

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Pâmela Scarlatt Durães Oliveira

**Sentidos atribuídos à prática dos cuidados em saúde de mulheres
quilombolas rurais**

**Montes Claros – Minas Gerais
2023**

Pâmela Scarlatt Durães Oliveira

Sentidos atribuídos à prática dos cuidados em saúde de mulheres quilombolas rurais

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Cristina Andrade Sampaio

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Unimontes

Reitor(a): Prof. Dr. Wagner de Paulo Santiago

Vice-reitor(a): Prof. Ms. Dalton Caldeira Rocha

Pró-reitor(a) de Pesquisa: Prof^a. Dr^a. Maria Das Dores Magalhães Veloso

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof. Dr. Allysson Steve Mota Lacerda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dra. Sara Gonçalves Antunes

Pró-reitor(a) de Pós-graduação: Prof. Dr. Marlon Cristian Toledo Pereira

Coordenadoria de Pós-graduação lato sensu: Prof. Dr. Marcos Flávio Silveira

Vasconcelos D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação stricto sensu: Prof. Dr. Carlos Alexandre Bortolo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Coordenador Adjunto: Prof. Dr. Renato Sobral Monteiro Junior

O48s

Oliveira, Pâmela Scarlatt Durães.

Sentidos atribuídos à prática dos cuidados em saúde de mulheres quilombolas rurais [manuscrito] / Pâmela Scarlatt Durães Oliveira – Montes Claros (MG), 2023.
101 f. : il.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2023.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

Coorientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

1. Mulheres - Saúde e higiene 2. Mulheres do campo. 3. Quilombolas - Usos e costumes. 4. Hábitos de saúde. 5. Cartografia. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Sampaio, Cristina Andrade. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

ALUNO(A): PÂMELA SCARLATT DURÃES OLIVEIRA
TÍTULO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS À PRÁTICA DOS CUIDADOS EM SAÚDE DE MULHERES QUILOMBOLAS RURAIS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

Coorientadora: Prof. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Resultado da análise da defesa pela banca examinadora:

APROVADA **REPROVADA**

Data ____/____/____

BANCA (MEMBROS TITULARES)

ASSINATURAS

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto – Orientador/Presidente-PPGCS/Unimontes

Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio- Coorientadora-PPGCS/Unimontes

Prof(a). Dr(a) Ana Paula Venuto Moura-PPGCS/Unimontes

Prof(a). Dr(a).Aisiane Cedraz Morais- Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. João Nunes- University of York

Prof. Dr. Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda-Ministério da Saúde, apoiador institucional

(MEMBROS SUPLENTE)

ASSINATURAS

Prof(a). Dr(a). Carla Silvana de Oliveira e Silva-PPGCS/Unimontes

Prof. Dr. Leonardo de Paula Miranda-Polícia Técnico Científica de Minas Gerais, Polícia Cível, Brasil.

Prof(a). Dr(a). Patrícia Helena Costa Mendes- Faculdade de Ciências Odontológicas

Prof. Dr. Saulo Daniel Mendes Cunha- Faculdades Unidas do Norte de Minas



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Universidade Estadual de Montes Claros

Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde

Anexo nº FA Tese Pâmela Scarlatt Durães Oliveira/UNIMONTES/PRPG/PPGCS/2023

PROCESSO Nº 2310.01.0002798/2023-79

FOLHA DE APROVAÇÃO

Data da Defesa: 24/02/2023 - webconferência, via plataforma "ZoomMeet"

NOME DO(A) DISCENTE: PÂMELA SCARLATT DURÃES OLIVEIRA

() Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

(x) Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):

"SENTIDOS ATRIBUÍDOS À PRÁTICA DOS CUIDADOS EM SAÚDE DE MULHERES QUILOMBOLAS RURAIS "

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Prog. e Serviços

BANCA (TITULARES)

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto ORIENTADOR (participação à distância por videoconferência)

Prof.ª Dr.ª Cristina Andrade Sampaio COORIENTADOR (participação à distância por videoconferência)

Prof.ª Dr.ª Ana Paula Venuto Moura (participação à distância por videoconferência)

Prof.ª Dr.ª Aisiane Cedraz Morais (participação à distância por videoconferência)

Prof. Dr. João Nunes (participação à distância por videoconferência)

Prof. Dr. Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda (participação à distância por videoconferência)

BANCA (SUPLENTE)Prof.^a Dr.^a Carla Silvana Oliveira e SilvaProf.^a Dr.^a Patrícia Helena Costa Mendes;

Prof. Dr. Saulo Daniel Mendes Cunha

Prof. Dr. Leonardo de Paula Miranda

A análise realizada pelos membros examinadores da presente defesa pública de TCC teve como resultado parecer de:

APROVAÇÃO **REPROVAÇÃO**



Documento assinado eletronicamente por **João Felício Rodrigues Neto, Professor(a)**, em 24/02/2023, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Andrade Sampaio, Professora de Educação Superior**, em 24/02/2023, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Nunes, Usuário Externo**, em 25/02/2023, às 07:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Venuto Moura, Professor(a)**, em 26/02/2023, às 20:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **AISIANE CEDRAZ MORAIS, Usuário Externo**, em 28/02/2023, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 11:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **61018790** e o código CRC **F64BE4F3**.

*Dedico este trabalho a todas as mulheres:
Quilombolas, mães, educadoras, enfermeiras...
Onde quer que estejam, transformam o mundo pela força, coragem e delicadeza.
Em especial, minha mãe, Maria dos Reis, exemplo de garra e
determinação que, mesmo diante da adversidade,
continuou caminhando e superou os percalços da vida de forma
serena.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com os percalços no caminho. Os propósitos Dele para a minha vida sempre foram maiores que os meus e graças a Ele ser a primeira na minha família a conseguir alcançar esse título de doutorado se tornou possível.

Aos meus queridos pais, Maria dos Reis Oliveira e Helton Oliveira, pelo amor, incentivo e pela disponibilidade incondicional em todos os momentos da minha vida. Aos meus irmãos, Estalone Oliveira e Sávio Oliveira, avós Paulo Ferreira e Paula Ferreira e prima Sarah Durães pelo apoio. Minha Tia Cida Durães e meu tio Tadeu Ferreira pelas orações frequentes e cuidado. Ao Mauro Oliveira, esposo amado, que sempre me apoiou e incentivou nesses 4 anos, suportando momentos de ausência em que estive inclinada ao trabalho e estudo. Tenho a certeza de que tal ausência será compensada com um futuro mais tranquilo e prazeroso.

Ao meu orientador, Professor Dr. João Felício Rodrigues Neto, pelas valiosas contribuições na escrita deste trabalho.

À Professora Dra. Cristina Andrade Sampaio, por servir de inspiração como mulher e pesquisadora, por oferecer contribuição nas leituras, sugestões preciosas e por ser tão disposta a ajudar quando os caminhos da pesquisa começavam a se desviar, sendo uma grande inspiração de vida e trajetória profissional. Obrigada por me conduzir e me encantar com a pesquisa qualitativa.

Aos professores da banca de qualificação e de defesa, pela leitura do trabalho e contribuições valiosas.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – PPGCS – Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes, por todas as oportunidades de troca de saberes e por terem possibilitado meu crescimento durante o doutorado.

Aos colegas do mestrado e doutorado pelo convívio e amizade. Tivemos experiências tão intensas e verdadeiras nos últimos anos, que guardo em mim as boas lembranças das viagens. Aos colegas Leonardo Miranda, Patrícia Fernandes, Rafael Fernandes e Luciana Fagundes, marcados para sempre em minha trajetória de vida.

Agradeço em especial ao meu grande amigo, padrinho de casamento e colega de doutorado Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda, obrigada por estar comigo desde o início do projeto, ainda na época do meu mestrado, e por ser presente na minha vida pessoal e profissional.

Agradeço também aos amigos da Residência Multiprofissional da Unimontes, da Prefeitura de Montes Claros, aos meus alunos e residentes e colegas da Funorte/Fasi pelo apoio.

Aos alunos da Iniciação Científica Voluntária: Denilson Barbosa de Jesus, Jannefer Leite de Oliveira, Falyne Pinheiro de Oliveira, Maria Luiza Oliveira Silva, Priscilla Loreddany Sousa Santos e Bruna Amorim Santos, pelo apoio nas viagens e na coleta de dados.

Aos líderes comunitários, presidentes de associações e agentes comunitários de saúde dos territórios quilombolas pelo acompanhamento durante os trabalhos de campo, por me ajudarem a me localizar nas comunidades e por darem suporte durante às entrevistas.

A cada uma das participantes deste estudo, mulheres preciosas e inesquecíveis, obrigada por terem dividido comigo seus sentimentos, experiências e histórias de vida, dificuldades e sonhos, e que me ajudaram a trilhar os caminhos de uma cartografia rica em afetações, sabores e cores. Vocês despertaram em mim o desejo pela arte, por aprender mais sobre a fotografia, para, assim, registrar de forma mais sensível seu modo de ver o mundo.

Ao meu amigo canino Luke que alegra meus dias e me acompanha, sempre atento ao meu lado nos momentos de escrita.

E a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a conclusão desta tese.

*Enquanto o couro do chicote cortava a carne
A dor metabolizada fortificava o caráter
A colônia produziu muito mais que cativos
Fez heroínas que pra não gerar escravos, matavam os filhos
Não fomos vencidas pela anulação social
Sobrevivemos à ausência na novela, no comercial (...)
Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo
As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo
Lutam pra reverter o processo de aniquilação
Que encarcera afrodescendentes em cubículos na prisão
Navios negreiros e apelidos dados pelo escravizador
Falharam na missão de me dar complexo de inferior
Não sou a subalterna que o senhorio crê que construiu
Meu lugar não é nos calvários do Brasil(...)
Cansei de ver a minha gente nas estatísticas
Das mães solteiras, detentas, diaristas
O aço das novas correntes não aprisiona minha mente
Não me compra e não me faz mostrar os dentes
Mulher negra não se acostume com termo depreciativo
Não é melhor ter cabelo liso, nariz fino
Nossos traços faciais são como letras de um documento
Que mantém vivo o maior crime de todos os tempos
Fique de pé pelos que no mar foram jogados
Pelos corpos que nos pelourinhos foram descarnados(...)
Podem pagar menos pelos mesmos serviços
Atacar nossas religiões, acusar de feitiços
Menosprezar a nossa contribuição na cultura brasileira
Mas não podem arrancar o orgulho de nossa pele negra
Mulheres negras são como mantas kevlar
Preparadas pela vida para suportar
O racismo, os tiros, o eurocentrismo
Abalam mais não deixam nossos neurônios cativos*

RESUMO

Entre os povos tradicionais estão as populações e comunidades quilombolas. Algumas dessas comunidades não possuem acesso aos bens coletivos, o que leva a condições de vida com baixo índice de qualidade e de desenvolvimento humano. A cultura influencia na manutenção do bem-estar desse grupo, assim como o entendimento do processo saúde-doença, incapacidades ou da morte, e exerce forte influência nas escolhas dos cuidados. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi investigar os sentidos atribuídos à saúde e os caminhos percorridos nas buscas de cuidados por mulheres quilombolas em territórios localizados na Macrorregião de Saúde Norte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa, sendo o primeiro produto fundamentado no método da Cartografia proposto por Passos, Kastrup e Escossia no livro “Pistas do método da cartografia”. O segundo produto teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman, para percorrer os Itinerários Terapêuticos das mulheres quilombolas em busca de cuidados em saúde. Os dados foram produzidos em 23 comunidades, por meio da realização de entrevistas individuais, observações, registros fotográficos e diários de campo. A Análise de Discurso possibilitou percorrer as 8 pistas da cartografia presentes no livro e a elaboração de uma figura do rizoma das práticas de cuidado femininas. No segundo produto, os itinerários terapêuticos permitiram a construção de 3 categorias: o significado da saúde e doença; o sistema de cuidado profissional nas comunidades quilombolas; itinerário de cuidados nos espaços percorridos pelas mulheres quilombolas. O viver e o cuidar têm sua essência baseada no estilo de vida de seus ancestrais e no direito conquistado de se cuidar livremente, de poder lutar por acesso às condições de saúde. O valor atribuído ao cuidado à saúde relacionou-se com as tarefas domésticas e extradomiciliares atribuindo uma relação intrínseca entre saúde e trabalho. O cuidado é inerente ao gênero feminino, incluindo a alimentação, trato com as crianças, plantações, e à busca por serviços de saúde. Conclui-se que existem fragilidades em relação à atenção e à saúde junto a essas mulheres. Isso ocorre devido a alguns fatores, como a dificuldade de acesso aos serviços, o que revela um itinerário terapêutico mais relacionado às ações de medicina popular presentes nas próprias comunidades quilombolas.

