (AYRES, 2007; ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003).

A doença tem sido perseguida de forma incessante por cientistas e filósofos na histórica busca conceitual, ao contrário da saúde, que recebeu pouco interesse devido à dificuldade de definição pelos princípios epistemológicos que a envolvem, com uma complexidade e incertezas do conhecimento devido aos diferentes olhares que se propõem à tarefa de responder sobre a compreensão desse fenômeno a partir de suas várias perspectivas (MORIN, 2006).

Diante da difícil função de resposta a esta definição, parte-se do princípio de que a saúde é uma realidade múltipla e complexa, passível de descrição por meio de conceitos através do senso comum e da Filosofia do Conhecimento, apreensível empiricamente pelas Ciências Biológicas, analisável através da Epidemiologia e perceptível por seus efeitos sobre o modo de vida dos sujeitos através das Ciências Sociais e Humanas (ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003).

Tomando a percepção da saúde como parte fundamental na construção desta definição a que se propõe, Coelho e Almeida-Filho (2003) discutem três pontuações metodológicas que servem de base para este debate, dialogando a saúde como ausência de doença, a saúde como bem estar e a saúde como valor social, seguindo a linha do conceito ampliado.

Saúde como ausência de doença

A perspectiva da saúde como ausência de doença é vastamente difundida entre o senso comum e comunidade acadêmica, baseando-se na lógica hegemônica biomédica. Desta referência biológica partem as teorias não da saúde, mas dos processos patológicos individuais que configuram este olhar. A predominância por esta linha conceitual é fruto de um processo histórico e social relacionado com os paradigmas biomédicos (BATISTELLA, 2007).

A doença, antes considerada dentro de uma perspectiva natural, sofre mudança a partir da instalação da Clínica Moderna, a instauração do hospital enquanto instituição de cura, e não mais de segregação social, e a substituição do poder religioso pelo poder médico nos hospitais. Tais mudanças conceituais são direcionadas pelos princípios capitalistas absorvidos durante o século XVIII, que provoca profundas transformações sociais e uma noção moderna de Estado e de intervenção social (BATISTELLA, 2007).

De acordo com Coelho e Filho (2003), na relação entre saúde e doença, a saúde tanto pode implicar a ausência de doença quanto a sua presença temporária, sendo esta lógica iniciada e incentivada segundo os avanços da medicina moderna. Porém, a saúde apresenta um padrão cultural particular a determinado grupo social. Essas especificidades variam a depender do contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural que se inserem, tanto nas diferentes sociedades quanto nas diversas subculturas de uma mesma sociedade.

O enfoque inicial atribuído à saúde, com uma conformação médico biológica, foi aos poucos dando lugar a uma visão sociopolítica e ambiental determinada pelas mudanças trazidas pelo século XX, passando por permanentes tensões entre o enfoque nos aspectos biológicos, individuais e tecnológicos e o foco nos fatores sociais e ambientais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Saúde como bem-estar

Com o final da Segunda Guerra Mundial, vários países se aliaram na Cooperação Internacional, criando em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada com uma concepção bastante ampliada, muito além do foco na doença, foi expressa como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (BATISTELLA, 2007).

Essa tentativa de superar a abordagem negativa da saúde, incentivada pelas instituições médicas, recebeu críticas que apontaram seu caráter utópico. Batistella (2007) afirma que a expressão ‘completo estado’, pressupõe uma concepção estática de um processo que é dinâmico, além da idealização de um conceito, que ao se tornar inatingível por ser utópico, não pode ser mensurado ou estabelecido como meta pelos serviços de saúde. Também se torna inviável medir o nível de

saúde de determinada população a partir da subjetividade conferida à expressão ‘bem estar’.

A partir de estudos, críticas e discussões sobre de que forma mensurar esse ‘bem estar’, tendo como base a relação estabelecida entre os determinantes sociais e o estado de saúde, se afirma a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005. Porém, a maior dificuldade existente nessa relação baseia-se em estabelecer uma hierarquia entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores influem sobre a situação de saúde de indivíduos e grupos, pois essa determinação não é uma simples relação de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Várias são as formas de se relacionar os DSS com as iniquidades sociais, entendidas como as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Partindo dos aspectos físicos e materiais, entende-se que as diferenças de renda influem na produção da saúde e da doença através da escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em mecanismos de infra-estrutura comunitária, como a educação, transporte, saneamento, habitação e serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

No que se refere aos fatores psicosociais, relacionando-se aos DSS quanto às relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, baseia-se no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas que vivem em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” procuram integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Saúde como valor social

O conceito ampliado de saúde formulado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi fruto de intensa mobilização social, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. A Constituição brasileira de 1988, define que:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

Considerando esta abordagem, tem-se como fato primordial a inclusão dos determinantes sociais da saúde e da doença como significativos para a construção deste amplo conceito, se opondo à lógica individual e biológica comumente observada nas práticas de saúde baseadas em modelos biomédicos (BATISTELLA, 2007).

De acordo com Campos, Barros e Castro (2004), esta definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção e composta por múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. Porém, autores como Lefèvre e Lefèvre (2004) defendem que ao se pensar a saúde numa perspectiva intersetorial, deve-se ter o cuidado de não perder o objetivo específico das ações deste campo, diluindo o foco de sua responsabilidade em meio aos vários aspectos que configuram sua definição.

Determinantes Sociais da Saúde

As condições de saúde de pessoas e populações sofrem influências das condições econômicas e sociais que permeiam seus contextos. Grande parte das doenças a que se expõe uma população se desenvolve a partir das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A junção destas condições é denominada Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que interferem na situação de saúde de indivíduos e comunidades (CARVALHO, 2013).

Ao hierarquizar os DSS por ordem de importância, Carvalho (2013) destaca que os determinantes estruturais que causam estratificação social, refletem sobre a distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades. Assim como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda e o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências, as estruturas políticas e de governança também alimentam, ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poder econômico.

Essas estruturas são mecanismos que provocam as mais profundas iniquidades em saúde, e junto aos determinantes intermediários, como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde, caracterizam de forma concreta as condições de saúde dos indivíduos e população (CARVALHO, 2013).

Como forma de tentar diminuir as iniquidades a que se expõem determinados grupos sociais, o governo brasileiro criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), influenciado por um movimento mundial proposto pela OMS. A comissão surgiu em 2004 com o objetivo de propor intervenções e políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde que visem à diminuição das iniquidades e a melhoria das condições de saúde.

A CNDSS do Ministério da Saúde (MS) definiu em 2007 os DSS como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, alterando em suas condições de saúde.

Deve-se considerar as peculiaridades dos quilombos, enquanto comunidade majoritariamente formada por negros de área rural, que sofrem de problemas relacionados à falta de serviços básicos (saneamento, tratamento de água e lixo), habitação e infraestrutura. Soma-se também a alta taxa de analfabetismo, com consequente baixa renda, gerada principalmente pela economia de subsistência. É evidente que estas péssimas condições sociais refletem negativamente no processo de saúde/adoecimento da comunidade quilombola (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014).

Vulnerabilidades sociais, fatores genéticos relacionados à raça/etnia e o estilo de vida dos quilombolas acabam influenciando o padrão de morbimortalidade, alterando as condições de saúde desta população. Reforça-se assim, o quanto as condições sociais ligam-se às doenças, como as diarreias, desnutrição infantil, verminoses, obesidade em adultos, neoplasias, depressão, hipertensão arterial e doença falciforme (FREITAS, et al, 2011; BEZERRA, et al, 2013; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; SOARES; BARRETO, 2014; DIAS, et al, 2014).

Diante das diversas situações de desigualdade e iniquidade social a que se expõe uma comunidade quilombola rural, principalmente se considerarmos as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, pode-se notar que a perpetuação de seus modos de vida, valores e tradições, configuram-se como forma de manutenção

de uma barreira cultural diante das iniquidades sofridas. Desta forma, seus conhecimentos e práticas nos cuidados à saúde se colocam também como alternativa frente às desigualdades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Saúde e Doença numa perspectiva cultural

Além de se pensar sobre as definições de saúde e doença, há de se considerar que a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados (LANGDON; WIIK, 2010).

Diante disto, entende-se que a visão de mundo e práxis social que envolve a saúde e a doença está inserida em um fenômeno total, a cultura, que orienta quanto aos conhecimentos, práticas e atitudes que permeiam e determinam a forma de compreender os processos saúde-doença (LANGDON; WIIK, 2010).

Cultura, enquanto categoria analítica, pode ser considerada como os hábitos e os costumes singulares e específicos que representam e caracterizam um modo de ser de um grupo, seria o todo comportamental, a identidade de um povo ou coletividade, incluindo o emocional e o intelectual, que se forma em torno dos elementos simbólicos compartilhados. Assim, considerando de forma genérica, a cultura é tudo aquilo que o homem vivencia, realiza, adquire e transmite por meio da linguagem (BACKES, et al, 2009).

Considerando esta definição, Langdon e Wiik (2010) afirmam que a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada. Ela é aprendida pelo fato de modelar o comportamento, as necessidades e as características biológicas e corporais, sem desconsiderar a importância da Biologia. Sob esta mesma perspectiva, a cultura também é compartilhada e padronizada, pois se refere a uma criação humana, partilhada por grupos sociais específicos, permeada por simbolismos resultantes das diferentes experiências em determinados contextos e espaços.

Segundo Landgon e Wiik (2010), as preocupações com a doença e a saúde são universais em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se através de meios materiais, pensamento e elementos culturais, como forma de compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências relativas à saúde e doença que vivenciam. Nesse contexto, os fatores culturais desempenham um importante papel nas concepções de saúde e doença dos diversos grupos populacionais, constituindo

um conjunto de saberes que deve ser compreendido pelos profissionais da saúde como forma de prestar uma assistência em consonância com seu modo de vida e visão de mundo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO.

3.1 Teoria do Cuidado Transcultural: a Enfermagem como referencial.

Madeleine Leininger, nascida em Sutton, no Nebraska, foi a primeira enfermeira a realizar doutorado em Antropologia. Foi durante sua atuação profissional em um lar de orientação para crianças que percebeu que as estratégias terapêuticas utilizadas não atingiam todas as crianças com diferentes necessidades e formações culturais. Esta inquietação a levou ao doutoramento em antropologia cultural, social e psicológica na Universidade de Washington, em Seattle (LEININGER, 2002).

Durante o doutoramento, passou quase dois anos convivendo sozinha com o povo indígena, onde pode observar as diferenças culturais relativas à saúde, a prática do cuidar e do bem-estar. A partir do seu aprofundamento, desenvolveu a Teoria do Cuidado Transcultural e um método de investigação qualitativo próprio, a Etnoenfermagem. Em suas obras, mostrou que a antropologia e a enfermagem são complementares, mas diferentes. Ela retirou da enfermagem o componente “cuidado” e da antropologia o componente “cultural” (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Leininger definiu a enfermagem transcultural como:

Uma área de estudo formal e prática focada em cuidados humanos comparando as diferenças e semelhanças entre as crenças, valores e modos de vida padronizados por culturas para fornecer cuidados culturalmente congruentes, significativo e benéfico para as pessoas. (LEININGER, 2002, p.5)

Assim, a teoria baseia-se na ideia de que as pessoas de determinadas culturas podem informar e orientar os profissionais de saúde para receberem o cuidado que desejam ou necessitam. A cultura é os modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas que influenciam em suas decisões e ações; desta forma, a teoria requer que a enfermeira descubra e documente o mundo do cliente, utilizando seu ponto de vista, conhecimento e prática como base para a tomada de decisões e realização de cuidados culturalmente congruentes (LEININGER, 2002).

A teoria apresenta como principal objetivo o conhecimento e a documentação sistemática, através de dados gerados no campo, daquilo que é diferente (Diversidade) e o que é igual (Universalidade) acerca do cuidado genérico e

profissional das culturas estudadas (TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Tem como propósito entender as perspectivas culturais das pessoas sobre o cuidar conforme conhecem, acreditam e praticam o cuidar, e depois usar estas informações com conhecimento ético profissional adequado para orientar as práticas do cuidar (LEININGER, 2002). Isso de forma a proporcionar um cuidar culturalmente congruente e adequado às reais necessidades da pessoa, família ou comunidade.

Dentre os conceitos criados por Leininger (2002), destaca-se os “Sistemas Populares de Cuidados” ou cuidados genéricos, populares, que diz respeito aos conhecimentos e as habilidades populares, culturalmente aprendidos e transmitidos, que pessoas e grupos empregam em favor de sua saúde ou para apoiá-los em situações de incapacidade ou morte. Esta definição pode ser expressa pelas tradições e crenças repassadas geração a geração, incluindo também as ações para o cuidado preventivo.

Os Sistemas Profissionais de Cuidado ou cuidado profissional é definido por Leininger (2002) como sendo os conhecimentos e habilidades institucionalmente estabelecidos, ensinados e transmitidos, relacionados ao cuidado, à saúde e à doença, disponibilizados por meio de equipe multidisciplinar ao usuários.