Palavras-chave: Grupo com ancestrais do continente africano; Cartografia. Saúde de Minorias; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Among the traditional peoples are the quilombola populations and communities. Some of these communities do not have access to collective goods, which leads to living conditions with low levels of quality and human development. Culture influences the maintenance of the well-being of this group, as well as the understanding of the health-disease process, disabilities or death, and exerts a strong influence on care choices. In this context, the objective of this study was to investigate the meanings attributed to health and the paths taken in the search for care by quilombola women in territories located in the North Health Macro-region, State of Minas Gerais, Brazil. This is a qualitative research, the first product being based on the Cartography method proposed by Passos, Kastrup and Escossia in the book "Clues of the Cartography Method". The second product had Arthur Kleinman's Health Care System model as theoretical support, to go through the Therapeutic Itineraries of quilombola women in search of health care. Data were produced in 23 communities, through individual interviews, observations, photographic records and field diaries. The Discourse Analysis made it possible to go through the 8 cartography clues present in the book and the elaboration of a figure of the rhizome of female care practices. In the second product, the therapeutic itineraries allowed the construction of 3 categories: The meaning of health and illness; The professional care system in quilombola communities; Itinerary of care in spaces traveled by quilombola women. Living and caring have their essence based on the lifestyle of their ancestors and on the conquered right to freely care for themselves, to be able to fight for access to health conditions. The value attributed to health care was related to domestic and extra-domestic tasks, attributing an intrinsic relationship between health and work. Care is inherent to the female gender, including eating, caring for children, planting crops, and seeking health services. It is concluded that there are weaknesses in relation to care and health for these women. This is due to some factors, such as the difficulty in accessing services, which reveals a therapeutic itinerary more related to popular medicine actions present in the quilombola communities themselves.

Keywords: Group with ancestry in the African continent; Cartography; Minority Health; Women's Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Corrida pelas oportunidades na vida.....	25
Figura 2 - Territórios quilombolas visitados na macrorregião	35
Quadro 1 - Microrregiões, municípios e comunidades quilombolas cartografadas no Norte de Minas Gerais, Brasil, 2019	36
Figura 1 - Linhas percorridas durante a cartografia em territórios quilombolas.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Centro de Agricultura Alternativa
CEDEFES	Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
EUA	Estados Unidos da América
FCP	Fundação Cultural Palmares
FUNORTE	Faculdades Unidas do Norte de Minas
GPS	Global Positioning System
IT	Itinerário Terapêutico
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Mulher
PPGCS	Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
PROUNI	Programa Universidade para todos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
UR	Unidade de Registro

APRESENTAÇÃO

Iniciei os caminhos pela saúde quando ingressei no curso de graduação em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE (2010) na modalidade bolsista integral do Programa Universidade para Todos-PROUNI aos 17 anos de idade. O apreço pela área de atuação no campo da Saúde Coletiva com ênfase na saúde da mulher teve seu desenvolvimento primário nos autos da graduação, durante os estágios nas unidades de saúde e os projetos de extensão relacionados à faculdade onde me graduei, que, através de convênios com o Sistema Único de Saúde e a Prefeitura Municipal de Montes Claros, oferece um pacote de serviços de saúde à comunidade local atuando na Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo base formativa dos acadêmicos dos cursos de saúde da instituição.

Na graduação, fui apresentada à metodologia qualitativa, pelo prezado professor Henrique Andrade Barbosa, onde atuei na escrita e execução de projetos de extensão e pesquisa e Iniciação Científica, com os Ensaio Comunitários na saúde do homem e outro sobre a saúde da mulher, que se tornou meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). As experiências desenvolvidas nessas realidades favoreceram o bom desempenho de minha participação no campo de fomento do processo ensino-aprendizagem nos espaços de atenção de saúde coletiva e na construção de panoramas científicos. Após uma graduação com desempenho exemplar, graduei-me com a certificação e prêmio de melhor acadêmica de enfermagem em desempenho de notas do segundo semestre de 2013 da FUNORTE e aprovação na Residência em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) no início de 2014.

O interesse pela Saúde Coletiva foi reafirmado durante o processo de trabalho na Residência em Saúde da Família, onde tive a oportunidade de conhecer *in locu* a realidade de saúde, as demandas de uma população e contribuir para a criação uma nova equipe de Estratégia Saúde da Família no contexto de um território virgem. A residência foi minha primeira oportunidade de trabalho e que abriu diversas outras portas no meu caminho, inclusive minha primeira oportunidade na docência, já que acompanhei um estágio voluntário cumprindo a carga horária da docência enquanto residente.

Um dos pilares da residência é a educação para melhoria da qualidade de vida e saúde de uma população, a criação de vínculos e conhecimento das necessidades das pessoas, e ali me deparei com pacientes com necessidade de mudanças nos hábitos de vida, perfil variado, desde jovens mulheres em idade reprodutiva até idosas. Cada mulher trazia itinerários de saúde diferentes, que despertavam em mim a necessidade de investigar melhor os seus modos

de vida e cuidado, pensando em como eu poderia atuar, enquanto profissional, para responder às suas necessidades de saúde na instituição do SUS. Os grupos de convivência e terapêuticos, potências da APS, onde atuo com muita criatividade e tranquilidade, foram o tema do meu TCC da residência, nos quais conheci, através da orientação da brilhante professora Dra. Aparecida Rosângela Silveira, os grupos focais em pesquisa qualitativa.

Após a residência, tive minhas primeiras experiências na docência como professora na educação profissional e tecnológica, em cursos Técnicos de Enfermagem, Cuidador de Idosos e Gerência em Serviços de Saúde pela Escola Técnica de Saúde da UNIMONTES, onde tive oportunidade de idealizar a primeira disciplina de introdução à pesquisa para alunos de nível técnico nessa instituição, os projetos de integração e pesquisa. Trabalhei ainda no Instituto Educacional Santa Cruz, no curso Técnico de Enfermagem. Nesses locais fui professora de diversas disciplinas e da tão esperada Saúde da Mulher.

Visando a melhorias no processo de trabalho, cursei as pós-graduações *lato sensu* em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Verde Norte, Saúde da Mulher pela UNYLEYA e a mais recente, ainda em curso, de Preceptoria para o SUS pelo Hospital Sírio-libanês. Apesar de aprovada no mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e realizados três meses de aulas, e matriculada posteriormente no mestrado em Cuidados Primários da UNIMONTES, só me encontrei realizada com o ingresso no mestrado em Ciências da Saúde, também da UNIMONTES, pois esse me concedia oportunidades mais claras de seguir para um próximo passo, o doutorado em Ciências da Saúde.

Ingressei no Mestrado em Ciências da Saúde/UNIMONTES no ano de 2017 e fiquei na condição de bolsista Capes durante um ano. No primeiro contato, o prof. Dr. João Felício destacou o interesse em desenvolver um grande estudo epidemiológico sobre a saúde da população quilombola residente no Norte de Minas Gerais, em parceria com a prof.^a Dra. Cristina Sampaio, antropóloga da saúde e autora de uma tese sobre as representações culturais de quilombolas-vazanteiros no acampamento Rio São Francisco.

O desafio foi aceito levando em consideração o meu desejo em estudar as condições de vida de mulheres, a oportunidade ímpar de aproximação com a população quilombola, a temática de extrema relevância social, além da inserção da saúde da população negra e das comunidades tradicionais na agenda de prioridades de pesquisas do Ministério da Saúde.

Durante o primeiro ano do curso, desenvolvemos a escrita do projeto intitulado “Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais”, com a utilização da triangulação de métodos quantitativos e qualitativos para a abordagem da saúde do homem e

da mulher. Nesse período, realizamos a seleção e capacitação de quatro acadêmicos do curso de graduação em enfermagem e duas acadêmicas de odontologia da Unimontes, encontros mensais para o planejamento das ações e educação permanente em saúde.

Inicialmente a minha pesquisa seria com métodos múltiplos, qualitativa e quantitativa. Porém, depois de muito aprofundamento teórico e pessoal, já após a coleta de dados no campo e no início do doutorado, tive a clareza de que gostaria de trabalhar exclusivamente com os dados da parte qualitativa do projeto.

Pela sua expertise na pesquisa qualitativa em saúde, a prof.^a Dra. Cristina Sampaio sugeriu a utilização da Cartografia para o mapeamento dos processos de subjetivação das mulheres quilombolas e a compreensão dos significados atribuídos ao cuidado e à saúde.

Nesse segundo ano de mestrado, fui convidada a ser preceptora de estágios em saúde coletiva e orientadora de TCCs na faculdade onde estudei, e essa oportunidade me permitiu estar imersa em pesquisas científicas e me aprofundar em várias temáticas dentro da saúde da mulher, melhorar meu currículo através de algumas publicações de artigos, capítulos de livros em periódicos de renome nacional e internacional.

Devido à grande quantidade de dados a serem coletados na parte quantitativa do projeto, a equipe de pesquisadores foi aumentando e, no segundo ano do projeto e do meu mestrado, foram integrados ao grupo de pesquisa dois alunos de mestrado e outros dois alunos de doutorado para trabalharem com a saúde bucal dos idosos, as doenças crônicas não transmissíveis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética no segundo semestre de 2018 e em 2019 foram realizadas as viagens para a coleta e produção de dados.

Esse longo período de construção do projeto e alguns entraves para o início da coleta de dados atrasaram a coleta dos dados para a defesa dentro do prazo estimulado para o mestrado, sendo assim, foi necessário que eu utilizasse na defesa um artigo paralelo, sobre a transição demográfica e epidemiológica, perfil de mortalidade no município de Montes Claros, em Minas Gerais e no Brasil.

A escolha pela defesa do artigo, mesmo que fora da temática saúde da mulher, se deu porque eu fui aprovada no doutorado em Ciências da Saúde, em 2019 e daria sequência à coleta dos dados de campo da pesquisa das mulheres quilombolas.

As viagens para coleta de dados da pesquisa seguiram e tiveram duração de quase um ano, foram momentos de autoconhecimento e aprofundamento nas técnicas de coleta de dados e uso de instrumentos de pesquisa. A convivência em grupo, os encontros com mulheres quilombolas no campo e os lugares novos que conheci fizeram os quatro anos de doutorado passassem rápido.

No ano de 2020 também fui convidada a ser preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNIMONTES e ser enfermeira na APS de Montes Claros. Voltar ao campo de atuação da Saúde Coletiva e ainda na função de educadora foi uma das minhas realizações mais felizes dos últimos anos.

Posso dizer que felizmente esse trabalho não foi uma construção solitária. Suas páginas, que serão lidas e analisadas a seguir, são fruto de um esforço coletivo e trazem as mãos de inúmeras pessoas – mulheres quilombolas, amigos, familiares, lideranças locais, agentes comunitários de saúde, acadêmicos de graduação, professores de toda uma vida, formuladores de políticas públicas, pesquisadores da saúde mulher e das questões raciais, e tantos outros personagens que, juntos, contribuem para o fortalecimento da saúde coletiva.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O cuidado na saúde da mulher.....	20
1.2 A mulher negra nas sociedades contemporâneas.....	22
1.3 O cuidado em mulheres de comunidades quilombolas	26
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos.....	30
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Desenho do estudo.....	31
3.2 Cenário do estudo	34
3.3 Universo e sujeitos da pesquisa	37
3.4 Produção dos dados	38
3.5 Análise dos dados	39
3.6 Aspectos éticos	40
4 PRODUTOS.....	41
4.1 Produto 1.....	42
4.2 Produto 2.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A – ROTEIRO DISPARADOR DE ENTREVISTAS	94
APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM EM PESQUISA	97
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	98

1 INTRODUÇÃO

Cada grupo de uma sociedade constrói comportamentos e hábitos específicos gerando diferentes modos de vida. A diversidade desses grupos sociais se constitui a partir do gênero, idade, região, época, além de fatores econômicos, políticos e culturais (SEPARAVICH; CANESQUI, 2020). Dessa forma, cada grupo elabora, por exemplo, suas próprias concepções de cuidado, a partir do entendimento construído sobre a saúde e a doença, em sua interação com muitos outros fatores socioculturais e ambientais (WILLIAM, 2019).

Esse termo saúde já foi conceituado de diversas maneiras. Sua definição tradicional da era moderna, ligada à ciência médica ocidental, é de ausência de doença. Essa definição já foi bastante contestada pelo seu caráter reducionista, em que somente os determinantes biológicos são considerados. Assim, diferentemente da prática hegemônica da saúde, o campo da Saúde Coletiva caminhou para uma definição de saúde positiva, holística, multideterminada, processual e ligada a direitos básicos do cidadão – um importante avanço no sentido da busca da equidade e da superação de uma visão dicotômica entre saúde e doença (DOWBOR, 2008; BARROS, OLIVEIRA; SILVA, 2021; SILVA; CANAVÊZ, 2017).

Esse conceito ampliado de saúde foi discutido na oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1990). No contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, a saúde deve ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (PETTRES; DA ROS, 2018).

A habitação, outro dos elementos que interferem na saúde dos grupos, pode ter localização do domicílio urbana ou rural. Na situação urbana, consideram-se as pessoas e os domicílios recenseados nas áreas urbanizadas ou não, correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange a população e os domicílios recenseados em toda a área situada fora dos limites urbanos, inclusive os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos (SAVASSI, 2018; ROSEMBACK et al, 2017).

Do ponto de vista social, a população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade,

sendo representados pelas populações tradicionais quilombolas, vazanteiros, povos indígenas, povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos e pelas comunidades ribeirinhas (DAVID et al, 2017).

Nesse contexto, destacamos os remanescentes das comunidades dos quilombos, reconhecidos pelo artigo segundo do Decreto n.º 4.887, como "grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com ancestralidade negra e trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas". De forma geral, o termo remanescente de quilombo é utilizado para designar uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e de pertencer a um lugar e grupo específico. Igualmente, os quilombos são definidos não apenas como o grande espaço de resistência guerreira negra, mas como representantes de recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comum de vida e de modos próprios de organização (BRASIL, 2003; CARVALHO, 2016).

O quilombo trata-se de uma das formas de resistência e sobrevivência que foram adotadas pela população escravizada no Brasil. Com a abolição dessa escravidão no país, esse grupo, recém- liberto e seus descendentes, não recebeu nenhuma compensação dos governos pelos séculos de trabalho escravo. Por isso, eles foram pacificamente se ajustando da forma que podiam, em espaços não ocupados ou doados (CEDEFES, 2021).

Até 1988, os povos quilombolas permaneceram na invisibilidade social e legal, ou seja, apenas um século após a abolição seus direitos sobre a cultura e o seu território foram garantidos pela Constituição da República, porém esse processo tem sido aplicado de forma lenta e irregular (CEDEFES, 2021).

De acordo com Sampaio (2012), as populações quilombolas são categorizadas como comunidade e população tradicional. Essas comunidades rurais negras têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra e vêm lutando permanentemente pela conquista de direitos constitucionais. Algumas dessas comunidades quilombolas não possuem acesso aos bens coletivos, como escolas, estradas, sistemas simplificados de abastecimento de água e assistência à saúde, que impõe condições de vida com baixíssimo índice de qualidade e de desenvolvimento humano.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999), a Análise de Situação de Saúde é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma determinada população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e

prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto (MENEZES; SANTOS; GAVAZZA, 2021).

No Brasil, nos últimos anos, ocorreu um avanço no combate às desigualdades e uma redução significativa da população em situação de miséria por meio das políticas públicas voltadas para as pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade. No campo da saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes, embora sujeitas à mudança, são chamadas de iniquidades. Para combatê-las, o Ministério da Saúde e as demais esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades em saúde a que certos grupos populacionais estão mais expostos (FONSECA; JACCOUD; KARAM, 2018; FERNANDES, 2021).

Esse debate e suas demandas traduzem-se nas políticas de atenção integral à saúde direcionada a grupos específicos: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais - LGBT; população em situação de rua e os povos do campo, das águas e das florestas (BRASIL, 2013; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017). Nesse projeto em específico, foi resgatado o sentido amplo de saúde e dos cuidados para a população quilombola, em torno do levantamento da sua situação de saúde das mulheres, tendo como centro de discussão o acesso às ações e serviços de saúde e a compreensão dos cuidados e práticas de saúde por essa população.

Historicamente, as populações do campo sempre enfrentaram a descontinuidade das ações de políticas de saúde e de modelos assistenciais que não se consolidaram e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e de discriminação dessa população pelos serviços de saúde. Quando se fala especificamente em comunidades quilombolas, acrescenta-se a necessidade da inserção social e resgate de sua história, identidade e cultura. Dentre as necessidades dos quilombolas, busca-se a efetividade do exercício do direito à saúde (CALDART et al., 2012; MIRANDA et al, 2021).

A presente pesquisa produziu informações para orientar a ação em saúde coletiva para as populações quilombolas. Essa prática é relevante para os diversos níveis de decisão (serviço de saúde, comunidade, municípios, estado e federação), de modo a permitir a utilização das informações e do conhecimento produzido nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos, avaliação dos programas implementados, ações extencionistas de educação em saúde, entre outras.

1.1 O cuidado na saúde na mulher

Em uma sociedade patriarcal como a brasileira, é perceptível que, de acordo com o gênero, há uma desigualdade no acesso a direitos básicos, que gera impactos nas condições de saúde. Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. Ao reconhecer esse fato, foram implementadas, no SUS, as políticas públicas voltadas à atenção integral à mulher. Mais tarde, no ano de 2005, foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM) (FERREIRA et al., 2020; SANTANA et al, 2019).

A PNAISM tem como propósito promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, trazendo contribuições importantes para a redução da morbimortalidade, além da ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher em todos os âmbitos da saúde (BRASIL, 2004; MONTEIRO, 2022; LEAL et al, 2018).

Essa política reflete o compromisso com a saúde da mulher, com foco em garantir os seus direitos e reduzir os agravos por causas preveníveis, com o direcionamento para a atenção obstétrica, na atenção ao abortamento inseguro, no planejamento familiar e no combate à violência doméstica e sexual (SANTANA et al., 2019; LEAL et al, 2018).

Para uma evolução em relação a esses cuidados em saúde da mulher, é fundamental uma abordagem que considere ainda as estruturas sociais de poder. Nesse sentido, as políticas em saúde para as mulheres, que antes eram restritas à função reprodutiva, têm progredido no sentido de uma atenção integral, e a área da saúde em si passa a reconhecer e compreender como a desigualdade de gênero pode levar a diferenças nos processos de saúde, sofrimento e adoecimento (FERREIRA et al., 2020).

Tal processo de incorporação nas políticas nacionais de saúde da assistência integral à mulher estabelece, assim, uma articulação entre ações preventivas, promocionais e assistenciais que estão disponíveis na rede de serviço, favorecendo linhas de cuidado que foram construídas na perspectiva da transformação do grupo como sujeitos ativos na dimensão da integralidade (SILVA et al, 2021; LUZ; FRUTUOSO, 2021).

Com mais de uma década da implantação da PNAISM, a sua efetividade ainda é considerada um desafio. Principalmente nos locais em que existe uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Tal situação contribui para as desigualdades não apenas de

saúde, mas também sociais e econômicas de suas famílias durante todo o ciclo da vida (SANTANA et al., 2019).

Dentre os desafios para a efetiva implementação da atenção integral à saúde da mulher na prática assistencial, temos o fato de que os gestores e profissionais de saúde precisam urgentemente compreender e incorporar a abordagem das questões relacionadas ao gênero feminino, presente em diversas políticas públicas. Isso porque tais profissionais são os responsáveis diretos pelo atendimento à população e possuem, então, um papel fundamental para aplicação em seu cotidiano dos conceitos de integralidade e equidade, o que irá transformá-los em ação concreta e contribuir para a modificação do estado de saúde da população (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019; NEGRAES; BARBA, 2022).

Percebe-se, então, que existe uma dificuldade da aplicação da integralidade no atendimento às mulheres de forma integral. Dentre as barreiras a serem vencidas têm-se as abordagens biomédicas que possuem uma visão reducionista; a não contextualização da mulher no campo das relações de gênero; as questões estruturais que venham a limitar o acesso à saúde; o domínio quase exclusivo da heteronormatividade; e comprometimentos na qualidade e quantidade da prestação dos serviços de saúde (SANTANA et al., 2019; LUZ; FRUTUOSO, 2021).

No quesito das relações de gênero, um dos mais importantes a serem discutidos para entender as diferenças de acesso e de oportunidades para as mulheres é que, conforme Ribeiro (2019), a mulher não é pensada a partir de si, mas em comparação ao homem e por meio do olhar do homem. A relação entre os dois gêneros é a da submissão e dominação, pois estariam enredadas no desejo dos homens que veem e querem as mulheres como um objeto. Olhar este que perpetua um papel de submissão que comporta significações hierarquizadas (LIMA et al, 2019).

De forma simples, seria pensar na mulher como algo que possui uma função, em termos biológicos gerais, a função de procriar, sendo assim maior parte dos cuidados em saúde visados para os órgãos femininos destinados a esse fim (DORNELAS, 2019). A condição dessa mulher é estar em uma determinada posição social, enquanto os homens, de forma contrária, não necessitam: um homem é um homem; mulher é o que desvia do ser “homem”. Dessa forma, Lima et al (2019) discutem que as mulheres têm que redefinir suas posições sociais, e quando essas fazem parte de grupos excluídos da sociedade, como as mulheres negras, essa redefinição de espaço se faz ainda mais desafiadora, conforme será discutido no tópico a seguir.

1.2 A mulher negra nas sociedades contemporâneas

No Brasil a população negra está frequentemente exposta a contextos de maior vulnerabilidade ao adoecimento. Tal situação é decorrente da histórica privação de direitos humanos em geral e, quando se fala especificamente de mulheres negras, comprova-se a ineficiência dos programas governamentais voltados à garantia de prevenção e cuidado integral à saúde, como também a incidência sistemática do sexismo e racismo institucional (SANTOS et al, 2020; SILVA et al, 2020; RABELO, 2018).

O debate acadêmico reconhece a importância da permanente capacitação de profissionais que atuam nos mais diversos setores, além da necessidade de compreender e mitigar os processos históricos relacionados à estigmatização ou discriminação institucionais com base na cor da pele (PRESTES; PAIVA, 2016).

Reconhecer o racismo e o sexismo como fatores determinantes das condições de saúde, além de produtor das desigualdades raciais e de gênero, é fundamental e exige seu enfrentamento, reformulações de teorias, técnicas e práticas (PRESTES; PAIVA, 2016; BORRET et al, 2020).

Tem sido adotada também no Brasil a definição de racismo institucional (ou sistêmico), que foi formulada em 1967 pelos integrantes do grupo estadunidense Panteras Negras, e tem sido ampliada a concepção restrita de racismo e seu enfrentamento como fenômeno individual e interpessoal (WERNECK, 2016; BERSANI, 2018).

O racismo institucional se refere ao fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação por meio de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam determinados grupos raciais/étnicos, sejam eles minorias ou não (SILVA, 2020; ALMEIDA, 2020; LIMA, 2020).

O racismo institucional pode ser expresso em duas dimensões, sendo a primeira a “interpessoal”, por meio de dinâmicas da sinergia entre estigmas, preconceitos, discriminações, estereótipos que ocorrem entre profissionais e pacientes, entre colegas, ou entre diferentes postos hierárquicos, funções e papéis. Já a outra dimensão é denominada como programática, sendo que as mesmas dinâmicas aparecem nos ambientes e processos de trabalho, contaminam procedimentos, normas e favorecem a negligência em relação a

necessidades específicas e direitos (SALATINO; ROSA; OLIVEIRA, 2021; ALMEIDA, 2020).

Outra das características do racismo é a maneira como ele aprisiona o outro em imagens fixas e estereotipadas, enquanto reserva para os racialmente hegemônicos o privilégio de serem representados em sua diversidade. É importante salientar que as mulheres negras foram assim postas em vários discursos que deturpam a própria realidade: um debate sobre o racismo em que o sujeito é homem negro; um discurso em que "raça" e gênero se fundem estreitamente em um só. Tais narrativas separativas mantêm a invisibilidade das mulheres negras nos debates acadêmicos e políticos (KILOMBA, 2012).

A questão específica da mulher negra é frequentemente colocada secundarizada na suposta universalidade de gênero. Essa temática invariavelmente é tratada como subitem da questão geral da mulher, mesmo em um país em que as afrodescendentes compõem aproximadamente metade da população feminina. Existe uma dimensão racial na temática de gênero que estabelece privilégios e desvantagens entre as próprias mulheres. Isso se torna mais dramático no mercado de trabalho, no qual mulheres negras são preteridas (no acesso, em promoções e na ocupação de bons cargos) em função do eufemismo da aparência ideal para as melhores coisas (CARNEIRO, 2015; CEPAL, 2020).

Segundo King (1988), aprende-se pouco sobre as mulheres negras a partir do paralelismo existente entre racismo e sexismo, pois nele a experiência dessas mulheres é assumida aparentemente, mas nunca explicitamente. Ao se tornar um mero sinônimo para o grupo de homens negros ou de mulheres brancas e na medida em que em ambos os grupos são equivalentes, a discussão sobre as mulheres negras se torna negligenciada.