Outro conceito de Leininger (2002) é o “Cuidar Culturalmente Congruente”, definido como os atos ou as decisões assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, para prestar ou apoiar os serviços de cuidados de saúde ou bem estar significativos, benéficos e satisfatórios. Assim, os profissionais associados aos Sistemas Profissionais de Cuidar devem analisar a cultura ao qual estão se inserindo e conhecer as reais necessidades desta população para então prestar uma assistência que esteja em acordo com as demandas da comunidade.

As enfermeiras devem se aproximar das comunidades para conhecerem a Universalidade e Diversidade de cada grupo. Na Teoria do Cuidado Transcultural, a Universalidade é apresentada como as características comuns da humanidade. Refere-se aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidar semelhantes que se manifestam entre culturas e refletem as formas com que se cuidam na comunidade, considerando que estas similaridades não são absolutas e não podem ser constatadas de forma quantitativa (LEININGER, 2002).

A diversidade cultural é um dos primeiros e mais importantes conceitos da Enfermagem Transcultural, sendo entendida como as variações entre os grupos, resultantes das diferenças entre os modos de vida, língua, valores, normas e outros aspectos culturais (LEININGER, 2002).

Leininger (2002) define “saúde” como um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos (ou grupos) para desempenhar suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados.

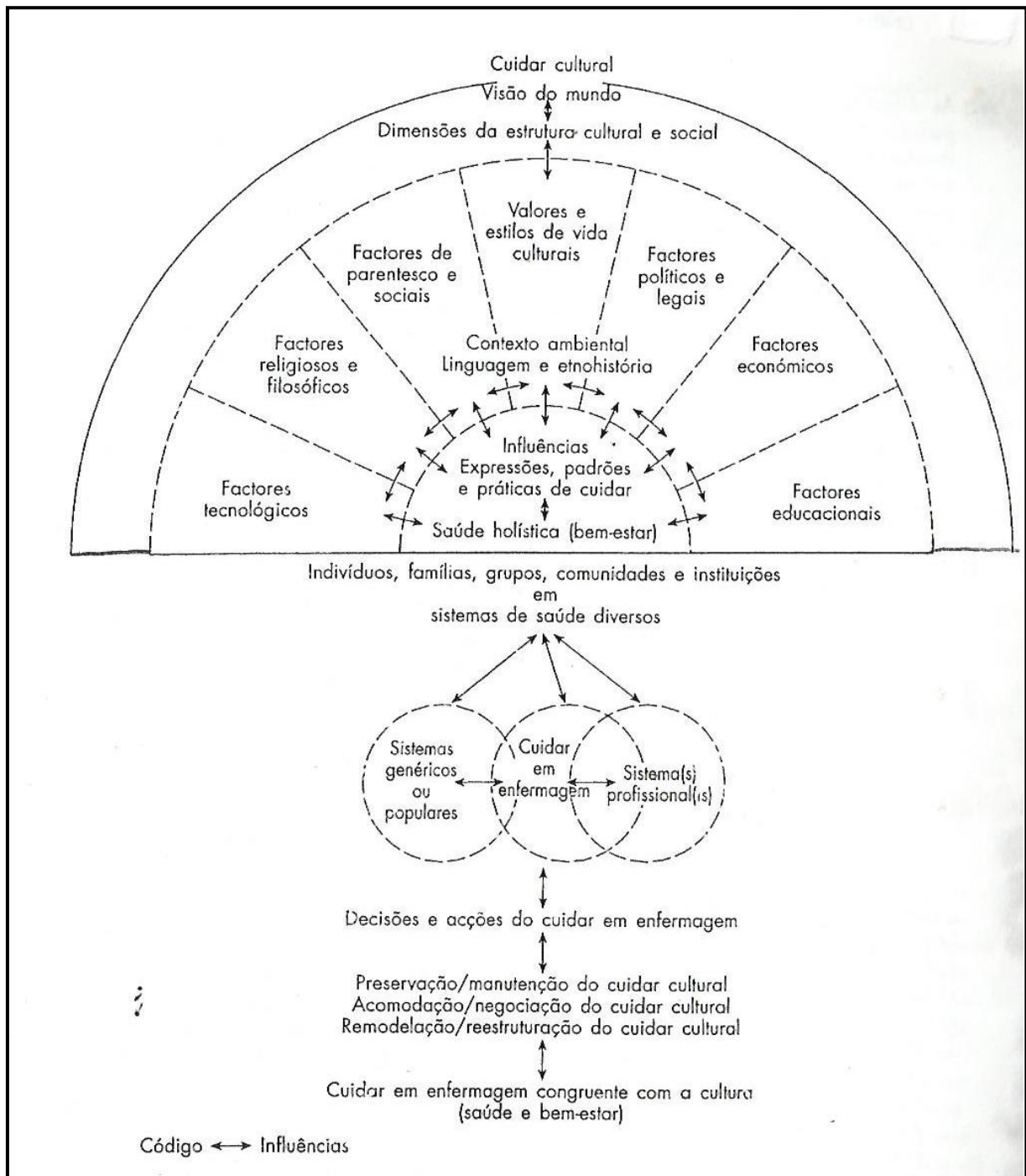
Para isso, Leininger desenvolveu o Modelo *Sunrise*, ilustrado pelo nascer do sol, no sentido de auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Este modelo considera a operacionalização de teoria e pesquisa e orienta o estudo da diversidade e universalidade do ato de cuidar. O modelo orienta as ações e decisões de enfermagem que envolve a manutenção/preservação, a acomodação/negociação e a repadronização/reestruturação do cuidado cultural (BRAGA, 1997).

Desta forma, Leininger (2002) dividiu sistematicamente o modelo de *Sunrise* em quatro níveis. O nível um é aquele em que a visão de mundo e o sistema social direcionam o estudo das percepções do mundo para fora da cultura. Este nível leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado. O nível dois oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde.

No nível três, se focaliza o sistema popular, o sistema profissional e, nele, a enfermagem. Inclui-se neste nível a característica de cada sistema e os aspectos do cuidado de cada um, possibilitando identificar semelhanças e diferenças ou diversidade cultural de cuidados e universalidade cultural de cuidado. No nível quatro ocorrem as decisões e ações de cuidado em enfermagem, e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/restauração cultural do cuidado. Neste nível ocorre o cuidado de enfermagem.

Quanto à preservação ou manutenção do cuidar cultural, Leininger (2002) defende que são as ações e decisões profissionais de auxílio, que ajudam as pessoas de uma cultura específica a preservar os valores relevantes do cuidar, de modo que possam manter seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiência ou morte.

Figura 1 - Modelo Sunrise de Leininger.



Fonte: <http://nursingtheories.weebly.com/madeleine-m-leininger.html>

A acomodação ou negociação do cuidar cultural refere-se às ações e decisões profissionais de auxílio que ajudam as pessoas a adaptar-se para um resultado de saúde benéfico com os prestadores de cuidados profissionais.

Já a repadronização/reestruturação cultural do cuidado, diz respeito às ações e decisões profissionais que ajudam as pessoas de determinada comunidade a reordenar, alterar ou modificar os seus modos de vida para padrões de cuidado de

saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças, para fornecer um modo de vida mais saudável do que antes das mudanças.

Leininger (1991) enfatiza que o modelo é essencial para ajudar o pesquisador ou profissional a compreender a visão de mundo e modo de vida com diferentes forças ou influências das condições humanas que precisam ser consideradas ou descobertas para o cuidado humano.

O modelo *Sunrise*, apresentado a seguir foi idealizado por Leininger, para melhor compreensão da teoria e dos componentes que influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura.

Nesse sentido, Leininger (2002) defende que as enfermeiras não podem separar as visões do mundo, o enquadramento social e as crenças culturais - populares e profissionais - de saúde, do bem-estar, da doença ou do cuidar quando trabalham com as culturas, porque estes fatores estão intimamente ligados. Também enfatiza a importância de descobrir o cuidar genérico (popular e local) das culturas e compará-lo com o cuidar profissional (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

De acordo com Leininger (2002), a enfermagem deve atuar como uma ponte entre a generalidade do povo e o sistema profissional. Sendo o Cuidado Transcultural considerado como a mais vasta teoria de enfermagem numa perspectiva holística, pois incluem os fatores de enquadramento social, a visão de mundo, a história e os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem e os padrões populares (genéricos) e os profissionais.

Como forma de atingir o objetivo proposto, com apreensão do objeto de estudo deste trabalho, a análise ocorreu até o terceiro nível do modelo *Sunrise*, pois estes fornecem subsídios para o planejamento e a execução do cuidado, por englobar o desenvolvimento do conhecimento. As intervenções de enfermagem, identificadas no quarto nível, foram apresentadas, mas não implementadas, como forma de sugestão para o cuidado culturalmente congruente.

Desta forma, a escolha pela utilização deste referencial teórico se deve ao fato de sua cabível utilização na análise das concepções de mulheres quilombolas sobre saúde e doença, considerando que os aspectos culturais podem interferir nesta visão de mundo.

Assim, é necessário identificar o que há de comum (universalidade) e o que há de diferente (diversidade) na forma com que estas mulheres conhecem e

praticam ações voltadas para o cuidado da saúde e na doença, como forma de subsidiar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

3.2 Etnoenfermagem: caminhos do cuidar.

Este é um tipo de pesquisa baseada nos pressupostos da etnografia, adaptada para o estudo dos fenômenos de enfermagem através de uma visão holística do estudo das diversidades culturais. O pesquisador busca compreender a visão *emic* (forma como os membros da cultura percebem seu mundo) e *etic* (interpretações e explicações das experiências daquela cultura, visão externa). Este método pretende obter informações reveladas a partir da observação e da convivência do pesquisador com os informantes, enfocando no contexto do cuidado humano (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

De acordo com Leininger (1990), criadora da etnoenfermagem, este método de pesquisa compreende 04 fases de observação, 01 entrevista e 04 fases de análise de dados. Porém, estes processos ocorrem de forma simultânea, interpostas, do início da coleta de dados ao final do estudo.

Leininger (2002) descreve que o processo de observação deve ser registrado, em um diário de campo, para que não sejam perdidas informações e características relevantes para a obtenção dos objetivos propostos. Quanto à observação, a primeira fase é não participante, e a prioridade é observar e ouvir os sujeitos, obtendo uma visão ampla para detalhar o contexto cultural. É nesta fase que se identifica os sujeitos do estudo e se levanta alguns questionamentos inerentes aos aspectos observados.

Na segunda fase de observação já é possível ao pesquisador alguma interação, mas a observação se mantém como prioridade. Aqui, o pesquisador passa mais tempo com cada participante, possibilitando uma aproximação maior e uma observação detalhada. Neste momento, ocorre o primeiro processo de análise dos dados brutos, incluindo tudo o que foi observado para obter uma visão total do fenômeno e a partir da compreensão das informações colhidas, identificar os informantes – chave, ou seja, aqueles voluntários com maior potencial para revelar as informações relevantes.

A terceira fase da observação permite que o pesquisador participe mais das atividades dos informantes, mas ainda na observação. O maior envolvimento entre pesquisadora e sujeitos possibilita a apreensão de visões de mundo, sentimentos e significados atribuídos às vivências dos voluntários. Paralelamente, acontece a segunda fase de análise dos dados, onde se identifica as diferenças (diversidades) e semelhanças (universalidades) frente ao modo como os sujeitos expressam sua visão de mundo.

A partir da interpretação e observação, é possível iniciar a organização dos dados em categorias e subcategorias, as quais passam a caracterizar os componentes da análise. Nessa fase também é formulado o roteiro semiestruturado para entrevista, enfocando aspectos gerais e pontuais específicos a cada informante-chave. Assim, a entrevista é o método de coleta de dados utilizado na terceira fase de observação. É importante a leitura do diário de campo, referente a cada informante, antes da entrevista, pois as informações registradas são a base para os questionamentos.

A terceira fase de análise consiste na comparação, organização e análise dos dados obtidos na entrevista, de acordo com as categorias e subcategorias definidas anteriormente, no sentido de descobrir padrões de comportamento e significados estruturais.

A última fase de observação, a quarta, se constitui de uma observação reflexiva, onde o pesquisador avalia sua própria influência, através de um olhar e uma reavaliação dos dados encontrados. A quarta fase de análise dos dados é constituída pela síntese dos dados, abstração de categorias e formulações teóricas. É necessária uma análise reflexiva das informações, comparando-as com os dados disponíveis na literatura.

Para análise dos dados, Leininger (2002) propõe a utilização de métodos qualitativos que levam à construção de categorias e subcategorias a partir da visão de mundo das participantes, são eles:

Credibilidade - refere-se a provas ou informações de fontes diretas das pessoas, dentro de seus contextos ambientais e tidas como verdades para eles.

Confirmabilidade – são as declarações documentadas e evidências observacional direta de informantes, situações, e outras pessoas que com firmeza e conhecimento de causa confirmam e fundamentam os dados ou resultados.