No tópico anterior, foi discutido como a mulher em geral não é pensada a partir de si, mas em comparação ao homem, sendo essa o Outro. Kilomba (2012) acrescenta que a mulher negra ocupa a posição do Outro, que a coloca num local de mais difícil reciprocidade. A mulher negra só pode ser o Outro e nunca ela mesma. Para a autora, é necessário enfrentar essa falta, esse vácuo, que não enxerga a mulher negra numa categoria de análise, e ainda sofisticada a percepção sobre a categoria do Outro, quando afirma que mulheres negras, por não serem nem brancas e nem homens, ocupam um lugar muito difícil na sociedade suprematista branca, uma espécie de carência dupla, a antítese de branquitude e masculinidade.

Ser essa antítese de branquitude e masculinidade dificulta que ela seja vista como sujeito. O olhar tanto de homens brancos e negros, quanto de mulheres brancas, confinaria a

mulher negra a um local de subalternidade muito mais difícil de ser ultrapassado (KILOMBA 2012; RIBEIRO, 2019).

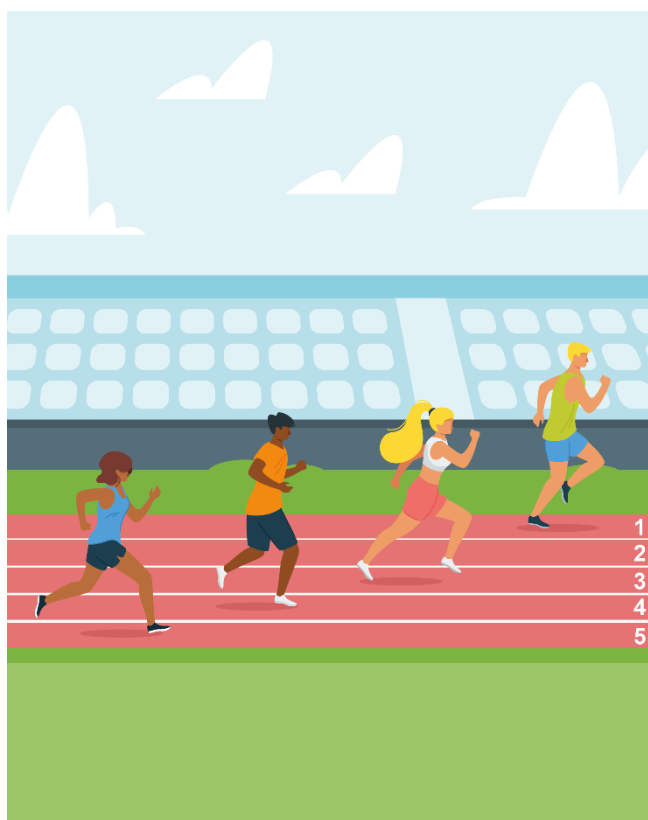
Em sua análise, Collins (1991) lança mão do conceito de matriz de dominação para pensar a intersecção das desigualdades, na qual a mesma pessoa pode se encontrar em diferentes posições, a depender de suas características. Assim, o elemento representativo das experiências das diferentes formas de ser mulher estaria assentado no entrecruzamento entre gênero, raça, classe, geração, sem predominância de algum elemento sobre outro (SOTERO, 2013).

A experiência da opressão sexista é dada pela posição que ocupamos nessa matriz de dominação, em que esses elementos citados acima se interceptam em diferentes pontos. Assim, uma mulher negra trabalhadora não é triplamente oprimida ou mais oprimida do que uma mulher branca na mesma classe social, mas experimenta a opressão a partir de um lugar que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual racista e sexista. Raça, gênero, classe social e orientação sexual reconfiguram-se mutuamente, formando um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade. De acordo com o ponto de vista feminista, a experiência de ser mulher se dá de forma social e historicamente determinada, de onde cada uma tem um ponto de partida diferente (BAIRROS, 1995; RIBEIRO, 2019).

Collins (2016) explica ainda que, quando falamos de pontos de partida, não estamos falando de experiências de indivíduos necessariamente, mas das condições sociais que permitem ou não que esses grupos acessem lugares de cidadania. Seria, principalmente, um debate estrutural. Não se trataria de afirmar as experiências individuais, mas de entender como o lugar social ocupado por certos grupos restringe oportunidades. Ao ter como objetivo a diversidade de experiências, há a consequente quebra de uma visão universal. Uma mulher negra terá experiências distintas de uma mulher branca por conta de sua localização social, vai experimentar gênero de outra forma.

A figura 1 a seguir foi idealizada pela autora desta tese a partir das leituras das obras de Ribeiro (2019) e Collins (2016) e explicita de forma visual sobre esses diferentes pontos de partida em uma sociedade construída com as bases no racismo e sexismo. A figura vem ao encontro da necessidade de não existir nas bases virtuais outra imagem do tipo que tenha contemplada especificamente a questão da mulher negra.

Figura 1 - Corrida pelas oportunidades na vida.



Fonte: Ribeiro (2022); Collins (2016).

Reconhecer que os pontos de partida de cada grupo são diferentes e que o *status* de mulheres brancas e homens negros é oscilante nos possibilita enxergar as especificidades desses grupos e romper a invisibilidade da realidade das mulheres negras, partindo-se do fato de que as mulheres brancas têm salários inferiores aos dos homens brancos. Os homens negros têm salários inferiores às mulheres brancas, e as mulheres negras ocupam uma posição em que têm salários inferiores a todos os outros grupos (RIBEIRO, 2019).

Essas discussões trazem à tona quais seriam as condições necessárias para a criação de um círculo virtuoso de mudança em contraposição ao círculo vicioso estabelecido pelas hierarquias de poder com base em raça, gênero, cor e aparência, fixando-as como premissas básicas para a criação de uma sociedade para além do racismo que, conforme Carneiro (2015), seriam: garantias legais de igualdade e medidas efetivas para eliminar a discriminação; promoção de oportunidades educacionais, econômicas, empresariais, de emprego e treinamento; participação política; solidariedade dos meios de comunicação para a eliminação de estereótipos e a defesa intransigente dos direitos humanos.

Em complementariedade é preciso ainda que a visão do processo saúde-doença também passe por uma inovação, incluindo a promoção de práticas que envolvam as próprias mulheres negras e suas especificidades, os grupos de pertencimento e as entidades do movimento social, como também equipamentos públicos e privados de cuidado e assistência, profissionais de saúde, educadores(as), entre outros(as) agentes. Uma rede de cuidados que venha a estimular as mulheres negras a superarem os contextos nocivos a que estão expostas pode favorecer o processo de resiliência (PRESTES; PAIVA, 2016; PRESTES; 2013).

Ainda de acordo com esses autores, constata-se que a população negra, em especial o segmento de mulheres negras, está exposta à privação de direitos humanos, frente à ineficiência dos programas governamentais que buscam a garantia de educação e saúde, além da incidência regular do racismo e sexismo que geram prejuízos à saúde, a adoção da perspectiva psicossocial para a compreensão e o desenvolvimento de ações técnicas que venham a resultar na inovação de técnicas e práticas que irão potencializar a promoção da saúde em geral (PRESTES; PAIVA, 2016; RABELO, 2018).

1.3 O cuidado entre mulheres de comunidades quilombolas

Ao considerar que as mulheres são as principais usuárias do SUS e não somente o utilizam para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, para acompanhar crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e/ou amigos, mostra-se a importância de se atentar para as demandas próprias dessa população, refletindo sobre a influência das questões de gênero na saúde e no adoecimento. Quando se fala em mulheres quilombolas, população que tem no SUS sua principal porta de acesso aos cuidados em saúde institucionalizados, torna-se ainda mais crucial que os pressupostos do PAISM sejam alcançados. O acesso dessas comunidades quilombolas às unidades básicas de saúde varia bastante, já que há barreiras como a distância, a falta de transportes, como também as barreiras ambientais que precisam ser superadas, como rios, encostas e matas (PINHO et al., 2015).

O desconhecimento das demandas da mulher negra a respeito de sua saúde configura mais uma forma de discriminação e reforça as estruturas racistas das instituições. É válido ressaltar ainda que as mulheres quilombolas estão expostas às desigualdades sociais além de vivenciarem na pele diversas opressões, como: racismo, desigualdade étnico-racial, patriarcado, sexismo, falta de acesso à saúde, violências institucionais e assimetrias de gênero

(OLIVEIRA; KUBIAK, 2019; FERNANDES, 2021; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Diversos estudos ressaltam a invisibilidade das mulheres quilombolas no escopo de políticas públicas de promoção e prevenção da saúde, pois as suas necessidades específicas de cuidado são ignoradas (GROSSI; OLIVEIRA; BITENCOURT, 2020; PRATES et al., 2018). Tal fato expressa a violação de direitos que são evidenciados por meio de indicadores de vulnerabilidade social, econômicos e de saúde, e caracterizados pela desigualdade, violência e racismo estrutural e institucional sofridos pelas mulheres quilombolas (PACHECO et al, 2022; LIMA, 2016; RODRIGUES; KAMIMURA, 2021).

No âmbito da saúde, esse racismo institucional acarreta diferenças significativas na pesquisa e no cuidado com doenças predominantemente negras, como exemplo, a anemia falciforme. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito da doença é marcante e tem como consequência seu diagnóstico tardio, apesar de a descoberta precoce da doença ser um dos principais fatores para um bom prognóstico. Além disso, muitas vezes, os sintomas são tratados como dependência química, outro exemplo da estigmatização da população negra (ALMEIDA, 2020; WERNECK, 2016).

Esse tipo de racismo está presente também na prestação de serviços: sua influência vai desde a restrição ao acesso à saúde pela população negra, em especial aqueles que residem em territórios distantes dos grandes centros, como no caso as comunidades quilombolas, até a relação entre os profissionais de saúde. Identifica-se uma ideologia presente nas redes de assistência à saúde ligada a pensamentos como ‘pessoas negras são mais resistentes à dor’ ou ‘negro não adoecer’ que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras e minorar o uso de medicamentos e anestésias, principalmente tratando-se de mulheres nos procedimentos de pré-natal e parto (TAVARES; OLIVEIRA; LAGES, 2013; LIMA, 2016; SANTOS, 2020).

O racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, implicando restrições específicas dos direitos das populações vitimadas e, ao se tratar de mulheres negras, considerando, ainda, a ação de um duplo preconceito. A exemplo disso, dados revelam que as mulheres negras possuem menor expectativa de vida e maior índice de morte por transtornos mentais do que as mulheres brancas. Há também a prevalência e reincidência de miomas uterinos e a realização de histerectomia em mulheres negras, além de taxa elevada de mortalidade materna, o que, segundo Domingues et al. (2013), seria um reflexo dos problemas de acesso e pior qualidade de atendimento (SOUZA; SILVEIRA, 2019; OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Outro desafio relacionado à saúde das mulheres quilombolas está no atendimento ofertado centrado no modelo biomédico. Os profissionais de saúde que atendem essas mulheres não consideram em seu atendimento o princípio da integralidade, muitas vezes, não reconhecem a cultura local como aliados no tratamento. Em muitos casos são prescritos a essas mulheres medicamentos que não estão disponíveis na rede, dificultando ainda mais o acesso, tendo em vista a dificuldade econômica enfrentada por elas (SAVASSI et al, 2018; PRATES et al., 2018).

Para minimizar essas desigualdades, é preciso que as mulheres quilombolas tenham acesso aos cuidados de promoção da saúde. Essa população tem direito a receber orientações em saúde, como sobre a relevância da realização de exames periódicos para o rastreamento do câncer de colo de útero e do câncer de mama. Estudos mostram que boa parte dessa população não teve acesso a esses exames, além da existência de barreiras psicológicas, como vergonha, medo, desconforto e, sobretudo, o preconceito e a falta de um atendimento humanizado, o que acaba distanciando ainda mais essas mulheres de seus direitos relacionados à saúde (PRATES, 2015; SILVA et al, 2020; LIMA, 2016).

É importante ressaltar, ainda, que o cuidado em saúde, além desse ofertado em serviços formais de saúde, como os serviços de atenção primária, está diretamente associado a crenças, valores e práticas que são fruto do contexto cultural de sua comunidade, tendo como objetivo manutenção da saúde, para assim conseguirem desenvolver as suas atividades cotidianas (GROSSI; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018; PRATES et al, 2018).

A diversidade dos territórios quilombolas se faz presente também nessa multiplicidade das práticas populares de cuidados em saúde, seja para se defrontar com o adoecimento, seja para fortalecer a saúde, por meio das plantas medicinais, sementes crioulas, rezas, benzimentos, erveiros, raizeiros, massagista, terapia comunitária, parteiras, entre outros (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018; SILVA et al, 2017).

Entre as práticas de cuidado adotadas pelas mulheres quilombolas, destaca-se o uso e o preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais. Observa-se que esse uso, em especial o consumo de chás, é uma prática incorporada no cotidiano das famílias. A maior parte delas cultiva plantas medicinais nos próprios quintais, configurando-as como um patrimônio tradicional da comunidade. Mas, ainda que se trate de uma prática disseminada, a literatura aponta para a existência de pessoas ou grupos de referência na comunidade para o preparo de remédios caseiros, como as benzedeiras e curandeiras (WUSCH et al, 2018; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014; FITA; COSTA-NETO; SCHIAVETTI 2010).

Em alguns momentos, as práticas de cuidado vêm acompanhadas de crenças, sendo que os ritos religiosos, a devoção a santos e as rezas são importantes na melhoria da saúde de modo geral, na prevenção e no tratamento de doenças e condições. Conforme Zilmer et al (2012), a fé parece cumprir importante papel na superação das dificuldades vivenciadas diante do cuidado, bem como na potencialização da terapêutica (SANTOS; SILVA, 2014; RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Diversos estudos têm investigado a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. A ligação entre eles está na identificação de que as vivências religiosas e espirituais tinham correlação significativamente positiva sobre a taxa saúde-doença. Esses resultados estão relacionados aos efeitos positivos na redução da mortalidade em geral, assim como nas áreas da imunologia, saúde mental, doenças cardiovasculares, doenças infecto-parasitárias e neoplasias (PORTES; GUIMARÃES, 2012; THIENGO et al, 2019).

Os cuidados com alimentação, vistos como importantes na cultura das mulheres quilombolas, por sua vez, envolvem desde a alimentação diversificada, a introdução de plantas medicinais, verduras e frutas caracterizadas como benéficas na alimentação, a redução de açúcar, sódio e gordura, até a preferência por alimentos de tradição familiar (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014; LIMA et al, 2014). Alguns estudos enfatizam a importância do consumo de alimentos sem agrotóxicos e não transgênicos. Ricardo e Stotz (2012) tecem observações sobre o sentido da alimentação em seus estudos, evidenciando que, para um grupo de comunidade rural estudado, os alimentos podem ser considerados fortes ou fracos, frescos, reimosos e quentes ou frios. Na roça, por exemplo, em contraposição com a cidade, os alimentos são mais fortes e frescos (RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Investigar de forma mais aprofundada sobre essas práticas de cuidado adotadas por mulheres quilombolas é de suma importância para traçar estratégias e direcionar ações de saúde que contemplem a especificidade desse público. Sendo assim, este estudo tem como objetivo central investigar os sentidos atribuídos à saúde e os caminhos percorridos nas buscas de cuidados em saúde por mulheres quilombolas em territórios localizados no Norte do estado de Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar os sentidos atribuídos à saúde e os caminhos percorridos nas buscas de cuidados em saúde por mulheres quilombolas em territórios localizados na Macrorregião de Saúde Norte, do Estado de Minas Gerais, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender os sentidos atribuídos à saúde e à prática dos cuidados de mulheres quilombolas em territórios do Norte de Minas Gerais.
- Conhecer o itinerário terapêutico adotado por mulheres quilombolas em comunidades tradicionais localizadas no Norte de Minas Gerais.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Esta tese é parte da pesquisa maior intitulada “Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais”, projeto realizado com financiamento próprio, coordenado pelo professor Doutor João Felício Rodrigues Neto, e que conta com uma equipe multiprofissional de enfermeiros e dentistas estudantes de mestrado e doutorado.

Quanto à forma de abordagem do problema, o estudo é qualitativo. Trata-se de uma investigação do cotidiano e das experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que a vivenciam o que, em oposição ao positivismo e bem trabalhado pelas ciências sociais, propõe a subjetividade como fundante do sentido inerente ao entendimento do objeto (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014; MINAYO, 2014).

O método utilizado aqui é a cartografia, dada sua grande relevância na avaliação de condições subjetivas de uma realidade que se encontra em constante transformação, resultante de várias linhas de força, não ligadas apenas a uma variável. A cartografia é, portanto, importante ferramenta qualitativa para avaliação de condições complexas. Os filósofos Deleuze e Guattari chamam a atenção do valor da cartografia para descrição de processos, possibilitando estudar algo dinâmico, e não apenas o resultado, objeto de estudo da pesquisa quantitativa. São vários os trabalhos que fazem uso da cartografia, o que permite descrever as relações presentes em um espaço social (ROMAGNOLI, 2009; MERHY, 2002).

A cartografia se estrutura no campo teórico da esquizoanálise ou filosofia da diferença e permite aos pesquisadores pensarem uma realidade por meio de outros dispositivos que não os apresentados tradicionalmente pelos discursos científicos positivistas. Essa corrente teórica incide em lineamentos que atravessam tanto os grupos sociais quanto os indivíduos, defendendo a ideia de que existem infinitas formas de se compor com a vida. Valorizam-se os elementos potencialmente criadores de realidade, além de observar e compreender as diversas afetações que fazem parte da tecelagem da existência humana (DELEUZE; GUATTARI, 1980; ROLNIK, 2007).

A cartografia aqui neste estudo é utilizada a fim de construir um mapa não estático, mas sim a representação de um espaço dinâmico e heterogêneo das vivências das mulheres em seu cuidado em saúde cotidiano, com a finalidade de sintetizar e organizar esse espaço

composto de imagens físicas e psicossociais, o que dá também ao trabalho um caráter de intervenção (MAIRESSE, 2003; ROMAGNOLI, 2009).

Na movimentação pelos quilombos, a cartografia apresentou-se como um dispositivo para a compreensão da produção de subjetividade e a realidade social e de cuidado feminino, por meio das múltiplas linhas que foram conectadas e rompidas em um movimento chamado de rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

As linhas, com efeito, de uma cartografia são muitas, infindáveis, multiplicam-se a cada novo olhar, sempre fogem antes de serem pegas. Linhas que não são do mesmo tipo. Em sua tipologia, Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) chegam a falar de três tipos: as linhas duras; as linhas flexíveis; e as linhas de fuga. As duas primeiras são as linhas de territorialização, estratificação, significação, as que tentam definir, dar uma rota segura, uma essência estática a um território. Fugir é entendido nos dois sentidos da palavra ao se tentar definir o que é a linha de fuga: perder sua estanquidade ou sua clausura; esquivar, escapar. Se fugir é fazer fugir, é porque a fuga não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se pelo sonho ou ainda transformar a situação. Trata-se de fato de uma saída, de desterritorializações de situações vivenciadas. A pesquisa seguiu por distintas linhas, duras, flexíveis e de fuga que se compôs no próprio ato de perscrutar.

Existem vários teóricos que fundamentam suas pesquisas na metodologia da cartografia, sendo que no primeiro produto desta tese os autores optaram por utilizar como referência metodológica a obra proposta por Passos, Kastrup e Escossia (2015), o livro “Pistas do método da cartografia” que, de forma inovadora, propõe oito pistas do método da cartografia. Esses autores foram escolhidos pela inovação trazida em seus livros, sendo que as pistas destacam a importância da prática, de ir a campo, experimentar dispositivos, habitar em um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, sempre levando em conta a produção coletiva de conhecimento. As pistas descritas pelos autores são:

Pista 1: considerar a cartografia como método de pesquisa-intervenção, e utilizar da indissociabilidade entre o conhecimento e a transformação, tanto da realidade quanto do pesquisador, sendo essa transformação da mentalidade e capacidade de reflexão diante das situações elencadas.

Pista 2: observar os gestos do cartógrafo durante o seu trabalho. São sugeridos quatro gestos: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

Pista 3: definir e utilizar a cartografia para acompanhar processos.

Pista 4: considerar as ações como sendo movimentos com uma funcionalidade. São caracterizadas três movimentos-funções: referência, explicitação e produção, e transformação da realidade.

Pista 5: considerar que ao lado dos contornos estáveis do que denominamos formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano coletivo das forças que os produzem. Utilizar a cartografia como prática para a construção de um plano coletivo de forças que se tornará uma experiência cartográfica.

Pista 6: utilizar a cartografia como estratégia que considera o ponto de vista do observado e observador, contribuindo para a dissolução de que o que importa é o ponto de vista do observador.

Pista 7: considerar que o cartógrafo deve habitar, imergir em um território com seus signos, um "território existencial".

Pista 8: explorar a escrita de textos de pesquisa como uma "política de narratividade", conceber a ideia de que a alteração metodológica proposta pela cartografia exige uma mudança da prática de escrita, de narrar.

O segundo produto, amparado também no método cartográfico, teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman (1978), que concebe que a saúde, a doença e os aspectos relacionados ao cuidado estão articulados como um sistema cultural, denominado de Sistema de Cuidados à Saúde, do qual fazem parte três subsistemas interrelacionados: popular, *folk* (sistema informal) e profissional (sistema formal).

No artigo optou-se por se guiar por uma abordagem que relaciona os diferentes sistemas de cuidado, não apenas o sistema profissional, constituídos pelos serviços de saúde, mas as diferentes formas de cuidado, através do reconhecimento dos diferentes sistemas de atenção à saúde, que consideram na leitura dos itinerários que os processos de saúde, doença e cuidado estão inseridos em um macrocontexto determinado por fatores econômicos e sociais, os quais envolvem também dimensões subjetivas e culturais que interferem na forma como as pessoas definem e buscam o cuidado (GERHARDT *et al*, 2016).

Os itinerários aqui descritos nesta tese expressam a preocupação em conhecer as escolhas e tomadas de decisão dentro de um campo de possibilidades, geradas por situações concretas de dificuldade ou por facilidade de busca por cuidado. Deslocam o foco de interesse da percepção individual ou de grupo sobre a doença, para o contexto social e cultural, que se

reflete na busca do cuidado. Pressupõem que, para se compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença, se torna necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos), a partir do contexto onde elas tomam forma (GERHARDT, 2006; SIGUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

Sendo assim, o cuidado ao longo de um itinerário terapêutico tem múltiplos sentidos, que englobam as racionalidades médicas: medicina científica, homeopatia, ayurveda, acupuntura além de atores como curandeiros, rezadeiras, benzedeiros, pajés, xamãs (GERHARDT et al, 2016).

3.2 Cenário do estudo

O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi dividido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) em 13 macrorregiões de saúde e 76 microrregiões, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR). A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. É de conhecimento amplo que existe um documento atualizando os dados sobre a divisão dos municípios mineiros em macrorregiões e microrregiões, no ano de 2020, porém, devido ao projeto deste estudo ter sido desenvolvido no ano de 2018, foram utilizados esses dados apontados anteriormente (MINAS GERAIS, 2011; MINAS GERAIS, 2020).

Analisando o Norte de Minas em escala macrorregional, a sua área de abrangência compreende uma área territorial de 128 Km² e uma população de 1.548.933 habitantes. A densidade demográfica é de 11,9 hab./Km², uma população rural relativamente alta se forem consideradas as demais regiões do Estado de Minas Gerais. A territorialização da saúde no Norte de Minas compreende a Macrorregião de Saúde Norte, abrangendo 86 municípios, distribuídos em nove Microrregiões de Saúde. A nova classificação das regiões de saúde não altera a estrutura territorial dos municípios envolvidos no estudo, sendo mais uma vez apontado que os dados utilizados nesta pesquisa foram acessados no ano de 2018, e os mais recentes nessa época foram as informações do PDR do ano de 2011 (MINAS GERAIS, 2011).

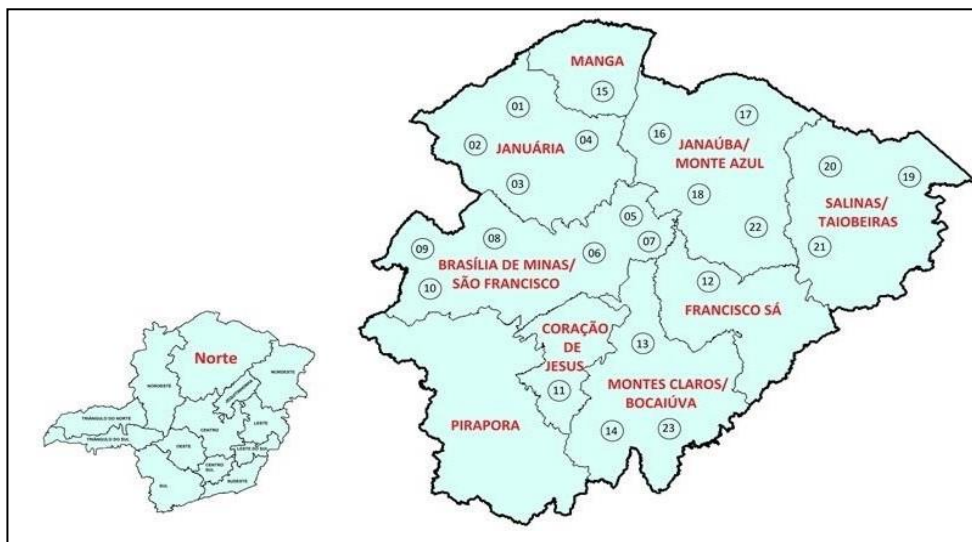
A Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros abrange 48 municípios em quatro microrregiões de saúde: I) Janaúba/Monte Azul; II) Salinas/Taiobeiras; III) Montes Claros/Bocaiúva e IV) Francisco Sá. Essa microrregião, com todos os seus municípios,

representa a maior população do Norte de Minas, com aproximadamente 1.036.437 habitantes. A Regional de Saúde de Januária abrange 26 municípios em três microrregiões de saúde: I) Brasília de Minas/São Francisco; II) Januária e III) Manga, totalizando aproximadamente 402.507 habitantes e a Regional de Saúde de Pirapora abrange 12 municípios em duas microrregiões de saúde: I) Pirapora e II) Coração de Jesus, com uma população de aproximadamente 138.356 habitantes (MINAS GERAIS, 2011).