Significado dentro do contexto - refere-se aos achados que são compreensíveis e significativos para as pessoas dentro dos seus contextos ambientais e culturais.

Saturação - refere-se as informações detalhadas pelos informantes de tudo o que é ou pode ser relacionado ao fenômeno em investigação.

Repadronização – reporta a evidência documentada de temas, ações e padrões repetidos ao longo do tempo, refletindo a consistência no modo de vida ou comportamentos padronizados.

Transferibilidade – são os resultados de um estudo concluído, com significados e importâncias semelhantes (não necessariamente iguais) que podem ser transferidos para outra situação, contexto ou cultura semelhante.

A etnoenfermagem como método de pesquisa foi escolhida com o propósito de analisar, através da concepção de mulheres quilombolas, de que forma os aspectos culturais interferem nas suas visões de mundo sobre saúde e doença.

Visto que este tema, ao relacionar-se com a intimidade da mulher torna-se delicado de ser abordado entre pessoas estranhas, principalmente quando se trata de mulheres quilombolas, residentes em uma comunidade isolada. A convivência possibilitada pela etnoenfermagem facilita a interação, criação de vínculo e de uma relação de confiança e respeito, propiciando um ambiente favorável para a troca de informações verdadeiras e satisfatórias.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, adotando como referencial metodológico a Etnoenfermagem, e como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transcultural, ambos idealizados pela enfermeira Madeleine Leininger. A abordagem qualitativa é particularmente importante, uma vez que nem sempre os fenômenos do mundo social e psicológico podem ser adequadamente quantificados (GIL; LICHT; SANTOS, 2006), sendo o meio mais adequado para atender aos objetivos propostos pelo estudo.

4.2 Aproximação com o referencial.

O primeiro contato com a Teoria do Cuidado Transcultural e a Etnoenfermagem ocorreu durante o cursar da disciplina Bases teóricas e filosófica do cuidado em saúde e em enfermagem. A identificação com os pressupostos elaborados pela teórica foi imediata, seguindo os caminhos da pesquisa qualitativa e tendo este como referencial teórico-metodológico.

Ao delimitar o objeto de estudo, fortalecendo a linha de pesquisa existente, constatou-se que, além deste adequar-se perfeitamente ao referencial teórico de escolha, também atende a uma necessidade real da comunidade quilombola em estudo.

No intuito de aproximar-se do referencial teórico e da pesquisa qualitativa, o cursar da disciplina Métodos qualitativos em pesquisa social, oferecida de forma eletiva pelo Mestrado em Sociologia - UFAL, possibilitou a ampliação da visão enquanto pesquisadora, com olhar voltado para os problemas de saúde, mas com determinações sociais e culturais.

As atividades curriculares direcionadas para este objeto de estudo também possibilitaram a consolidação dos pilares teóricos para que ao entrar em campo de pesquisa, a visão *etic* fosse o mais fiel possível à visão *emic* apreendida.

4.3 Aspectos Éticos: licença para o cuidado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, seguindo os critérios determinados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012 para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, através do número 663.592, em 14/06/14.

As mulheres quilombolas que aceitaram participar do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos e métodos utilizados na pesquisa, o sigilo e o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa deste processo. As que possuem escolaridade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após os esclarecimentos, as que não a possuem, expressaram o consentimento através da impressão digital.

Incluem-se como participantes deste estudo as mulheres com mais de 18 anos, residentes no povoado Pixaim e que se reconheçam quilombolas. De acordo com estes critérios, **08 mulheres** compõem o cenário da pesquisa. Os nomes das mesmas foram trocados por pseudônimos de origem afro, no sentido de ilustrar, ao tempo em que se preserva a identidade destas mulheres.

4.4 Participantes do estudo: um foco na mulher quilombola

A partir do objeto de estudo deste trabalho, 08 mulheres quilombolas surgem como protagonistas desta dissertação, a partir dos critérios de inclusão já relatados anteriormente. As características das participantes são apresentadas a seguir:

Ada (nascida primeiro) – dentre as mulheres, é a moradora mais antiga, contando 79 anos, todos vividos em Pixaim. Compõe o núcleo familiar que constitui a base populacional formadora da comunidade, guardando consigo memórias de um tempo em que a alegria era impulsionada pela fartura do rio. Declara-se preta, pertencente à religião católica, analfabeta e aposentada. A vida lhe fez mãe apenas de dois filhos, colocando-os ao mundo através de partos normais e domiciliares, porém, a morte levou seu primogênito ainda no primeiro ano de vida. Ficando viúva em sua juventude, só lhe restou o árduo trabalho nas lavouras de arroz para criar seu único filho. Agradece a Deus pelas poucas vezes que esteve doente, em sua

maioria, resfriado comum. Mora sozinha e se queixa apenas de uma dor contínua nos membros inferiores, que lhe tira o sono e a autonomia de ir e vir.

Zene (moça bonita) – Apesar de não ter nascido em Pixaim, seus laços afetivos com esta comunidade, que há décadas faz parte, são claramente visíveis. Aos 74 anos, se declara parda, católica, com ensino fundamental incompleto e aposentada. Convive apenas com seu marido, mesmo tendo colocado ao mundo onze filhos, todos de parto normal. Relata de forma alegre e engraçada o procedimento cirúrgico ao qual se submeteu para extração de Mioma Uterino, realizado uma década atrás, sendo uma das poucas lembranças que guarda referente à episódios de doenças.

Nehanda (firmeza) – Aos 67 anos, viúva, convive apenas com sua neta de apenas dois anos, mesmo ao dar a luz a quatorze filhos, todos de parto normal. Declara-se parda, católica, analfabeta e com atividades laborais referentes ao cuidado do lar. Acerca das suas condições de saúde, relata histórico de Hipertensão Arterial, com controle medicamentoso, e de Acidente Vascular Encefálico há aproximadamente cinco anos, expresso em seu discurso como a “passagem de um vento mal”.

Nyota (guerreira) – Durante os seus 56 anos, nunca engravidou e desconhece os motivos disto. É casada e convive apenas com seu companheiro. Declara-se preta, católica e analfabeta. Apesar de ser aposentada, ainda realiza atividades de pesca como forma de complementação da renda familiar e manutenção do seu estilo ativo de vida. Quanto aos problemas de saúde, relata apenas ser hipertensa em controle medicamentoso.

Saada (que ajuda, auxilia) – Declara-se preta, é casada, católica e possui o ensino fundamental completo. Em seus 48 anos engravidou por três vezes, tendo um aborto por conta de “raiva”, um parto normal e um cesáreo. Convive com seu esposo e sua filha caçula em Pixaim, local onde nasceu e nunca saiu. Em 2014 submeteu-se à cirurgia para extração de Mioma Uterino, sendo essa sua única queixa com relação à saúde. O período de cuidados pós-cirurgia impossibilitou-lhe de exercer as atividades de pesca e confecção de esteiras, um dos poucos momentos de sua vida em que esteve sem trabalhar.

Dalila (gentileza é sua alma) – Nasceu em Pixaim, onde vive durante seus 44 anos, atualmente convive com seu esposo e dois filhos, apesar de ter dado a luz a seis, todos de parto normal. Declara-se parda, católica, possui o ensino fundamental completo e é pescadora. Em relação aos problemas de saúde, refere-se a resfriados como principais motivos para lhe tirarem da rotina do trabalho de pesca e cuidados com o lar.

Raxma (doce) – Declara-se parda, casada, católica, possui o ensino fundamental incompleto e realiza atividades relativas ao cuidado do lar. Aos 37 anos convive com seu esposo e duas filhas, apesar de ser mãe de sete filhos. Alegria-se ao falar da gravidez de sua filha e da previsão de ser avó pela segunda vez. Em relação aos problemas de saúde, relata apenas resfriados, sem grande interferência em suas atividades diárias.

Zarina (mulher de ouro) – Não é filha natural de Pixaim, mas aos 27 anos iniciou seus laços de amor com este local, que duram até hoje, aos seus 47 anos. Teve duas gestações finalizadas com partos normais, sendo presenteada com dois filhos que, junto a seu esposo, fazem parte do seu convívio domiciliar. Declara-se parda, católica e possui o ensino fundamental incompleto. Queixa-se constantemente de dores na perna direita, que lhe impossibilita de realizar as atividades de cuidado do lar, como antes o fazia.

Tabela 1: Participantes do estudo.

Nome	Idade	Cor	Escolaridade	Estado civil	Trabalho/renda	Nº filhos
<i>Ada</i>	79	Preta	Analfabeta	Viúva	Aposentada	02
<i>Zene</i>	74	Parda	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Aposentada	11
<i>Nehanda</i>	67	Parda	Analfabeta	Viúva	Do lar	14
<i>Nyota</i>	56	Preta	Analfabeta	Casada	Aposentada	00
<i>Saada</i>	48	Preta	Ens. Fund. Completo	Casada	Do lar	02
<i>Zarina</i>	47	Parda	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Do lar	02
<i>Dalila</i>	44	Parda	Ens. Fund. Completo	Casada	Pescadora	06
<i>Raxma</i>	37	Parda	Ens. Fund. Incompleto	Casada	Do lar	07

Fonte: Meirielly Holanda, 2015.

4.4 Modo de vida da comunidade quilombola do Pixaim: uma aproximação da Etnoenfermagem.

O local de escolha para a realização deste estudo foi a comunidade de Pixaim, certificada como remanescente quilombola pela Fundação Cultural Palmares em 19/11/09 (BRASIL, 2014).

História da Formação do Quilombo:

Atualmente, quatro irmãos são os moradores mais antigos da comunidade. Porém, não conseguem resgatar de suas memórias a certeza sobre a forma de como se iniciou a ocupação de Pixaim, nem da origem deste nome, ficando assim uma raiz, presa às incertezas do imaginário popular. A importância da oralidade para a perpetuação destas memórias se deve ao fato da ausência de registros históricos sobre a formação desta comunidade e do tempo de assentamento neste território, estimado em pelo menos um século (ZAMBI, 2004).

As memórias orais dos moradores levam a acreditar que, inicialmente, os negros ocupavam as margens do rio nas proximidades de sua Foz, e com o tempo, algumas famílias adentraram pelas terras, se fixando em local plano, próximo às margens de um braço do rio, com terras férteis devido às inundações, com boa perspectiva para o plantio de arroz e a pesca. Assim surgiu Pixaim.

Movidas pelo próspero cultivo do arroz, outras famílias foram chegando e povoando o local. A lembrança da fartura e da alegria durante as festas e colheita traz um sorriso nostálgico no rosto dos habitantes. Os relatos se referem a uma época em que havia várias famílias, todas unidas em torno do bem coletivo e felizes pela fartura oferecida pelo rio.

O discurso dos moradores de Pixaim refere-se à fartura oferecida pelo rio anos antes, e a escassez de hoje. Apoiam-se nessas narrativas ao atribuir a isso as várias alterações no rio, em especial a regularidade da vazão do seu leito iniciada após a construção da UHE – Usina Hidroelétrica de Xingó – AL.

Antes, as cheias do rio deixavam suas margens férteis, ideal para o cultivo do arroz, que foi uma cultura relatada como lucrativa, mas inexistente nos dias atuais, pois, após o controle da vazão do rio, as cheias já não ocorrem mais para fertilizar as terras ribeirinhas. Também foi relatada a pesca do camarão e variedade de peixes. Porém, há um senso comum que afirma que a invasão da água do mar após

o controle da vazão do rio, impossibilitando desse modo a pesca de subsistência. Com o declínio do plantio do arroz e da pesca, várias famílias deixaram o povoado e foram em busca da esperança e de um futuro tranquilo na zona urbana das cidades de Piaçabuçu e Penedo.

Descrição do Locus de Estudo:

O pequeno povoado de Pixaim situa-se no município de Piaçabuçu - AL, a apenas 4Km da foz do Rio São Francisco. Seu território compõe a Área de Proteção Ambiental – APA de Piaçabuçu, que abarcou em seus limites, o território do povoado e de outros (Pontal do Peba, Potengi, Bonito, Poça e Pontal da Barra) que ficaram sob tutela jurídico-administrativa legal do IBAMA-Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, e passaram a serem merecedores de proteção ambiental especial (ZAMBI, 2004).

Figura 2, 3 – Porto de chegada à Pixaim; vista alta da comunidade, respectivamente.



Fonte: Meirielly Holanda, 2014.

De acordo com o Censo em 2000 (ZAMBI, 2004), o primeiro que contabilizou este povoado, a população de Pixaim era composta por 70 pessoas, distribuídas em 20 casas. O decréscimo populacional é observado através do cadastramento da microárea pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizado em 2014 pela ACS, constatando que atualmente existem 20 casas, destas, 03 encontram-se fechadas e 17 abrigam 35 pessoas. Dos residentes, 14 (40%) são do sexo feminino e 21 (60%) do sexo masculino, distribuídos entre crianças, adultos e idosos.