De acordo com o Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva (CEDEFES, 2019), em Minas Gerais, até o ano de 2019 existiam 397 comunidades quilombolas, distribuídas por mais de 155 municípios. Dessas comunidades, 310 foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares. As regiões do estado com maior concentração dessas comunidades são a região norte e a nordeste. No Norte de Minas estão situadas 79 comunidades quilombolas em 28 municípios.

Na pesquisa foram visitadas oito microrregiões, 16 municípios e 23 comunidades quilombolas (Quadro 1). Apenas a Microrregião de Pirapora não participou do estudo pelo fato de não possuir quilombos em sua área de abrangência, conforme a figura abaixo:

Figura 2 - Territórios quilombolas visitados na macrorregião



Fonte: Miranda et al, 2021.

Os municípios onde ficam localizadas as comunidades que foram sorteadas para a realização do estudo, seguindo a lógica das microrregiões, foram: São João da Ponte, São Francisco, Luislândia, Ubaí (microrregião de Brasília de Minas/São Francisco); Januária (microrregião de Januária); Manga (microrregião de Manga); Janaúba, Jaíba, Porteirinha, Pai

Pedro, Serranópolis de Minas, Monte Azul (microrregião de Janaúba); Indaiabira (microrregião de Salinas/Taiobeiras); Bocaiúva (microrregião de Montes Claros/Bocaiúva); Francisco Sá (microrregião de Francisco Sá) e Coração de Jesus (microrregião de Coração de Jesus). A listagem nominal de todas as comunidades encontra-se a seguir, no quadro 1.

Quadro 1 - Microrregiões, municípios e comunidades quilombolas visitadas durante a pesquisa no Norte de Minas Gerais, Brasil, 2019.

Microrregião de Saúde	Município	Comunidades Rurais (R) e Periurbanas (P)	População estimada à época do estudo
01 – Januária	01 – Januária	01 - Barreiro (P)	170 pessoas
		02 - Pé da Serra (R)	100 pessoas
		03 - Gameleira (P)	200 pessoas
		04 - Riacho Novo (P)	238 pessoas
02 - Brasília de Minas/São Francisco	02 - São João da Ponte	05 - Brejo dos Crioulos (P)	480 pessoas
		06 - Terra Dura (R)	350 pessoas
	03 – Ubaí	07 - Gerais Velho (R)	200 pessoas
	04 – Luislândia	08 - Júlia Mulata (Cercado) (R)	200 pessoas
	05 - São Francisco	09 - Bom Jardim da Prata (P)	400 pessoas
		10 - Buriti do Meio (R)	220 pessoas
03 - Coração de Jesus	06 - Coração de Jesus	11 - São Geraldo (P)	200 pessoas
04 - Francisco Sá	07 - Francisco Sá	12 - Poções (R)	150 pessoas
05 - Montes Claros/Bocaiúva	08 - Montes Claros	13 - Monte Alto (R)	120 pessoas
	09 – Bocaiúva	14 - Macaúba (R)	80 pessoas
		15 - Sítio (R)	30 pessoas
06 - Manga	10 – Manga	16 - Pedra Preta (R)	400 pessoas

07 - Janaúba/ Monte Azul	11 – Jaíba	17 - Barroca (R)	180 pessoas
	12 - Monte Azul	18 - Cabana (R)	190 pessoas
	13 – Janaúba	19 - Vila Nova de Poções (P)	450 pessoas
	14 - Pai Pedro	20 - Picada (R)	180 pessoas
08 - Salinas/Taiobeiras	15 - Vargem Grande do Rio Pardo	21 - Palmeirinha (P)	200 pessoas
	16 – Indaiabira	22 - Brejo Grande I (R)	200 pessoas
		23 - Gorgulho (R)	190 pessoas

Fonte: Dados da FCP, CEDEFES e dos Agentes Comunitários de Saúde dos quilombos, 2018.

Segundo a FCP (2019), a maioria dos quilombos encontra-se situado na zona rural. No entanto, existem comunidades em áreas periurbanas e urbanas. Como observado na figura 2 e na tabela 1, na região cartografada foram visitadas 15 comunidades rurais e oito comunidades periurbanas. Conforme Vale (2005), em meio à integração campo-cidade, surge o espaço periurbano, situado no entorno das cidades. Esse espaço agrega ao seu cotidiano funções e modos de vida especificamente urbanos, que contrastam com uma aparência de caráter tipicamente rural.

3.3 Universo e sujeitos da pesquisa

A população foi composta por mulheres adultas (≥ 18 anos), residentes em comunidades quilombolas rurais das microrregiões de Janaúria, Manga, Francisco Sá, Brasília de Minas, Janaúba, Salinas, Coração de Jesus e Montes Claros.

Importante destacar que todas as mulheres que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa se autoatribuíram como quilombolas e reafirmaram a sua ancestralidade negra e a relação de herança territorial com cada comunidade. Foram excluídas do estudo aquelas mulheres que estavam apenas de passagem pelas comunidades quilombolas, sendo residentes de comunidades rurais adjacentes.

A produção de dados foi possibilitada por meio de encontros no próprio território, através da Técnica de *Snowball*, que conforme Ferreira *et al* (2017) consiste em solicitar a

cada participante da pesquisa uma indicação para uma próxima participante, até alcançar o objetivo da pesquisa, sendo que assim foi se construindo um emaranhado de sentidos e vivências. Foram entrevistadas 79 mulheres ao longo da coleta de dados nos 23 quilombos, sendo que nos produtos são apresentados os recortes daquelas entrevistas que mais se adequaram aos objetivos propostos. Participaram das entrevistas mulheres de todas as comunidades, no intuito de conhecer melhor as especificidades de cada local.

3.4 Produção dos dados

A cartografia teve seu marco inicial a partir de conversas, via telefone, com Referências da Superintendência Regional de Saúde e, em seguida, com os coordenadores de Atenção Primária à Saúde dos municípios que possuíam quilombos certificados pela FCP, para apresentar o projeto e obter os contatos dos ACS responsáveis pelas famílias quilombolas. Os ACS foram fundamentais na articulação com as comunidades e como guias nos deslocamentos pelos territórios. Os informantes-chave das comunidades, como líderes de associação, líderes religiosos e políticos, também foram mediadores dos contatos, com quem foram agendadas previamente as viagens e que organizaram onde seria o ponto central da coleta de dados em cada comunidade.

Foi realizado um estudo piloto em uma comunidade quilombola não selecionada para a pesquisa, com a aplicação dos instrumentos a serem utilizados. Os principais objetivos do piloto foram avaliar: 1) instrumentos de coleta de dados; 2) procedimentos para obtenção do TCLE; 3) grau de participação; 4) protocolos operacionais; 5) dimensionamento do tempo despendido com transporte; 6) abordagem e aplicação das entrevistas; 7) composição das equipes para execução da coleta de dados; e, 8) identificar potenciais situações diferentes daquelas previstas inicialmente.

As datas das viagens subsequentes foram agendadas previamente com os líderes comunitários e presidentes de associações de quilombolas. Para chegar até as comunidades foram utilizados o Sistema Posicionamento Global (GPS), mapas disponíveis em aplicativos de internet, as placas com os nomes e direção dos quilombos, além das instruções fornecidas pelos informantes-chave.

Para rastrear os processos de produção de subjetividades, utilizamos as pistas da cartografia propostas por Passos, Kastrup e Escóssia (2015): observando, captando, escutando, orientando e promovendo uma mistura de sujeito e objeto. A produção de dados no

campo ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2019, por meio de duas viagens mensais para os quilombos com duração de, aproximadamente, dois dias cada, na sua grande maioria realizadas às sextas-feiras, sábados e domingos, devido ao fato de os pesquisadores trabalharem durante os outros dias da semana.

Os dados foram obtidos nas comunidades visitadas, por meio de entrevistas em profundidade que foram guiadas por questões disparadoras. Em complementaridade, foi utilizado diário de campo com registro de observações sobre modo de vida na comunidade e registros fotográficos, que também se constituíram importantes materiais de análise dos modos do cotidiano das mulheres durante a realização da pesquisa. Posteriormente na fase de escrita dos artigos, as fotografias funcionaram como instrumentos memorialísticos ao ajudar a pesquisadora a recordar e associar os dados e imagens com a realidade vivenciada durante as coletas de dados.

A fotografia ultrapassa as barreiras linguísticas, culturais e da alfabetização. As imagens possibilitam registrar a realidade vivenciada, as emoções, significados e percepções que o sujeito tem da sua realidade. Fotografias auxiliam no aspecto descritivo de um acontecimento, ajudam na compreensão de aspectos subjetivos e podem ser analisadas indutivamente. Imagens capturadas em fotos permitem o estudo de aspectos da vida aos quais não se consegue apreender somente com as palavras (MELLEIRO, GUALDA, 2005).

A produção de dados foi possibilitada por meio de encontros no próprio território, geralmente no ponto inicial da coleta de dados, que eram igrejas, associações de moradores e escolas, onde a primeira mulher indicou a segunda e assim sucessivamente, sendo que dessa maneira foi se construindo um emaranhado de sentidos e vivências. Ao fazer esse primeiro contato, a pesquisadora convidava a mulher a um local onde essa se sentisse mais à vontade para participar da entrevista. Algumas entrevistadas levaram a pesquisadora para conhecer suas casas, seus locais de afeto dentro das comunidades. As falas foram gravadas em gravador eletrônico e tiveram duração aproximada de 40 minutos. Para preservar o anonimato, cada mulher quilombola recebeu um nome fictício.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados e interpretados de acordo com a técnica de Análise de Discurso proposta por Michel Pêcheux (1988) e Eni Orlandi (2007). Os sentidos foram construídos pela integração entre ideologia, história e linguagem, ancorados nas experiências de vida e nos diferentes modos de cuidar executados pelas mulheres quilombolas. Essa

abordagem permitiu, assim, uma compreensão integral de todas as observações realizadas em campo.

No primeiro momento da análise, foi realizada a transcrição do *corpus* bruto, preservando a fidelidade entre o diálogo e o texto transcrito. Em seguida, foi realizada uma leitura e releitura minuciosa de todas as entrevistas para conferir materialidade linguística aos discursos.

O segundo ciclo ocorreu com a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo com a síntese dos discursos, ou seja, o que foi dito pelas mulheres quilombolas em nível de interdiscurso e intradiscorso (PÊCHEUX, 1988; ORLANDI, 2007). Ao final, identificou-se a existência de uma articulação do enunciado com a enunciação e a constituição de processos de formação discursiva nas linhas segmentares de saúde, cuidado e modo de vida das mulheres estudadas.

Foram utilizadas planilhas para facilitar a análise e separação das falas. As categorias e dados elencados passaram por uma validação externa com três pesquisadoras da área qualitativa, externas a essa pesquisa.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os princípios éticos que regem uma pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetida via Plataforma Brasil à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e obteve autorização para sua realização por meio do Parecer Consubstanciado n.º 2.821.454, de 14 de agosto de 2018 (Anexo A).

Todas as mulheres entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, foram informadas sobre os objetivos do estudo, a preservação do sigilo das informações e o retorno social da pesquisa, além de assinarem um Termo de Autorização de Uso de Imagem (Apêndice C), liberando a inserção de suas fotografias nos produtos gerados pela pesquisa. Nos artigos foram utilizados nomes fictícios para preservação do anonimato das participantes.

4 PRODUTOS

Produto 1: Artigo intitulado: *Cartografia dos sentidos atribuídos à saúde e à prática dos cuidados de mulheres quilombolas: seguindo pistas*. Formatado segundo as normas do periódico Cadernos de Saúde Pública.

Produto 2: Artigo intitulado: *Itinerários Terapêuticos de Mulheres Quilombolas do Norte de Minas Gerais*. Formatado segundo as normas do periódico Ciência e Saúde Coletiva.

4.1 Produto 1

Sentidos atribuídos à saúde e à prática dos cuidados de mulheres quilombolas: pistas da cartografia.