O acesso se dá pelo rio São Francisco, em pequenas embarcações movidas a motor de popa que podem sair de qualquer ponto do baixo São Francisco, mas

preferencialmente do Povoado Potengi, chegando até um pequeno porto próximo à comunidade, numa viagem que dura em torno de 10 minutos.

Devido ao movimento das areias das dunas, os moradores são obrigados a mudarem a localização das casas numa frequência de tempo irregular, a cada 4 a 5 anos, aproximadamente. Devido a isto, as casas são construídas de taipa, palha ou qualquer material encontrado ou oferecido pela natureza, isto para facilitar a mudança. Por este fato, tal comunidade também é conhecida erroneamente como nômades, porém, a mudança do local da casa se restringe a metros, sem sair do território convencionalmente determinado.

No que se refere às condições de moradia, todas as 17 casas ocupadas são próprias, destas, 15 casas (88%) são construídas de taipa sem revestimento e 02 casas (12%) de palha. Os materiais predominantes nas construções facilitam a mudança de local, quando se faz necessário pelo movimento das dunas móveis, e a opção pela palha ou taipa se dá pelo custo ou pela praticidade, a de taipa é mais onerosa e mais segura, a de palha é de mais fácil mudança de local.

Na comunidade inexistente rede elétrica e serviços de saneamento básico, porém, quando há necessidade de utilizar eletrodomésticos, há o deslocamento para o povoado vizinho, Potengy, que conta com fornecimento de rede elétrica. A forma de escoamento do banheiro ou sanitário é a céu aberto e o lixo produzido é queimado. Toda água para consumo é retirada de poços artesanais rasos - cacimbas, feitos pelos próprios moradores, e o tratamento da água é realizado por cloração. Na grande maioria, o suprimento de água é realizado pelas mulheres. O interessante neste ponto é a sabedoria popular, pois não há um método que afirme onde existe água de boa qualidade, eles apenas sabem onde procurar e encontrar.

Existe a formação de uma tímida associação de moradores, criada em função do evento de autoreconhecimento enquanto remanescentes quilombolas, em 2009. Porém, não parece ser uma representação atuante para com as Políticas Públicas direcionadas à população negra e especificamente, os quilombolas. É possível confirmar isto pelo relato dos moradores e ACS ao falarem de antigos projetos públicos para a construção de casas de alvenarias, de cisternas e tratamento da água e entrega mensal das cestas básicas. Porém, estes nunca saíram do papel. Há expresso o desejo de concretização destes projetos, mas não há força nem voz para lutar por estes direitos.

Figura 4, 5 e 6 – Forma de armazenamento da água; elementos relacionados ao dia-a-dia (candeeiro e bolsa de palha), simbolismo religioso e estrutura da casa, respectivamente.



Fonte: Meirielly Holanda, 2014.

Os serviços de saúde são ofertados através da Unidade de Saúde da Família Doutor Francisco Guedes de Melo, no povoado Potengi, sendo necessário o percurso de barco para receber atendimento ambulatorial, o que dificulta o acesso a este serviço. Não há agendamento das consultas, a demanda é livre e os moradores tem acesso preferencial na ordem do atendimento, porém, não há inclusão destes em grupos vulneráveis.

Para se chegar à escola, a travessia também é realizada de barco, assim como para a realização de compras de mantimentos alimentícios e outros. Quando a família não possui barco próprio, o barco destinado às crianças escolares também é usado como meio de transporte. De forma geral, a população apresenta baixo nível educacional e econômico, o que se torna um fator de risco para o desenvolvimento de várias morbidades, inclusive o câncer cérvico-uterino.

Características Sócio-Econômicas:

A principal fonte de renda se mantém a mesma que décadas atrás, a pesca. Porém, já com uma rentabilidade bem menor que anos antes, tanto em quantidade quanto em diversidade. O arroz, tão lucrativo tempos atrás, hoje deixa apenas saudade no coração de quem lembra dos momentos de fartura. O sentimento expressado ao falar dessas mudanças é o de tristeza, por hoje apenas comer

quando se tem um alto valor para comprar o que antes era oferecido gratuitamente pelo rio.

As embarcações são pequenas, o motor é de popa, sem capacidade para desbravar os mares. Assim, a pesca ocorre principalmente no rio e de forma artesanal, com uso de redes na maioria das vezes, sem seleção de peixes em relação ao seu tamanho ou período reprodutivo.

A criação de alguns animais também é desenvolvida, mas de forma tímida. É possível observar a criação de ovelhas, vacas, bois e cavalos. A finalidade principal é para a própria subsistência, não tendo grande interesse econômico para a comunidade. Além da pesca, o programa Bolsa Família¹ se apresenta como gerador de renda estável, que garante o sustento mínimo de uma família inteira. A aposentadoria também se configura como uma fonte de renda para os poucos que as tem.

O cultivo de coqueiros gera pouca renda extra quando é possível a venda dos cocos aos turistas na foz do rio. Toda pequena produção de subsistência, como macaxeira, ervas e frutas, é obtida com esforço e cuidado para que não sirvam de alimentos para as ovelhas.

Algo que recentemente vem chamando atenção dos moradores é o crescente fluxo de turistas que chegam em busca do paraíso natural, intocado pela civilização tecnológica, imaginando encontrar negros ainda presos à correntes e ao passado. O chamado turismo ecológico vem se desenvolvendo na contramão da sustentabilidade da comunidade. Ao que parece, quanto mais precária as condições de vida para os habitantes, mais interessante é para o turista e para quem lucra com esta.

Diante das mudanças econômicas sofridas ao longo de anos, a atual situação de quase miséria encontrada é contrastada com a imagem de paraíso divulgada pelas empresas de turismo ecológico, que reforçada pelo IBAMA em defesa da sua preservação ambiental, limita a subexistência extrativista da comunidade, forçando um êxodo local.

¹ O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, integra o Plano Brasil Sem Miséria e tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais, baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

Religião: o sagrado e o profano

O catolicismo predomina como prática religiosa, segundo relato dos moradores. Havia um “benzedor”, a quem recorriam todos que necessitassem de amparo físico ou emocional, para curar do “mal olhado” à “espinhela caída”. Mas, após sua morte, anos atrás, este espaço permanece vazio.

Na comunidade há a pequena igreja de Nossa Senhora da Conceição, a única construção de alvenaria, edificada onde, épocas atrás, existiam um bar e um salão de balas (lugar onde vendiam doces). Esta substituição, não apenas de construções, mas também de valores sociais, pode ser vista como a tomada pela igreja católica de espaços profanos, na tentativa do fortalecimento desta instituição como religião predominante.

Porém, apesar dos moradores afirmarem como sua religião de escolha o catolicismo, foi possível identificar uma pluralidade de crenças mascarada pela opressão da singularidade social, como é possível notar na fala de uma moradora quando questionada sobre sua religião e também ao relatar o “feitiço” que sofreu por seu primeiro marido para que se apaixonasse por ele, na época, com apenas 12 anos:

“Eu sou crente, sou católica, sou macumbeira, feiticeira, sou tudo!”

“Um diabo de um homem me deu uma moeda no lugar de um pagamento e falou assim: não gaste! Não deu outra, botei a moeda na mão e me apaixonei! Ele fez um trabalho, uma macumba para me segurar!”

(Fragmentos do diário de campo em 07/06/14 – Zene, 74 anos).

A religiosidade também se apresenta na preservação da única manifestação cultural local, a Festa de Nossa Senhora da Conceição, realizada no sábado mais próximo ao dia 08 de dezembro. A tradicional festa sagrada atrai moradores de povoados vizinhos e ex-moradores, que participam do leilão de frutas doadas pelos habitantes, sendo a modesta renda geralmente revertida para a paróquia, com a finalidade de pequenos reparos. A este momento se mistura também o profano, com a apresentação de tocadores que alegram com música e canto a mais tradicional manifestação cultural de Pixaim.

Organização do Trabalho:

Na época em que o plantio do arroz era uma grande fonte de renda, o processo de produção era dividido a partir de uma perspectiva de gênero. Ao homem, cabia o preparo do solo e o bater do arroz após a sua colheita. À mulher, cabia plantar e colher. Essas atribuições se diferem por ser também uma relação de poder, caracterizada pelo uso da força do homem em suas atividades.

A pesca foi e continua sendo uma atividade predominantemente masculina. Mas, ainda há participação feminina nesta atividade, principalmente para consumo diário, enquanto ao homem, cabe a venda para sustento familiar. Desta forma, o papel da mulher ainda permanece sendo principalmente o de cuidadora do lar e dos filhos, estando suas atividades de trabalho relacionadas ao contexto familiar, incluindo o abastecimento da casa com água e carvão para o cozimento dos alimentos.

Do mesmo modo como se organizavam famílias de séculos atrás, a estas mulheres também cabem o cuidado da casa, criação e educação dos filhos e manutenção do bem-estar do companheiro. O papel de dependência feminina tem sofrido alteração com a implantação do programa Bolsa Família, pois o dinheiro fica em posse da mulher, que o usa da forma desejada. Essa mudança tem proporcionado a estas mulheres uma certa “independência financeira”, indo de encontro ao papel histórico de submissão da mulher ao homem, ambos quilombolas.

Pixaim: paraíso real ou imaginário?

Vale a pena reforçar que, por trás da imagem de paraíso natural, coberta por dunas de finas areias douradas e rodeadas de sons e paisagens paradisíacos, que em breve olhar reconhecemos ao estar no lugar ou acessar as informações disponibilizadas nos veículos midiáticos que estimulam a imaginação do turista, a comunidade Pixaim possui almas humanas que sofrem a triste e real situação de abandono e descaso do poder público.

O sentimento de amor e de integração ao território, percebida e relatada pelos moradores, se confundem com o sentimento de tristeza pelo descaso do poder público no cumprimento das ações de melhoria da qualidade de vida e de políticas específicas para a comunidade quilombola. O cultivo do arroz inexistente, a pesca mal

sustenta à sobrevivência, a extração legal das áreas não pode ser pensada como um meio sustentável por ser uma Área de Proteção Ambiental. Assim, imagina-se, qual a perspectiva para esta população?

4.5 Coleta de dados: a vivência com a comunidade quilombola

O primeiro contato foi realizado com a enfermeira da ESF Potengy para agendamento de reunião na unidade. No dia marcado, após apresentação da enfermeira e da Agente Comunitária de Saúde (ACS) da comunidade, houve explicação dos objetivos da pesquisa e a solicitação da colaboração das mesmas, que prontamente se dispuseram a auxiliar no que fosse possível.

No momento, constatou-se que o atendimento de saúde à comunidade é realizado por demanda espontânea, sem inclusão deste em grupos vulneráveis e compreensão das suas reais necessidades, evidenciando a dificuldade no acesso a este serviço público. Segundo relatos da enfermeira, há aproximadamente um ano não é realizada coleta para o exame citológico na unidade, por falta de estrutura física, bem como da atenção por parte da gestão pública, comprometendo assim a integralidade na atenção à saúde das mulheres.

Na oportunidade, os prontuários das possíveis participantes do estudo foram consultados para verificação de informações relacionadas ao histórico de saúde/doença das mulheres. Esta atividade foi realizada com dificuldade, pela baixa qualidade dos registros; além de serem poucos, eram quase incompreensíveis, confirmando a dificuldade nas anotações pelos profissionais de saúde e a importância do prontuário como fonte de dados para pesquisas.

A primeira visita à comunidade aconteceu em dezembro de 2013 e foi possibilitada com o apoio da ACS, considerada informante principal deste estudo. O encontro foi marcado pela expectativa da pesquisadora, pelo primeiro contato no campo de pesquisa.

O percurso é privilegiado pela paisagem formada pelo rio São Francisco e os mangues, num cenário de mistério e exotismo. A chegada à comunidade é discreta, sem identificação. Apenas um trilha, construída pelo caminhar arrastado ao longo de décadas, e um conjunto de barcos com motor de popa, sinalizam a um visitante que por ali há povoamento.

No caminho até as casas já é possível observar e anotar informações referentes ao modo de vida dos nativos, como os barcos, para a pesca e transporte, e algumas vacas para pequena produção de leite.

O caminho se faz através de uma duna, em meio a cajueiros, coqueiros e mangueiras, revelando a relação harmoniosa mantida ao longo de décadas de convivência entre o homem e a natureza. No topo da duna já se pode avistar pequenas casas, escondidas por árvores e areia, distantes umas das outras. Esse é um fato que requer atenção, pois o distanciamento entre as habitações pode ser entendido como forma de representação de um comportamento de isolamento, não apenas de uma sociedade alheia à sua cultura, mas também entre os próprios habitantes.

Inicialmente, as visitas foram realizadas casa a casa, para conhecer cada morador e ouvir seus relatos de vida, essencial para o entendimento do contexto cultural a ser vivenciado. Todas as informações relevantes foram registradas no diário de campo, para que os detalhes não fossem esquecidos. Foram vários dias de visitas, sozinha e acompanhada pela ACS, que se enquadram na primeira e segunda fase de observação do método de etnoenfermagem. Do primeiro processo de análise dos dados surgiu a construção do Modo de Vida da comunidade, a partir da visão geral do contexto sócio-cultural que se inserem.

A realização da terceira fase de observação requisitou um período de convivência maior da pesquisadora na comunidade. Já com as 08 participantes do estudo identificadas, o olhar e a escuta se dirigiram para estas mulheres, como forma de compreender a visão *emic* acerca do objeto de estudo abordado. De forma a acompanhar a rotina das mulheres, houve necessidade de dormir em Pixaim, na casa de uma família nativa. A experiência de cozinhar, comer, beber, banhar-se, dormir e acordar naquele lugar foi de uma riqueza indescritível.

Sem pressa e sem preocupação, aflora-se a percepção, abrindo espaço para a convivência, observação e compreensão das visões de mundo, sentimentos e significados do fenômeno em estudo para as mulheres quilombolas. Oliveira (2006) afirma que o conhecimento é obtido através da percepção e do pensamento, sendo a percepção disciplinada pelo olhar e ouvir, e o pensamento exercitado pelo escrever. Desta forma, foi através da percepção que se construíram as bases para a formulação do roteiro de entrevista.

Por meio da observação foi possível construir o roteiro de entrevista, que consistiu de perguntas estruturadas de forma a possibilitar o livre transcorrer dos relatos, no intuito de captar padrões nos discursos, buscando a individualidade e a subjetividade de cada mulher deste estudo.

Nesta terceira fase de observação, ocorreram as entrevistas semi - estruturadas, realizadas individualmente, em horário e local de escolha da mulher. Estas, foram esclarecidas sobre a pesquisa, concordaram em participar e após a assinatura do TCLE, passaram efetivamente a fazer parte do conjunto de participantes do estudo.

As entrevistas ocorreram no território domiciliar das participantes, a maioria nos arredores da casa, outras na sala do domicílio, talvez pelo fato destes espaços gerarem sensação de confiança e segurança às mulheres, para falarem de algo tão pessoal e íntimo. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 45 minutos, gravadas em aparelho telefônico celular e após, salva no computador pessoal, em pasta específica.

A transcrição das entrevistas ocorreu durante a terceira fase de análise dos dados, por meio do software Microsoft Office Word 2007, e apenas na quarta e última fase é que foi possível identificar as categorias de análise. As fases de observação e entrevista transcorreram durante os meses de junho a outubro de 2014, num total de 57 visitas, intensificadas nos meses de setembro e outubro de 2014, período em que se realizaram as entrevistas, necessitando assim de uma convivência maior da pesquisadora na comunidade, atendendo aos critérios fundamentados no referencial metodológico.

4.6 Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se dos métodos qualitativos propostos por Leininger (2002), já detalhados anteriormente. Durante a primeira fase de análise construiu-se o Modo de Vida da comunidade em estudo, e na segunda fase, o roteiro de entrevista, para isto, valeu-se da *Credibilidade*, utilizando as informações dos habitantes dentro do seu contexto ambiental, através da observação e registro no diário de campo. As informações coletadas e analisadas nestas fases

possibilitaram a compreensão da visão *emic*, identificando seus costumes, valores e crenças.

Seguindo a construção do roteiro, procederam-se as entrevistas. A transcrição das entrevistas ocorreu durante a terceira fase de análise dos dados, utilizando-se como método a *Confirmabilidade*, onde após transcritas, as declarações foram lidas para as participantes da pesquisa, como forma de confirmação da fidedignidade da escrita.

Durante a quarta e última fase de análise dos dados, através do *Significado dentro do contexto*, *Saturação* e *Repadronização*, procedeu-se a identificação das categorias analíticas, por meio de um intenso processo de leitura e releitura. Estes métodos de análise possibilitou extrair das falas das participantes os achados que são compreensíveis e significativos para as mulheres, relacionados ao objeto deste estudo, através da repetição das informações por estas mulheres (LEININGER, 2002).

Com a obtenção dos resultados finais desta pesquisa, propõe-se a *Transferibilidade*, que é a capacidade que o estudo apresenta em ser aplicado para outras comunidades semelhantes a partir da análise de suas estruturas e fenômenos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado com a saúde está presente em todas as fases da vida, do nascer ao morrer. Para Ceolin e colaboradores (2011), o que identifica esta prática são as características conferidas pelo contexto social e cultural em que se efetua. Assim como o cuidado se mantém para a proteção da espécie humana, ele também se perpetua pelos conhecimentos populares transmitidos de geração a geração.

Nesse contexto, Silveira e colaboradores (2011) afirmam que as comunidades quilombolas vêm conseguindo resistir aos avanços da globalização, mantendo uma resistência cultural própria na reprodução do seu modo de vida e tradições. No que concerne a estas transmissões, as mulheres quilombolas se destacam pela histórica aproximação com o cuidado à saúde, como algo inerente ao gênero, e também pela manutenção de um saber culturalmente construído e reproduzido para a perpetuação do ser e do cuidar.

Leininger (2002) enfatiza a importância da enfermagem conhecer e estudar as expressões e significados do cuidar, saúde e doença de acordo com a perspectiva cultural holística de cada comunidade, tendo em suas interpretações a base para a construção de uma assistência de forma congruente.

As várias mudanças conceituais, ocasionadas pelo processo histórico e cultural, levaram a uma ampliação da definição de saúde, sendo atualmente entendida como um completo bem-estar físico, mental e social, com ênfase nas questões relacionadas à qualidade de vida, e não apenas a ausência de doenças, considerando as variáveis culturais que interferem no modo como determinados grupos percebem-na.

A individualidade confere à saúde uma subjetividade peculiar, com significados relativos ao modo de vida, valores e crenças. As características culturais de uma comunidade quilombola influem na forma como sua população interpreta e vivencia este fenômeno. Ceolin e colaboradores (2011) afirmam que esses significados dependem também do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido.

Leininger (2002) também apresenta sua definição para saúde, referindo-se a uma condição de bem-estar que é definida, valorizada e praticada de forma cultural.

Refletindo assim, a capacidade individual ou do grupo em desempenhar as suas atividades diárias de modo culturalmente expressos.

Backes e colaboradores (2009) afirmam que a OMS e o MS trazem a saúde como resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, lazer e liberdade, mas principalmente do acesso aos serviços de saúde. Desta forma, percebe-se que devido às precárias condições sociais a que são submetidas, estas mulheres construíram ao longo das décadas, um modo de ser e pensar que se configura como uma barreira cultural e de saúde frente às desigualdades e iniquidades sofridas.

Diante das dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde, do baixo nível educacional e das desigualdades sociais a que se expõem, essas quilombolas relacionam suas concepções sobre saúde ao seu modo de vida, apontando a importância desse bem-estar na manutenção de suas atividades diárias.

A análise feita sobre essas concepções, baseadas na Teoria do Cuidado Transcultural, possibilitou o desdobrar de duas categorias analíticas: *Universalidades*, caracterizadas pelas próprias concepções das mulheres sobre saúde e doença e, *Diversidades*, expressando as práticas culturais no contexto saúde/doença. Utilizou-se os termos criados por Leininger para diferenciar as características comuns e diferentes observadas na comunidade estudada, construindo assim as categorias de análise baseando-se no referencial teórico utilizado.

Dentre as concepções que configuram as Universalidades do fenômeno em estudo, a análise das falas possibilitou a identificação de subcategorias que representam a significância da saúde/doença para estas mulheres, expressas pelo Trabalho, Alimentação, Moradia e Meio Ambiente.

Enquanto Diversidades, apresenta-se nessa categoria as práticas populares que se configuram como as ações desenvolvidas e conhecimentos repassados entre as mulheres, como forma de manter a saúde e prevenir/curar doenças, são os Resguardos, Uso de Plantas Medicinais e Crenças Populares.

Por fim, contribui-se ainda com a interface entre as práticas populares e as profissionais, representada como o Cuidado de Enfermagem Culturalmente Congruente. Propôs-se aqui as intervenções de enfermagem, de forma a considerar as concepções sobre saúde/doença, respeitando o espaço em que ocorrem as

práticas populares e constituindo para um cuidar que esteja alinhado ao padrão popular da comunidade em estudo. Desta forma, apresenta-se a descrição das categorias e subcategorias identificadas.

5.1 Universalidades: concepções sobre saúde/doença

Foi possível identificar que as concepções destas mulheres quilombolas sobre saúde e doença apresentam singularidade aos conceitos padronizados, como o da OMS e o MS. Mas, também observa-se que, apesar das semelhanças, estas concepções estão envoltas por crenças e costumes populares.

Nesse sentido, a análise possibilitou agrupar as falas em subcategorias que relacionam o conceito padronizado de saúde à visão de mundo destas mulheres, considerando a influência dos aspectos culturais e da diversidade que constituem seus modos de vida. Desta forma, apresenta-se a seguir as subcategorias identificadas.

Trabalho

Enquanto subcategoria analítica, o trabalho apresenta relevante significância para a saúde e doença destas mulheres, estando sua importância relacionada à disposição para realização de suas atividades diárias. Estando o trabalho inserido como um dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), assemelha-se a esta concepção a definição de saúde enquanto estado de bem-estar e valor social.

“Quando eu estou com saúde, trabalho, cuido dos filhos [...] faço as minhas coisas, cuido dentro de casa, carrego a minha lenha, pesco”.

“[...] tendo saúde para trabalhar, para andar, faz qualquer coisa.”
(Nehanda, 67 anos).

As condições de trabalho também são apontadas como algo significativo para o processo saúde e doença. A pesca e os afazeres domésticos, atividades laborais relatadas pelas mulheres, exigem um desgaste físico contínuo, com exposição a alguns agravantes naturais que propiciam o surgimento de algumas doenças. De acordo com Geib (2012), os trabalhadores que realizam atividades manuais estão

mais expostos a danos físicos e químicos quando comparados a administradores e profissionais liberais.

“[...] enfrentava as carreiras de tirar carvão, entrava nas lagoas meio-dia em ponto com as águas quente no corpo todo, aí ela não se cuidou, ficou menstruando, menstruando e aquilo se gerou e matou [...] tomou conta do corpo e ficou só o couro e os ossos” (Nehanda, 67 anos).

A ideia de que as variações de temperatura, sofrida pela exposição ocasionada pelo trabalho, acarretam doenças, é baseada na teoria humoral do quente e frio, considerando que os desarranjos de saúde são resultados do efeito do calor ou do frio no corpo. Embora muitas vezes o imaginário não corresponda à temperatura real, sendo mais referências simbólicas culturais (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

“Mandava ela se cuidar [referindo-se a uma quilombola que morreu pelo CCU], e ela dizia: quando acabar a safra! Quando acabou a safra, ela se acabou também! Ela colheu a safra, comprou uma casa pra família e ela foi pra debaixo do chão!” (Nyota, 56 anos).

“[...] mas também ela trabalhava, ela pescava, tirava carvão, nunca tomou conselho! Aí quando ela ficou menstruada direto é que ela procurou o médico, aí já foi tarde.” (Nehanda, 67 anos).

Para Geib (2012), as desigualdades sociais relacionadas ao trabalho e ao gênero, interferem no contexto de vida das mulheres, principalmente as pertencentes à classe média. Essas desigualdades e seus efeitos psicossociais são influenciados pelas condições sociais, econômicas, culturais e ambientais, que constituem um dos principais determinantes pelos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos ou grupos.

Desta forma, além de constituir um determinante da saúde/doença, o trabalho também se configura como fonte de renda e meio de interação social, justificando assim a importância desta subcategoria no fenômeno em estudo. De acordo com suas concepções, ele influi diretamente na doença e saúde, predispondo ao surgimento de agravos e configurando um estado de bem-estar que facilita seu desenvolvimento.

Referente ao modelo teórico Sunrise (LEININGER, 2002), constata-se que o trabalho relaciona-se aos fatores econômicos, educacionais, ao modo de vida e valores culturais, contidos em seu primeiro nível. Desta forma, o trabalho consegue

influenciar na visão de mundo destas mulheres por fazer parte da dimensão da estrutura cultural e social dos seus modos de vida.

Alimentação

A alimentação, como constituinte do modo de vida, também foi relatada como fator influente no processo saúde/doença, estando em consonância com os DSS. Porém, a relação que se constitui entre este e a manutenção da saúde ocorre pelas restrições alimentares em períodos específicos, principalmente no resguardo menstrual e puerperal, sendo indiferente o consumo de alguns alimentos fora destes momentos.

Os hábitos alimentares das mulheres quilombolas de Pixaim constituem-se basicamente da ingesta de mariscos (camarão, caranguejo e siri) e peixes, farinha de mandioca, massa de cuscuz, raízes (macaxeira), arroz, feijão e algumas frutas e verduras. A pouca diversidade dos alimentos se deve às baixas condições sócio-econômicas e a inexistência de estruturas ideais para o armazenamento de frutas e verduras.

“Eu só sei dizer que ela morreu dessa doença, do câncer no útero, que foi desse abacaxi. Acho que ela tava de resguardo, tinha tido menino [...] abacaxi é um veneno” (Nyota, 56 anos).