Meanings attributed to health and the care practice of quilombola women: Cartography clues

Los significados atribuidos a la salud y la práctica del cuidado de mujeres quilombolas: pistas da Cartografía

Resumo

Objetivo: compreender os sentidos atribuídos à saúde e à prática dos cuidados de mulheres quilombolas. **Metodologia:** estudo qualitativo pautado nas pistas da cartografia. Os dados foram coletados em 23 comunidades quilombolas, por meio de entrevistas, observações, registros fotográficos e diários de campo. Participaram mulheres com idade ≥ 18 anos. **Resultados:** o viver e o cuidar têm sua essência baseada no estilo de vida de seus ancestrais e no direito conquistado de se cuidar livremente, de poder lutar por acesso às condições de saúde. O valor atribuído ao cuidado à saúde relacionou-se com as tarefas domésticas e extradomiciliares atribuindo uma relação intrínseca entre saúde e trabalho. **Considerações finais:** o cuidado é inerente ao gênero feminino, incluindo a alimentação, trato com as crianças, plantações e na busca por serviços de saúde. Identificou-se a presença de dificuldades de acesso a bens e serviços.

Palavras-chave: Quilombolas. Acesso aos Serviços de Saúde. Comportamentos Relacionados com a Saúde. Saúde da Mulher.

Abstract

Objective: to understand the meanings attributed to health and the practice of care for quilombola women. **Methodology:** This is a qualitative study based on cartography clues. Data were collected from 23 quilombola communities by means of interviews, observations, photographic registers, and field journals. Women aged ≥ 18 years old participated. **Results:** Living and caring have its essence based on the lifestyle of their ancestors and on the conquered right to freely take care of themselves, to be able to fight for access to health conditions. The value assigned to health care was related to domestic and extra-domestic

tasks, attributing an intrinsic relationship between health and work. Final remarks: Care is inherent to the female gender, including feeding, dealing with children, crops, and the search for health services. The presence of difficulties in the access to goods and services was detected.

Keywords: Quilombolas. Access to Health Services. Behaviors Related to Health. Women's Health.

Resumen

Objetivo: comprender los significados atribuidos a la salud y la práctica del cuidado de las mujeres quilombolas. **Metodología:** Estudio cualitativo basado en las pistas cartográficas. Los datos fueron recolectados en 23 comunidades quilombolas, a través de entrevistas, observaciones, registros fotográficos y diarios de campo. Participaron mujeres de $18 \geq$ años. **Resultados:** El vivir y el cuidar tienen su esencia basada en el estilo de vida de sus antepasados y el derecho conquistado a cuidar libremente, a poder luchar por el acceso a las condiciones de salud. El valor atribuido a la atención de la salud se relacionó con las tareas domésticas y extradomésticas, atribuyéndole una relación intrínseca entre salud y trabajo. **Consideraciones finales:** El cuidado es inherente al género femenino, incluyendo la alimentación, el trato con los niños, las plantaciones y la búsqueda de servicios de salud. Se identificó la existencia de dificultades para acceder a bienes y servicios.

Palabras clave: Quilombolas. Acceso a los servicios de salud. Comportamientos relacionados con la salud. Salud de la Mujer.

Introdução

As condições de vida de uma população estão relacionadas aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego os quais influenciam a saúde. São observadas piores condições de saúde em indivíduos de cor de pele preta, parda e indígena, mulheres e que residem em localidades de difícil acesso aos serviços de saúde¹.

Os povos e comunidades tradicionais possuem condições sociais, culturais e econômicas próprias, mantendo relações específicas com o território e com o meio ambiente em que estão inseridos. Os membros de um povo ou comunidade tradicional têm modos de ser, fazer e viver distintos dos da sociedade em geral, por terem uma cultura, práticas e ideias pautadas em costumes ancestrais. Isso inclui as artes, os sistemas morais e crenças religiosas,

justiça, governança e a economia que fazem com que esses grupos se reconheçam como de identidades e direitos próprios².

Entre os povos tradicionais estão as populações e comunidades quilombolas. Algumas dessas comunidades não possuem acesso aos bens coletivos, como escolas, estradas, sistemas simplificados de abastecimento de água e assistência à saúde, o que leva a condições de vida com baixo índice de qualidade e de desenvolvimento humano e faz com que vivam em situação de vulnerabilidade³.

A cultura influencia na manutenção de seu bem-estar, assim como o entendimento do processo saúde-doença, incapacidades ou da morte, e exerce forte influência nas escolhas dos cuidados. Em diferentes contextos, onde esses são produzidos, o ambiente familiar assume papel preponderante. Nesse cenário, as pessoas recebem os primeiros cuidados e orientação que serão fundamentais para a saúde de cada um⁴.

Na família, a mulher tem função essencial de cuidadora. Nas comunidades quilombolas isso é mais evidente. As suas concepções abrangem as vertentes das necessidades inerentes a todas as fases da vida⁵.

A referência metodológica que embasou este artigo foi proposta por Passos, Kastrup e Escossia⁶ no livro “Pistas do método da cartografia”, que, de forma inovadora, propõe oito pistas do método da cartografia. As pistas destacam a importância da prática, de ir a campo, experimentar dispositivos, habitar em um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, sempre levando em conta a produção coletiva de conhecimento. As pistas descritas pelos autores são:

Pista 1: considerar a cartografia como método de pesquisa-intervenção e utilizar da indissociabilidade entre o conhecimento e a transformação, tanto da realidade quanto do pesquisador, sendo essa transformação da mentalidade e capacidade de reflexão diante das situações elencadas.

Pista 2: observar os gestos do cartógrafo durante o seu trabalho. São sugeridos quatro gestos: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

Pista 3: definir e utilizar a cartografia para acompanhar processos.

Pista 4: considerar as ações como sendo movimentos com uma funcionalidade. São caracterizadas três movimentos-funções: referência, explicitação e produção, e transformação da realidade.

Pista 5: considerar que, ao lado dos contornos estáveis do que denominamos formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano coletivo das forças que os produzem. Utilizar a

cartografia como prática para a construção de um plano coletivo de forças que se tornará uma experiência cartográfica.

Pista 6: utilizar a cartografia como estratégia que considera o ponto de vista do observado e observador contribuindo para a dissolução de que o que importa é o ponto de vista do observador.

Pista 7: considerar que o cartógrafo deve habitar, imergir em um território com seus signos, um "território existencial".

Pista 8: explorar a escrita de textos de pesquisa como uma "política de narratividade", conceber a ideia de que a alteração metodológica proposta pela cartografia exige uma mudança da prática de escrita, de narrar.

Por fim, o objetivo desse artigo é compreender os sentidos atribuídos à saúde e à prática dos cuidados de mulheres quilombolas em territórios do Norte de Minas Gerais.

Métodos

Este estudo é parte da pesquisa maior intitulada “Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais”.

O cartografar dos territórios geográficos e existenciais possibilitou a promoção de diversos encontros e trocas, ativando a produção de novos sentidos e afetações, como descrito por Deleuze e Guattari⁷.

Tratou-se de compreender a vida como um rizoma, um mapa aberto e conectável, sem início e fim, permeado por linhas, que possibilitou dar visibilidade e dizibilidade aos segmentos e rupturas dos indivíduos e coletivos.

As linhas, com efeito, de uma cartografia são muitas, infindáveis, multiplicam-se a cada novo olhar, sempre fogem antes de serem pegas. Linhas que não são do mesmo tipo. Em sua tipologia, Gilles Deleuze e Félix Guattari⁷, Passos, Kastrup e Escossia⁶ chegam a falar de três tipos: as linhas duras; as linhas flexíveis e as linhas de fuga. As duas primeiras são as linhas de territorialização, estratificação, significação, as que tentam definir, dar uma rota segura, uma essência estática a um território. Fugir é entendido nos dois sentidos da palavra ao se tentar definir o que é a linha de fuga: perder sua estanquidade ou sua clausura; esquivar, escapar. Se fugir é fazer fugir, é porque a fuga não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se pelo sonho ou ainda transformar a situação. Trata-se de fato de uma saída, de desterritorializações de situações vivenciadas. A pesquisa seguiu por distintas linhas, duras, flexíveis e de fuga que se compôs no próprio ato de perscrutar.

A referência metodológica que embasou esse artigo foi proposta por Passos, Kastrup e Escossia⁶ no livro “Pistas do método da cartografia”, que, de forma inovadora, propõe oito pistas do método da cartografia.

O estudo foi desenvolvido em Minas Gerais, sendo que, até o ano de 2019, existiam 397 comunidades quilombolas, distribuídas por mais de 155 municípios⁸. Destas comunidades, 310 foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Quanto aos quilombos, a região Norte de Minas Gerais concentra o maior número de territórios do estado, com 79 comunidades distribuídas por 28 municípios⁹.

Foram visitadas oito microrregiões, 16 municípios e 23 comunidades quilombolas. A microrregião de Pirapora não participou do estudo pelo fato de não possuir quilombos em sua área de abrangência. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020 pela pesquisadora. Foram entrevistadas 30 mulheres com idade a partir de 18 anos residentes em comunidades quilombolas certificados pela Fundação Palmares.

As pistas foram obtidas nas comunidades visitadas, nos locais de encontro com as mulheres, por meio de entrevistas em profundidade que foram guiadas pela questão disparadora: “fale-me das suas condições de vida e práticas de cuidado enquanto mulher quilombola.” Em complementaridade, diário de campo com registro de observações sobre modo de vida na comunidade e registros fotográficos também constituíram em importantes materiais de análise dos modos do cotidiano das mulheres durante a realização da pesquisa. Durante a escrita deste artigo, as fotografias funcionaram como instrumentos memorialísticos ao ajudar a pesquisadora a recordar e associar os dados e imagens com a realidade vivenciada durante as coletas.

A produção de dados foi possibilitada por meio de encontros no próprio território, onde a primeira mulher indicou a segunda e assim sucessivamente, sendo que, dessa forma, foi se construindo um emaranhado de sentidos e vivências. As falas foram gravadas em gravador eletrônico e tiveram duração aproximada de 40 minutos.

As mulheres aceitaram o convite voluntariamente para participar do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual foram esclarecidas sobre o uso científico do conteúdo das suas falas e da proteção quanto à exposição dos seus nomes na divulgação dos resultados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme Parecer 2.821.454.

Resultados e discussão

O estudo se iniciou antes das viagens ao campo de coleta de dados. Ainda na fase de construção do projeto, já foram feitos contatos com membros de comunidades, a fim de apresentar o projeto. O processo de aculturação iniciou-se ali já que permitiu uma interlocução com as comunidades e possibilitou o início do rizoma que fluiria por meio dos quilômetros que ainda seriam percorridos¹⁰.

Em relação ao perfil das mulheres participantes, essas tinham idade entre 25 e 59 anos, baixa escolaridade, casadas ou em relacionamentos estáveis, com filhos, sem emprego ou renda fixa, recebendo algum tipo de auxílio financeiro do governo e que se autoatribuíram quilombolas. A identidade de ser mulher quilombola das entrevistadas se pauta principalmente na importância da ancestralidade e do habitar em um território histórico, além dos aspectos relacionados à vida em comunidade, que influencia diretamente sobre o modo de ser e de agir desse grupo. A coletividade constante e o quilombo representam uma forma de vida alternativa, guiada pelos costumes ancestrais e pelo compartilhamento de quase todos os aspectos que regem essa sociedade.

A primeira pista, na interação com o campo, as viagens para coletar e produzir dados possibilitaram novos olhares e afetações aos pesquisadores. A paisagem definida como um bioma entre o cerrado e mata seca foi surgindo diante dos olhos, enchendo de encantamento e possibilitando reflexões sobre as formas de vivências de comunidades em lugares tão díspares, sendo essas estradas apresentadas como linhas duras, que não possuem atalhos fáceis para se chegar à maioria das comunidades, lugares de difícil acesso, estradas sinuosas.

A observação dos moradores, suas práticas culturais em busca de saúde, suas casas e comidas possibilitaram descobertas e prazeres diante de tanta diversidade permeada por essa cultura².

Os encontros nas comunidades tinham efeitos de afetação e de intervenção. A presença dos pesquisadores no território, mesmo que por pouco tempo, mudou a rotina do local. Essa intervenção ocorrida foi na transformação da mentalidade e na capacidade de reflexão das mulheres diante das situações elencadas. Foi possível perceber relatos cheios de significados, memorialísticos na tentativa de explicar e até adequar as situações relacionadas à saúde por elas vivenciadas. Situações que antes passavam despercebidas pelo dia a dia ganham foco durante as entrevistas e as mulheres têm a oportunidade de questionar o porquê de ser e como poderiam ser as suas experiências de vida.