“Se a pessoa tá menstruada, não come tudo o que topa, não pode comer caranguejo, marisco, camarão do mar. Não é sempre que pode comer, nem tudo a pessoa come [...] só não pode no resguardo e quando tá menstruada, depois pode. Nesse período não pode porque a pessoa tá de corpo aberto [...] acho que pior é essas coisas de comida [...]” (Nehanda, 67 anos).

As falas reforçam que o padrão alimentar também é influenciado pelos aspectos culturais, restringindo principalmente a alimentação das mulheres em períodos de resguardo menstrual e puerperal. Além de serem fonte de nutrição, os alimentos possuem valor representativo, com simbologia social, religiosa e econômica que permite identificar os aspectos significativos de uma determinada cultura (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

O tipo de alimentação também surge como causa para as doenças quando comparada ao padrão alimentar em tempos idos. Há menção ao uso de produtos

químicos que são confirmadas fontes de agravos à saúde de forma crônica ou aguda (BRITO; GOMIDE; CÂMARA, 2009).

“Essas comidas, elas tem muita coisa, cheia de muita ração, de muito adubo, tá trazendo muitas coisas, muitos problemas, você repare... a saúde do povo passado, não tinha isso não, não tinha essas comidas assim, essas galinhas de granja, cheia de adubo, cheia de ração, tá dessa geração agora pra frente [...]” (Saada, 48 anos).

Desta forma é possível compreender a relação descrita pelas mulheres entre a saúde/doença e alimentação. Geib (2012) reforça que esta relação é determinada pelo acesso e qualidade da alimentação, que também dependem dos fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, estando em consonância com os determinantes sociais da saúde.

A alimentação também pode ser entendida como um componente pertencente ao primeiro nível do modelo Sunrise (LEININGER, 2002), relacionando-se aos fatores econômicos, aos valores culturais e ao modo de vida da comunidade em estudo. Assim, deve-se considerar que o padrão alimentar e as crenças que o envolvem, sofre influencia dos aspectos culturais e influenciam nas concepções destas mulheres sobre a saúde e doença.

Habitação e Meio Ambiente

As precárias condições de habitação foram apontadas como impactantes no processo saúde/doença. Os materiais utilizados na construção das casas interferem na sensação de conforto e bem-estar, além de propiciar o acúmulo de substâncias alérgicas. A falta de serviços básicos, como água e energia elétrica, influem no padrão alimentar, dificultando a manutenção dos alimentos.

“[...] olha os móveis como tá de poeira... o quarto não é cimentado, isso levanta poeira, quando eu entro pra dentro do quarto já começo a espirrar” (Saada, 48 anos).

“Não tem como comer essas comidas que passam ai, esse negócio de legumes, quem mora por aqui não vai comer essas coisas porque não tem nem condições, tem nem geladeira para esses negócios”(Nyota, 56 anos).

A habitação e saneamento constituem de forma integral a saúde, refletindo o desenvolvimento social e integrando as estratégias de redução da pobreza (GEIB, 2012). Assim, as iniquidades no acesso aos serviços de água e saneamento contribuem para a consolidação destes quesitos como importantes determinantes das desigualdades em saúde.

O meio ambiente também se configura como impactante neste fenômeno, sendo indicado como algo prejudicial e também benéfico, a depender da perspectiva. Pela tranquilidade observada em Pixaim, foi considerado benéfico por ser um lugar calmo, longe do estresse facilmente encontrado nas cidades, sendo o estresse ambiental apontado por estudiosos como origem de algumas doenças crônicas e mesmo agudas (LOURES, et al, 2002).

A relação apresentada entre o meio ambiente e a doença emerge na crença popular em acreditar que a água salgada do mar causa problemas à saúde, principalmente durante a menstruação e puerpério.

“Esse lugar é um lugar sadio, pra mim é!” (Nyota, 56 anos)

“a gente não se dá com a água salgada não... a gente trabalhava de plantar arroz [...] a sementeira cheia de água salgada... se tivesse menstruada, pode confiar que no outro mês menstruava duas vezes!” (Saada, 48 anos).

As subcategorias identificadas apresentam conformidade ao Modelo Sunrise (LEININGER, 2002), constituindo aspectos da estrutura social que influenciam na visão de mundo destas mulheres. Estes componentes identificados também refletem sobre os sistemas populares e profissionais, direcionando o cuidar de enfermagem culturalmente congruente.

A Universalidade, que envolve as concepções das mulheres quilombolas sobre a saúde e doença, apresenta singularidades aos conceitos padronizados, mas também é envolto por crenças, saberes e práticas que se tornam reais no imaginário popular. O modo de vida, que configura suas visões de mundo, apresenta estreita relação com o contexto cultural em que se inserem e com as desigualdades e iniquidades sociais a que se expõem.

5.2 Diversidades: práticas populares no contexto saúde/doença.

Constatou-se que na comunidade de Pixaim as ações desenvolvidas para preservação da saúde e prevenção e/ou cura de doenças são primariamente envoltas por práticas populares, transmitidas pelas mulheres e caracterizadas principalmente pelos cuidados genéricos.

Outro conceito que se faz importante destacar é o de cuidados profissionais, que diz respeito ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional na saúde, doença, bem-estar, com conhecimentos relativos e competências de práticas que prevalecem nas instituições profissionais, habitualmente com pessoal multidisciplinar para servir aos clientes (LEININGER, 2002).

Nesse sentido, compreende-se que as desigualdades e iniquidades sociais afetam o acesso aos serviços de saúde, assim estas mulheres assumem a responsabilidade e se tornam protagonistas na preservação e perpetuação de um cuidar popular à sua saúde, da sua família e do grupo onde se inserem.

A compreensão da visão *emic* acerca das práticas populares no contexto saúde/doença possibilitou identificar quais aspectos culturais permeiam estas ações. Desta forma, os resguardos, o uso de plantas medicinais e as crenças religiosas se configuram enquanto diversidade destas práticas de cuidado à saúde.

Resguardos

Foi possível identificar que o termo *resguardo* é utilizado para caracterizar o período puerperal e também o menstrual. São momentos importantes por necessitarem de cuidados e restrições, pois estas mulheres acreditam que o sangramento uterino deste período predispõe ao surgimento de alguns problemas de saúde, inclusive ginecológicos.

Esta fase fisiológica se mistura às manifestações de crenças e tabus, baseadas em interpretações e significados de origem natural, sobrenatural e social, fundamentando-se principalmente nos possíveis riscos para a mulher (NAKANO, et al, 2003).

Enfatiza-se aqui os conhecimentos populares em período de resguardos, devido à sua relação com agravos à saúde, tendo no descumprimento destas

práticas as principais causas para seu desenvolvimento. Neste contexto, a importância concebida às restrições e cuidados durante estas fases se configura como imperativa, por ser considerada a primeira forma de prevenção de doenças.

Estes conhecimentos populares são repassados entre as mulheres como forma de manutenção do cuidar genérico. Tais orientações se referem aos cuidados e restrições em período de resguardos e se aplicam ao trabalho, à alimentação e às práticas sexuais.

“A doença do colo do útero vem de [...] pessoas que não guardam o resguardo das menstruações, comem tudo, mulher que nem fica boa da sua regra e vai ter relações sexuais com homem, que é mais ou menos seis dias de ficar boa” (Dalila, 44 anos).

Entre as participantes, muitas atribuem a causa de problemas ginecológicos ao processo inflamatório estimulado pela água salgada do mar, comidas consideradas prejudiciais, atividades físicas e variações de temperatura em decorrência da realização de práticas cotidianas, principalmente nos momentos em que o corpo apresenta uma predisposição à inflamação, ou seja, no período puerperal e menstrual.

“Ela comia tudo, não tinha resguardo de boca, não tinha resguardo de trabalho, era dentro das carreiras quentes tirando carvão, o calor é demais, a poeira é preta, ofende. Só não pode no resguardo e quando tá menstruada [...] porque tá de corpo aberto [...] pior é essas coisas de comida e de pegar peso” (Nehanda, 67 anos).

Desta forma, a concepção das mulheres é que a prevenção de algumas doenças está ligada ao cumprimento das restrições e cuidados que integram o resguardo puerperal e menstrual. Assim, as práticas populares que permeiam a prevenção de agravos à saúde se apresentam como diversidade, configuradas pelo cuidado genérico, que se expressam pelas tradições e crenças embutidas no resguardo menstrual e no puerperal.

Dentre os cuidados e restrições que devem ser seguidos pelas mulheres nos períodos de resguardo, destacam-se aqueles relacionados com a alimentação. Mesmo sem saber informar ou entender a razão para tais ações, as mulheres continuam a realizar e a repassar estas orientações para a perpetuação deste cuidado genérico. Todas as práticas e conhecimentos populares que não são

justificáveis por meio da ciência, adquirem um significado cultural (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Estas práticas são intensificadas pela falta de orientação dos profissionais de saúde durante as consultas às mulheres acerca das ações para seu bem-estar (ACOSTA, 2012). Desta forma, o cuidado genérico (*emic*) se sobrepõe ao cuidado profissional (*etic*), como forma de representação da manutenção do padrão cultural desta comunidade quilombola frente aos avanços da globalização.

Uso de plantas medicinais

Na antiguidade, a medicina pouco se importava com os problemas femininos que não estivessem relacionados à reprodução. Desta forma, as mulheres se valiam dos conhecimentos populares, passados por seus ancestrais como curas informais, por meio de plantas e ervas encontradas na natureza (LANINI, et al, 2009).

Mesmo tendo se passado vários anos, o uso de plantas medicinais com intuito curativo ou preventivo ainda vem sendo amplamente utilizado pelas mulheres, principalmente as que possuem baixo nível socioeconômico, devido principalmente às dificuldades no acesso aos serviços de saúde e por fornecer respostas efetivas.

Considerando o poder benéfico das plantas medicinais, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006) foi elaborada para inserir as terapias alternativas e práticas populares (incluindo a fitoterapia) no SUS, de forma regular, visto seus efeitos potencialmente tóxicos, a depender de sua utilização (LANINI, et al, 2009). Porém, o que se observa é a não implementação desta política e o uso inadvertido das mais variadas plantas, sendo a forma de utilização e a concentração, regulada por meio do saber popular.

Em Pixaim, as plantas medicinais são utilizadas pelas mulheres como forma de prevenção ou tratamento dos processos inflamatórios, originados em grande parte pelo descumprimento dos resguardos, nas concepções das mulheres do estudo. De acordo com Maciel (2002), essa é uma característica partilhada por diversas comunidades e grupos étnicos do país, principalmente as localizadas em regiões pobres.

A referência à utilização de chá, banhos e misturadas feitos a partir de ervas e plantas cultivadas em seus quintais ou nas proximidades de suas casas, também se constitui como cuidado genérico, perpetuado como conhecimento popular.

“Sempre gosto de me lavar com aroeira, assim quando eu menstruava e ficava boa, mas assim, a parte da coceira e de corrimento, eu também gosto de tomar chás assim de aroeira, barbatimão, de cajueiro” (Saada, 48 anos).

Algumas plantas utilizadas pelas mulheres possuem comprovado poder no tratamento de problemas ginecológicos, como a aroeira - *Astronium urundeuva* (MORAIS, 2005) e o barbatimão - *Stryphnodendron adstringens* (VILAR, et al, 2010). Porém, outras ainda necessitam de maiores estudos, é o caso da - *Aloe vera*, que possui ação cicatrizante, antibacteriana, antifúngica e antivirótica, mas com severos efeitos tóxicos (MORAIS, 2005), e da casca do cajueiro vermelho.

“A babosa a gente faz ela com vinho branco [...] próprio pra remédio, e o mel [...] passa no liquidificador e bebe [...] pra toda inflamação que você tiver [...] é bom até pra o câncer” (Saada, 48 anos).

A facilidade no acesso às plantas medicinais e o conhecimento popular amplamente difundido entre as comunidades fazem com que seu uso permeie a linha entre o benéfico e o maléfico. Estudos indicam que sob apresentação e concentração inadequada, alguns efeitos tóxicos podem ser observados (MACIEL, 2002; MORAIS, et al, 2005). O exemplo da babosa, onde mulheres afirmam sobre seu uso por via oral, porém, Silveira (2008) confirma a inadequação desta via para o consumo desta planta, por sua ação nefrotóxica.

Desta forma, se faz necessário a aproximação dos profissionais de saúde esclarecidos para lidarem com tais aspectos culturais no sentido de equilibrar e reforçar esta prática popular em acordo com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006), apoiando os cuidados genéricos num contexto profissional e científico.

Crenças religiosas

As mulheres, em grande parte, atribuem a causa de problemas à saúde, e principalmente problemas ginecológicos, à inflamação originada pelo descumprimento das restrições durante os resguardos. Quando se estabelece o processo patológico, muitas são as práticas populares destas mulheres, inclusive o apego a suas crenças religiosas.

A religião e a religiosidade exercem grande importância para as pessoas, ajudando-as a encontrar coerência e significado em suas vidas, principalmente para aquelas que sofrem ou estão doentes, sendo cada vez mais apontadas enquanto benéficas para a saúde pública (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008).

Identifica-se a influência e a eficácia destas crenças nas falas referentes à prevenção e ao tratamento de doenças, em detrimento ao sistema de saúde convencional. Estudos apontam para a valorização destas crenças pelos profissionais de saúde, no sentido de que haja uma parceria entre os conhecimentos científicos e as crenças populares e religiosas.

“Eu benzo a água e, fazendo a novena, eu sei que fui curada [...] se fosse pelo SUS eu ainda tava sentindo umas cólicas fortes [...] porque foi a minha fé e foi Deus que entrou em mim e curou todo aquele sintoma que eu tava” (Dalila, 44 anos).

As participantes se declararam católicas, porém o sincretismo religioso é algo presente em diversas falas. Apesar da histórica repressão do Estado às religiões de matrizes africanas, o que se pode observar é que a crença sempre esteve presente, mesmo que oprimida e revelada de forma tímida e sigilosa (PUTTINI, 2008). A fé, direcionada pela religiosidade, sofre influência de religiões e interfere nas ações de saúde, como motivadora do cuidado à saúde.

“Eu não fui logo no médico, fui numa mesa branca [...] desceu um irmão que foi parteiro no tempo de vivo [...] e me falou que ia precisar de cirurgia (Mioma) o mais rápido que pudesse, mas eu não precisava me assustar, porque não era nada grave e que ele ia tá do meu lado até o dia da minha cirurgia” (Zene, 74 anos).

A crença de que a doença é um processo relacionado ao pecado e ao destino também interfere de forma significativa nos cuidados preventivos e curativos, pois a crença na normalidade pode levar a um retardo na procura pelos serviços de saúde.

“Mas todos nós que temos a vida, temos a doença também, porque nós não somos santos, temos que adoecer [...] essa doença (CCU), a gente não sabe como nasceu nem como vai se acabar, se eu nasci para morrer dela, vou fazer o quê?” (Nyota, 56 anos).

“Só morre no lugar que Deus marca” (Nehanda, 67 anos).

É no conhecimento popular que se perpetua a cura através das plantas frente à medicina tradicional, e os cuidados genéricos sobrepostos ao cuidado profissional.

Desta forma, afirma-se que as mulheres possuem um modo peculiar de realizar os cuidados à saúde, envolto por saberes e práticas populares que permeiam a diversidade desta comunidade.

Assim, vários são os motivos que acentuam a necessidade dos profissionais de saúde se inserirem no meio relacional dessas mulheres a fim de conhecer o real sentido das crenças e ações culturais na manutenção da saúde e prevenção/cura de doenças, discutindo as condutas potencialmente danosas e afirmando as ações positivas.

5.3 Cuidado de Enfermagem Culturalmente Congruente: interface entre o saber popular e o profissional.

Dentre tantas definições propostas ao cuidar, a de Collière (1999) se adéqua mais a proposta deste estudo, pois o descreve como um ato individual, quando prestados a própria pessoa, e um ato de reciprocidade, quando prestados a outros, como forma de perpetuação do ciclo vital, de forma temporária ou definitiva.

Os aspectos populares permeiam os significados do processo saúde e doença para estas mulheres, no tempo em que se distanciam das práticas assistenciais direcionadas pelo modelo biomédico, incoerente ao modo de vida da comunidade.

A Transculturalidade do Cuidado, proposta por Madeleine Leininger (2002), propõe a aproximação do profissional de enfermagem ao contexto social da comunidade a qual presta assistência à saúde, como forma de conhecer seu modo de vida e assim, prestar um cuidado coerente, culturalmente congruente.

Ao compreender que o significado deste processo se relaciona ao modo de vida da comunidade, torna-se imperativa a aproximação do cuidado profissional ao cuidado genérico, como forma de preservação dos aspectos culturais e crenças, porém com transmissão e esclarecimento dos conhecimentos científicos, num ajuste e negociação deste cuidado.

Considerando que Leininger (2002) propõe a manutenção, negociação e reestruturação do cuidado cultural como forma de intervenção das enfermeiras no contexto da população em estudo, levanta-se aspectos relacionados a cada

componente teórico anteriormente detalhado no capítulo sobre o referencial teórico-metodológico.

Na preservação do cuidado cultural é importante considerar e valorizar as crenças religiosas, os cuidados em períodos de resguardos, os valores culturais e o modo de vida, pois significam as práticas populares desenvolvidas como forma de cuidado da saúde e doença. Se faz necessário também, preservar as tradições em sua cultura.

Neste ponto, as enfermeiras podem estimular a compreensão destas práticas para preservação da identidade cultural e manutenção das ações do sistema popular. Isto deve acontecer por entender que as práticas populares se apresentam como mecanismos de enfrentamento apreendidos de como conviver com a saúde e doença diante das iniquidades sociais.

Em relação à acomodação ou negociação do cuidado cultural, embora as mulheres apresentem mecanismos para lidarem com a doença, é importante as enfermeiras negociarem alguns aspectos, como suas crenças alimentares. Assim, é necessário apresentar informações que mostrem o real poder dos nutrientes, com suas propriedades inflamatórias ou não.

Esta negociação se faz no sentido de aumentar a utilização dos produtos pescados e produzidos na comunidade, visando seu melhor aproveitamento, já que são encontrados com facilidade e compõe um padrão alimentar com limitadas opções, devido à baixa renda.

Quanto à repadronização do cuidado cultural, propõe-se a revisão do uso de plantas medicinais no tratamento e prevenção de doenças. As enfermeiras devem aproximar-se no sentido de readequar as informações sobre a utilização adequada de determinadas plantas, informando sobre o potencial danoso a partir do seu uso inapropriado.

Assim, respeita-se a utilização destas plantas, porém de forma a não causar prejuízos à saúde, repadronizando essa prática popular. O enfermeiro deve articular o cuidado mediante a identificação do cuidado popular e do cuidado profissional.

Ao abordar o cuidado culturalmente congruente, Leininger (2002) afirma que *as enfermeiras não podem separar o enquadramento social e as crenças populares da saúde, doença e do cuidar, pois estão intimamente ligadas*. Desta forma, os cuidados profissionais devem se aproximar dos populares, não numa sobreposição, mas de forma complementar, mantendo os aspectos culturais desta diversidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se chegar às considerações finais, foi necessário um longo percurso de caminhadas em um universo distinto e peculiar. A imersão na comunidade quilombola em estudo possibilitou um novo olhar às concepções sobre o cuidado com a saúde e doença, um cuidar que não é repassado em meio acadêmico, que está envolto por crenças e conhecimentos populares, repassados por entre as mulheres como forma de perpetuação deste cuidar e de sua cultura.

Desta forma, fica clara a pertinência da escolha do referencial teórico e metodológico como forma de apreensão do objeto deste estudo, considerando a necessidade de aprofundamento no cotidiano da comunidade e a subjetividade que permeia seus modos de vida e o cuidar. Assim, ao se objetivar a análise das concepções de mulheres quilombolas sobre saúde e doença a base teórica construída possibilitou o fortalecimento dos alicerces para o caminhar pelo saber empírico, evitando os vieses originados pelo olhar de um pesquisador deslumbrado.

A Teoria do Cuidado Transcultural subsidiou uma análise livre de pré-julgamentos e de sobreposição do conhecimento e práticas científicas em detrimento do saber popular. Contudo, constata-se o distanciamento entre o Sistema Popular e o Sistema Profissional de cuidar, bem como a pouca representatividade da enfermagem enquanto peça fundamental para a congruência do cuidado.

A imersão no contexto cultural possibilitou a identificação das práticas culturais como principais formas de cuidado na saúde e doença destas mulheres. A Diversidade, representada pelo uso de plantas medicinais, as tradições que permeiam os resguardos e as crenças religiosas, afirmam um modo de vida peculiar e ressalta os valores dos cuidados populares para estas mulheres.

Quanto às Universalidades, constata-se que apesar de haver uma Unidade de Saúde responsável pelos cuidados a estas mulheres a partir dos Sistemas Profissionais de Cuidado, estes não estão aptos a oferecerem uma assistência em congruência com seu modo de vida. Assim, os cuidados à saúde e doença são envoltos por padrões culturais e, apesar de apresentar semelhanças ao que se padroniza de forma universal, também possui peculiaridades que devem ser trabalhadas pelos enfermeiros, no sentido de prestar uma assistência em congruência ao seu modo de vida.

As mulheres da comunidade percebem que houve aumento das doenças crônicas, a exemplo do câncer cérvico-uterino, e desta forma, precisam buscar outro modo de cuidado à saúde, não como substituto daquele que utilizam e acreditam que traz a cura, mas de forma complementar. Referente a esse aspecto cultural do cuidado, Leininger (2002) defende na coerência do cuidar, um equilíbrio entre o cultural e o científico, o que não se observou na comunidade em estudo.

O objetivo de analisar as concepções de mulheres quilombolas sobre a saúde e doença, atende a uma necessidade mais ampla, a de oferecer subsídios científicos para a oferta de cuidados, principalmente de enfermagem, culturalmente coerentes aos seus modos de vida.

O caminho metodológico percorrido para alcançar este micro e macro objetivo, perpassou por todo o Modelo Sunrise, cada nível possibilitou o levantamento de dados fundamentais para a construção deste estudo. Assim, a associação entre o referencial teórico e as concepções analisadas, apresenta relação harmoniosa ao propor intervenções de enfermagem culturalmente congruentes.

No contexto histórico e cultural dessas mulheres, suas concepções sobre doença também se relacionam ao seu modo de vida. Porém, quando referente à saúde, percebe-se que essa relação se constrói no sentido de manter suas rotinas diárias, estando na saúde a importância de prover meios ideais para isto. Quanto à doença, afirma-se que as mulheres concebem o modo de vida como causador de alguns males.

Acredita-se na capacidade deste estudo em contribuir para a construção de uma nova visão de mundo dos profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, no sentido de proporcionar uma assistência que esteja em consonância ao modo de vida da comunidade.

Almeja-se que o cuidar não esteja delimitado por barreiras culturais, mas sim unidos pelas diversidades e universalidades que são capazes de efetivamente constituírem as bases para um cuidado que cause reflexos na assistência à saúde e doença destas mulheres.

Aos que tem interesses na comunidade, empreendedores do turismo, políticos e administradores desta área de proteção, cabem uma maior integração com os habitantes para que se chegue ao consenso quanto a implementação de políticas públicas que ofereçam o que é direito do cidadão, e em particular do

quilombola, tendo o Estado o dever legal para oferecer o amparo para a sustentabilidade, preservação e manutenção autônoma de Pixaim.

A partir da análise das categorias identificadas e voltando-se para o problema de pesquisa e o pressuposto levantado, é possível afirmar que os aspectos culturais e as condições de vida interferem nas concepções das mulheres quilombolas acerca dos cuidados realizados para preservar a saúde e tratar/curar doenças, configurados pelo modo de vida culturalmente estabelecido e que reflete a visão de mundo apoiada nos valores, crenças e tradições destas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D.F. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.46, n.6, 2012.
- ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- ALMEIDA, A. W. B. **Terras de Preto, terras de santo, terras de índio: uso comum e conflito**. Belém: NAEA/UFPA, 1989.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis** Rio de Janeiro, Jan/Apr; v.17 n.1, 2007.
- BACKES, M. T. S.; et al. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da História sob o olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, jan/mar; v.1, n.17, 2009.
- BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. Em busca de Equidade no Sistema Único de Saúde. In: **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de saúde, 2005.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, p.51-86, 2007.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n. 4, 2014.
- BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2013.
- BRAGA, C. G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. Esc. Enf. USP**, v., n.3, p.498-516, dez. 1997.
- BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**. Petrópolis: ABPN, 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª Ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)**. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Plano Operativo. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Perfil das comunidades quilombolas: Alcântara, Ivaporunduva e Kalunga**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA**, 2014. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundia/quilombolas>. Acesso em: 24 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006. Aprova a **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** e dá outras providências. DOU. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de junho 2006.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Perfil das comunidades quilombolas: Alcântara, Ivaporunduva e Kalunga**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, P. F.; GOMIDE, M.; CÂMARA, V. M. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. **Physis**, v. 19, n. 1, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, v.11, n. 1, 105-115, 2002.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. **Nomes africanos e seus significados**. Disponível em: http://www.casadeculturadamulhernegra.org.br/rn_africa03.htm. Acesso dia 15 de outubro de 2014.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 2, 2013.

CEOLIN, T. et al. Plantas Medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.47-54, 2011.

CHIAVEGATTO, A. D. P. F.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cad Saúde Pública**. n.29, p.1572-82, 2013.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 101-113, 2003.

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

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, 2009.

DIAS, I. C. C.; et al. Câncer de colo do útero, genotipagem do papiloma-vírus humano (HPV) em mulheres quilombolas de um município brasileiro: aceitabilidade da vacina. **Cad. Pes.**, São Luís, v. 21, 2014.

FREITAS, D. A.; et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Rev. CEFAC**. v.4, n.15, p.941-946, 2013.

FREITAS, D. A.; et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**. v.5, n.13, p. 937-943, 2011.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 123-133, 2012.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, Jan, 2002.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde**, v. 1, n. 2, 2006.

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

LANGDON, E. J.; WILK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, mai-jun, 2010.

LANINI, L.; et al. "O que vêm da terra não faz mal" - relatos de problemas relacionados ao uso de plantas medicinais por raizeiros de Diadema/SP. **Rev. bras. farmacogn.** João Pessoa, v.19 n.1, Jan./Mar, 2009.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. **Rev Saúde Pública**. v.1, n.39, p.100-7, 2005.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

LEININGER, M. **Culture Care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. **Qualitative research methods in nursing**. New York: Grune & Stratton, 1995.

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories and practice**. Columbus: McGraw-Hill College Custom Series, 2002.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos Estudos**. São Paulo: Cebrap, n. 87, jul. 2010.

LOURES, D. L.; ANNA, I. S.; BALDOTTO, C. S. R.; SOUSA, E. B.; NÓBREGA, A. C. L. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol**. v.78, n.5, São Paulo, 2002.

MACIEL, M. A. M. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinar. **Quim. Nova**, v. 25, n. 3, p. 429-438, 2002.

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

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. [Coleção História e Saúde]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

MARTINS, C. E. O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas. **Revista Katálisis**, v.10, n.1, 2007.

MORAIS, S. M.; et al. Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. **Rev. bras. farmacogn.** João Pessoa, v.15, n.2, Apr./June, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

_____. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. III Seminário Nacional de Relações Raciais e Educação. Rio de Janeiro: Penesb, 2003.

NAKANO, A. M. S.; et al. O cuidado no “resguardo”: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérpera. **Rev Bras Enferm.** Brasília. Distrito Federal, maio/jun; v.56, n.3, 2003.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.1, n.14, p.25-32, 1998.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M.T. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n.23, p.73-92, 2013.

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 2004. 238f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 2004.

PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v.12 n.24, Jan./Mar, 2008.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETI, M.G. Etnografia e Etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.1, n.24, p.14-22, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, MIB. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SENNA, D. M.; LIMA, T. F. Saúde da população negra na atenção primária à saúde: a questão da violência. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**. Petrópolis: ABPN, 2012.

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

SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da Enfermagem**. 2008. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2008.

SILVA, L M V; FILHO, N A. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 2, 2009.

SILVEIRA, R. S. S.; et al. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev Bras Enferm. Brasília**, v.3, n.62, p.442-6, 2011.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, 2014.

SOUZAS, R.; et al. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/AIDS e o recorte racial/étnico: revisão bibliográfica 1995-2009. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da População Negra**. Petrópolis: ABPN, 2012.

STEFANELLO, J., NAKANO, A. M. S., GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul Enferm.** v.21, n.2, 2008.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Breve Histórico. **Informe-se em promoção da saúde**. v.5, n.2.p.30-32, 2009.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13 n.4, jul./ago, 2008.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra** – modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed, Editora Lusociência: 2004.

TORRALBA ROSELLÓ, F. **Antropologia do Cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

VILAR, J. B., et al. Cytotoxic and genotoxic investigation on barbatimão [*Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville, 1910] extract. **Braz. J. Pharm. Sci.** São Paulo, v.46 n.4, Oct./Dec, 2010.

ZAMBI, M. M. **As “areias vivas” de Pixaim: a comunidade das dunas da Foz do São Francisco**. 2004. 159f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente: Desenvolvimento Sustentável). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, 2004.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Apêndice A - TCLE Dirigido à mulher quilombola

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. Nº 466/2012 -IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____,

RG: _____, convidada a participar como voluntária do estudo “O autocuidado de mulheres quilombolas na prevenção do Câncer Cérvico-Uterino: um estudo Transcultural de Etnoenfermagem”, recebi da mestrandia Meirielly Kellya Holanda da Silva, sob a orientação da Profª Drª Jovânia Marques de Oliveira e Silva, pesquisadora responsável, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos: Que este projeto é desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas;

- Que o estudo tem como finalidade analisar as concepções de mulheres quilombolas acerca do autocuidado para prevenção do Câncer Cérvico-Uterino;
- Que a coleta de dados será realizada por meio da observação e de entrevistas gravadas por gravador de áudio;
- Que os depoimentos serão integralmente transcritos, sem nenhum tipo de interferência da pesquisadora e as depoentes serão protegidos por codinomes;
- Que durante todo o desenvolvimento da pesquisa estão garantidos os direitos à privacidade, anonimato e sigilo no que se refere às declarações coletadas;
- Que receberei uma cópia deste termo, com números de telefone e email da pesquisadora principal e demais, para que possa a qualquer momento esclarecer dúvidas a respeito do projeto;
- Que minha participação é voluntária, por isso tenho o direito de recusar a participação, assim como a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo;
- Que os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas;
- Que eu participarei das seguintes etapas: Vou ser observada em minhas atividades diárias, e serei entrevistada, onde neste momento as pesquisadoras vão gravar meus comentários em um aparelho chamado MP4. Depois elas vão passar a gravação para o papel e eu vou dizer se coincide ou não com o que eu falei. Se estiver tudo certo, eu autorizo o uso das minhas informações para esta pesquisa;
- Que não se conhece outro meio de obter os mesmos resultados desse estudo que não seja através do que será dito por mim;

- Que autorizo a pesquisadora a fotografar minha imagem e do meu cotidiano, porém, só serão reproduzidas as imagens que eu autorizar após visualização e aprovação das mesmas;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: ao relembrar alguma experiência que passei poderei me emocionar ao rever esses momentos;
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: posso me sentir cansada, bem como me emocionar;
- Que deverei contar com a seguinte assistência: a pesquisadora estará comigo o tempo todo durante a entrevista. Irá me ouvir com paciência e se eu chorar, interromperá a entrevista, respeitará o meu momento e se for necessário marcará outro encontro. Que em caso de necessidade, será garantido indenização, sendo em forma de dinheiro ou tratamento adequado, dependendo da situação estabelecida;
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: contribuir com o cuidado à população quilombola, principalmente nas ações de prevenção do câncer cérvico-uterino. Meu contato será apenas com as pesquisadoras responsáveis, Prof.^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva e Meirielly Kellya Holanda da Silva;
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: após eu ter aceito o convite, as pesquisadoras responsáveis marcarão o dia para a visita domiciliar, que será mais de uma vez conforme a minha escolha e disponibilidade, sendo que a primeira ocorrerá em companhia da ACS da comunidade;
- Que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da pesquisa;
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e à população quilombola;

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na mencionada pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dela participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da participante-voluntária

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Jovânia Marques de Oliveira e Silva.

Domicílio: Rua Industrial Climério Sarmiento, nº 86,

Nº: /Complemento: Edf. Mykonos, Apto 201.

Bairro: Jatiúca /CEP: 5700000 /Cidade: Maceió- Al /Telefone: (82) 99124335

Contato da pesquisadora: Meirielly Kellya Holanda da Silva

Domicílio: Condomínio Ouro Verde, Rua Encanto dos Rochedos, nº 211

Bairro: Santa Luzia /CEP: 57600-000 /Cidade: Penedo- Al /Telefone: (82) 9631-9438

Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (EENFAR/UFAL)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota

Nº: /Complemento: s/n

Bairro: /CEP/Cidade: Cidade Universitária/ CEP: 57072-900 /Maceió

Telefones p/contato: (82) 3214-1154

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: (82) 3214-1041

Mulher quilombola

Meirielly Kellya Holanda da Silva
Mestrado em Enfermagem

Piaçabuçu – AL, _____ de _____ de 2014

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semi - Estruturada

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Escolaridade:	
Data de nascimento: ____/____/____	Profissão:
Estado civil:	Renda mensal:
Naturalidade:	Telefone:
Religião:	Gesta:____ Para:____ Aborto:____

Questões diretivas:

1. O que é saúde para a senhora?
2. O que é doença para a senhora?
3. O que a senhora conhece sobre o câncer do colo do útero?
4. O que a senhora faz para se prevenir do câncer do colo do útero?
5. A senhora já realizou o exame citopatológico (citologia)? Me conte como foi a primeira vez.
6. O que a senhora conhece deste exame?
7. Qual foi a última vez que a senhora realizou este exame? Como foi?
8. Por que a senhora faz este exame? Com qual frequência?
9. A senhora lembra se sua mãe/avó realizava este exame?
10. Diante de algum problema ginecológico, o que a senhora faz? O que sua mãe/avó faziam?
11. A senhora dá alguma orientação para sua filha para que ela se proteja do câncer de colo-uterino? A senhora recebeu alguma orientação da sua mãe/avó? Qual(is)?

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O autocuidado de mulheres quilombolas na prevenção do Câncer Cérvico-Uterino: um estudo Transcultural de Etnoenfermagem.

Pesquisador: MEIRIELLY KELLYA HOLANDA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31072114.6.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 663.592

Data da Relatoria: 14/06/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo consiste em verificar as concepções de mulheres quilombolas acerca do autocuidado para prevenção do câncer cérvico-uterino (CCU). Parte-se do pressuposto que o padrão cultural interfere neste autocuidado, influenciando a frequência da realização de exame preventivo, na forma de tratamento de problemas ginecológicos, nas práticas e na periodicidade das consultas ginecológicas. Seus objetivos são: analisar as concepções de mulheres quilombolas acerca do autocuidado para prevenção do CCU; identificar as concepções de autocuidados para o grupo em estudo; elaborar um Plano de Cuidados para estas quilombolas a partir da Teoria do Cuidado Transcultural e do Modelo Sunrise, de Madeleine Leininger. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, adotando-se como referencial metodológico a Etnoenfermagem, e como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transcultural, ambos idealizados por Madeleine Leininger. Inserem-se como sujeitos deste estudo as mulheres quilombolas integrantes da comunidade do Pixaim, que estejam na faixa etária entre 25 e 60 anos.

Objetivo da Pesquisa:

1) Analisar as concepções de mulheres quilombolas acerca do auto cuidado para prevenção do Câncer Cérvico-Uterino;

Endereço: Campus A - C Simões Cidade Universitária

Bairro: Tabuleiro dos Martins

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

Fax: (82)3214-1700

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 663.592

- 2) Identificar as concepções de autocuidados para o grupo em estudo;
- 3) Elaborar um Plano de Cuidados para estas mulheres quilombolas a partir da Teoria do Cuidado Transcultural e do Modelo Sunrise, de Madeleine Leininger.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e estão declarados de forma adequada no projeto, bem como os benefícios que os seus resultados podem gerar em prol da área de investigação e da comunidade envolvida na investigação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado em suas partes, a metodologia apresenta-se adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão postados e atendem a resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em acordo a resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACEIO, 27 de Maio de 2014

Assinado por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde de Piaçabuçu /AL**AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Ana Paula Dos Santos Salgueiro, secretária municipal de saúde do município de Piaçabuçu – AL, venho através desta, autorizar a mestrandia Meirielly Kellya Holanda da Silva e a Profª Drª Jovânia Marques de Oliveira e Silva, integrantes do Programa Pós – Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, a desenvolver o estudo intitulado **“O autocuidado de mulheres quilombolas na prevenção do Câncer Cérvico-Uterino: um estudo Transcultural de Etnoenfermagem”**, a ser realizado junto às mulheres quilombolas do povoado Pixaim, localizado neste município.

Sem mais para o momento,

Ana Paula dos Santos
Secretária Municipal de Saúde
Portaria 228/2013

Ana Paula dos Santos Salgueiro
Secretária Municipal de Saúde
Portaria 228/2013

Ana Paula dos Santos Salgueiro
Secretária Municipal de Saúde de Piaçabuçu - AL

Piaçabuçu - AL

Abril 2014.

ANEXO C - À Pixaim:

Não me estranha, estando aqui, entender o porquê deles não quererem sair deste lugar.

Aquele que fala em falta de conforto, não sabe o que é sentir a brisa sob a pele, deitada numa esteira, sem preocupação com o depois.

Aquele que fala em falta d'água, não conhece o prazer de se satisfazer em uma nascente límpida e cristalina.

Aquele que fala em falta de luz elétrica, nunca viu o quanto o céu pode ser azul, nunca percebeu a imensidão das estrelas no céu e quantas cores podem ter o nascer e o pôr-do-sol.

Aquele que sente falta da movimentação da cidade, nunca ouviu o cantar dos pássaros, a sinfonia das folhas e do vento, e ao fundo o barulho do mar, com suas ondas a ir e voltar.

Aquele que por fim, fala do sossego do pescador, é por que realmente não sabe o que é sossego, o que é viver apenas para a existência do ser, sem tanto porquê, em ser feliz apenas por estar em um lugar que escolheu para chamar de lar.

Meirielly Holanda
08/09/2014