A segunda pista do rastreio também se desdobrou no momento do deslocamento até as comunidades quilombolas, onde se observava a distância até o local, as condições da estrada,

que trazia uma reflexão sobre as dificuldades que as mulheres enfrentam até chegar à cidade mais próxima, traduzidas nos seus itinerários de cuidados em saúde. Na chegada ao quilombo, foi observado o estilo de vida, a presença de hortas medicinais e árvores frutíferas. No **toque**, houve o primeiro encontro, mulheres que se aproximaram por conta própria, curiosas, querendo conhecer a pesquisa ou só aferir uma pressão. Aquelas que faziam um contato inicial de forma mais amistosa constituíam logo ali como informantes-chave da pesquisa.

Na etapa do **pouso**, a história da saúde de Dona Maria é colocada em foco, sendo que toda a interação permitida pela entrevista leva para um local de vivência diferente dessa mulher, ao mesmo tempo em que a fala dela própria representa todas as mulheres de sua comunidade, retorna às histórias do passado e já mostra os horizontes futuros em sua perspectiva. Na etapa do **reconhecimento atento**, os pesquisadores refletiram os encontros anteriores, as leituras realizadas trazendo à memória ligação com o conteúdo manifesto nos encontros, buscando sentidos em comum.

Essa segunda pista mostrou que a forma de viver e de se cuidar tem como essência sua base histórica a vivência de seus ancestrais, já que parte do que sabem foi repassado por eles. Nesse momento de pouso, são apresentados sentimentos ambíguos do que representa ser quilombola, questões que provocam orgulho e sofrimento. Essa raiz da escravidão presente em suas falas é tida aqui como uma linha dura, já que essa ancestralidade está intrínseca antes mesmo do nascimento.

Ao falar dessa identidade, algumas participantes têm lágrimas nos olhos recordando um tempo não vivido por elas, mas por seus antepassados. Nesse momento das entrevistas, ocorre uma intervenção, em que o tema traz à memória um assunto que a faz refletir sobre o valor de sua atual liberdade e os direitos que agora usufrui, conquistados por lutas de muitos que vieram antes, conforme exposto nas falas abaixo:

Meus avó era escravo. Eles falavam que andava muito escondendo no mato, com medo dos senhores, cuidar da saúde não era o principal, não morrer matado sim (Cacilda).

A cultura dos bisavós era de sofrimento, que eles era escravo, apanhava, morria e fugia, saúde, médico? Isso não existia pra eles (Josefa).

O tempo de antes era de sofrimento, de prisão, agora nós é mulher livre pra dançar, pra comer, pra trabalhar, pra cuidar, correr atrás de remédio, exame (Maria).

A identidade quilombola possui um significado especial na trajetória de vida das entrevistadas e isso se justifica pelo fato de que o quilombo simboliza a liberdade conquistada pelos antepassados, a luta, a resistência e, conseqüentemente, ser forte¹¹. O termo “quilombo” pode ser entendido como uma das formas encontradas pelos escravos para resistir à escravidão e à opressão; representando, atualmente, a luta pela desigualdade racial, preconceito, discriminação e posse de terras¹².

O quilombo em si foi uma grande linha de fuga do escravizado. O território quilombola desde a sua origem, de forma estratégica, um local de difícil acesso, escondido. O quilombo é a representação de um espaço onde existe compartilhamento da vida entre pessoas tidas como semelhantes, no sentido do sonho de liberdade, dos direitos, manutenção da cultura e da cor de pele¹³. É ainda uma linha de fuga, que permite saída para o mundo externo, viver e estudar em outros locais, mas que sempre está aberto para o retorno de seus membros ao grupo inicial.

Ao se refletir sobre essa questão da cor de pele, constata-se que não é possível escolher a cor com que se nasce ou mudar a sua raça, sendo que a cor, em um país de miscigenação, como o Brasil, define um local específico da sociedade, e no caso dos negros, esse é o da exclusão, discriminação e dificuldade no acesso a serviços de saúde¹⁴.

Collins¹⁵ discute sobre o conceito de matriz de dominação para refletir sobre a intersecção dos marcadores sociais, em que a mesma pessoa pode se encontrar em diferentes posições da sociedade a depender de suas características. Assim, essa definição da identidade da mulher negra quilombola e seu espaço ocupado no mundo estaria assentado no entrecruzamento entre gênero, raça, classe, geração, sem um elemento se sobrepor ao outro¹⁶. A fala a seguir evidencia essa dificuldade em ser mulher negra quilombola:

“Quilombola é muito mangado. Pra começar a gente é preto e guerreiro, é difícil uma pessoa branca que gosta de preto, aí se é mulher é pior ainda, tudo é mais difícil” (Joana).*

*Mangado: expressão popular para azarado, sem sorte na vida.

Nessa perspectiva, ser mulher negra no Brasil significa estar inserida em um ciclo de preconceito e de discriminação, resultante de uma construção social, histórica e cultural. Com isso, o contexto de vida dessas mulheres costuma ser marcado pelo racismo e sexismo da sociedade, que violam os seus direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, dificultando ainda o acesso a condições dignas de serviços de saúde¹⁷.

Seguindo os resultados, está a terceira pista, que remete ao acompanhamento dos processos. Do campo emergiram os registros do contato, que foram desde as observações do modo de vida cotidiano até como os corpos vibráteis eram acionados em intensidades que conduzem diferentes graus de desterritorialização: seja permitindo-se compor músicas e danças, seja a forma como se vestem, as comidas que cozinham, as artes que suas mãos habilidosas produzem, anseios de uma vida diferente ou não.

Foram conhecidos locais afetivos da comunidade, como suas roças, suas casas e seus terreiros, segredos e sonhos. Foi permitido por essas mulheres acompanhar um dia comum de suas vidas, mesmo não sendo possível ser como elas, mais assistir, o modo como vivem.

Percebe-se, durante essas observações, que o cuidado à saúde e o trabalho mostraram-se estritamente ligados, sendo que, no quilombo, o primeiro é valorizado em função do segundo, conforme as falas:

Saúde é o mais importante nessa vida, porque a gente tem que trabalhar, cuidar de marido, de neto (Lucia).

Sem saúde a gente não faz nada nessa vida, não trabalha, não cozinha, não cuida dos bicho (Dirce Arcanjo).

O valor atribuído ao cuidado à saúde relacionou-se com as tarefas desenvolvidas e a possibilidade de poder produzir e contribuir dentro do agenciamento familiar ou comunitário, sendo esse o principal ponto visualizado na terceira pista. O trabalho pode ser entendido aqui como uma linha flexível, já que é descrito como um meio de ser útil e valorizada na sua comunidade¹⁸.

Estudos com mulheres de baixa renda mostraram que o cuidado com a saúde estava inserido a um cotidiano repleto de afazeres realizados tanto no ambiente doméstico quanto no extradomiciliar. Assim, o cuidado à saúde e o trabalho demonstram estar estritamente ligados^{12, 19, 20}.

Percebe-se nesses relatos um significado diferente do que seria a saúde²¹, aquela que é tida como essencial para cumprir os papéis da mulher nessas comunidades, pois essa saúde significa força, utilizada para trabalhar, produzir, cuidar e atingir certa felicidade.

É elas mexer com coisas assim de costura, de fazer as arte, e frequentar o trabalho, aguentar cuidar dos bicho e da horta, que é os trabalho das muié daqui (Aparecida).

O significado do cuidado exige a manutenção da saúde para realização de atividades de seu cotidiano. O discurso acima revelou prioridades na vida das entrevistadas que resultam de uma construção cultural e de gênero, realidade essa observada não apenas no quilombo mas em diversos grupos sociais em que estão imersos aspectos predominantemente patriarcais e culturais²². As concepções apresentadas derivavam das relações estabelecidas, do convívio na comunidade e que exigia a manutenção da saúde como essencial para dar conta de todas as atividades do cotidiano, das representações individuais interiorizadas, assim como dos papéis atribuídos ao gênero feminino²³.

Nessas comunidades, as participantes assumiram atividades que social, cultural e economicamente as associaram ao papel de cuidadoras da família e de si próprias. Nessa direção, o cuidado é percebido como um ato tradicionalmente feminizado, atribuído à mulher mediante uma herança patriarcal^{24, 25}.

A representação feminina, que está no interior do imaginário social e que se baseia em diferenças sexuais, em condicionamentos culturais, contribui para demarcação das fronteiras e definição de papéis entre homens e mulheres²⁶. O gênero feminino pode ser entendido aqui como uma linha dura⁶, já que faz parte dos grandes conjuntos molares ou estratos de uma sociedade.

A mulher é responsável ainda pelo cuidado com a alimentação de sua família, sendo esse um dos pilares para se alcançar a saúde, conforme suas falas:

É a pessoa ter cuidado, com a saúde com os alimentos, mais repouso, negócio de gordura, doce, salgado, comida bem feita na lenha (Valtedina).

Cuidando da saúde, pra não ter as doenças, tomando muito cuidado, ter uma vida saudável, cuidado com as comidas que come, pra ser daqui, coisa natural (Justina).

Percebe-se que a alimentação é entendida como um elemento essencial no cuidado à saúde, sendo considerada como uma prioridade, que os alimentos não consistem apenas em uma fonte de nutrição, mas representam valores sociais e culturais atrelados ao cuidado à saúde. Logo, conforme indicam Junges; Ressel; Monticelli²⁷, a alimentação deve ser estudada e analisada a partir de aspectos sociais e culturais, entre os quais estão imersos significações, símbolos e rituais alimentares que permitem interpretar a cultura de um determinado grupo, que pode ser entendida como uma teia de significados que é pública e estruturada^{4, 10, 28,29}.

Seguindo essa cartografia, tem-se a quarta pista, que diz respeito às linhas flexíveis, materializadas por meio das associações de moradores, que são responsáveis por promover uma aproximação dos quilombolas com as suas realidades e acesso às políticas públicas destinadas a eles. Essas são formais e reconhecidas institucionalmente, constituídas por membros das próprias comunidades e lutam diariamente pela melhoria de vida, buscando auxílios financeiros e melhor acesso a serviços de saúde.

Ser membro da associação é motivo de orgulho para muitos, sinônimo de conquista de mais direitos e melhoria no acesso a bens e serviços, e em algumas comunidades a presença da associação trouxe o reconhecimento daquele espaço como comunidade quilombola, além de as reuniões serem uma espécie de fluido vital, que une todos os órgãos para o bom funcionamento do corpo³⁰. As falas abaixo expressam alguns dos sentimentos relacionados à presença das associações:

A gente parece que ganhou mais direito pras coisas, a associação nas reuniões fala isso. (Valtedina)

É por causa dos nossos passado e por causa da associação que conseguiu até carro pra levar nós pra consultar na cidade (Martinha)

As afetações no campo de pesquisa permitiram refletir sobre o coletivo nas comunidades quilombolas por meio da quinta pista, que, conforme a fala acima, evidencia a importância de reuniões em grupo. Esse coletivo é muito marcante, sendo observado ainda que a necessidade da mulher quilombola é trazida por ela de forma individual nas

entrevistadas, e aquelas com a mesma faixa etária, mesmo sendo de comunidades diferentes, levantam questões semelhantes, sendo o ponto em comum, que de alguma forma as interliga, a vida de forma coletiva compartilhando a cultura.

Outro ponto importante observado nos territórios e em consonância com outros estudos foi que, apesar dos relatos de sofrimento, de vivências de racismo e discriminação por conta da cor de pele, brota no meio do grupo o sentimento de orgulho relacionado a essa origem, sendo que se sobressaiu a tradição herdada, com raros os casos de abandono das comunidades. Para algumas mulheres, o orgulho desvela-se a partir da consciência de que nasceram em um quilombo e, portanto, não são apenas mulheres, são quilombolas^{31,32}.

Ainda nesse traçar da cartografia tem-se a sexta pista, que foi um desafio. A dissolução do ponto de vista do observador. À primeira visita, foi a comunidade de Poções, escolhida de forma intencional pelos pesquisadores, e que construiu no imaginário da pesquisadora uma base do que possivelmente iria ser encontrado nas outras comunidades. Então, ao adentrar no universo delas e encontrar discursos e realidades diferentes, foi possível perceber que, apesar de terem histórias semelhantes sobre o início do quilombo, cada uma construiu sua identidade e modo de vida. Por volta da terceira viagem, essa percepção já havia se dissolvido, ao ponto de cada visita ter algo diferente, único e curioso, como por qual característica o grupo de pesquisadores iria reconhecer depois, seria a comunidade das polpas de frutas, a comunidade da escola bonita e assim se seguiam as observações, sendo guiadas por meio das anotações no diário de campo da pesquisadora, pelos registros fotográficos que ela ia fazendo durante seus movimentos nos territórios. Essa observação não possuiu um roteiro padrão, era construída no próprio campo pelas movimentações da pesquisadora como um radar em cada encontro.

A sétima pista nos permitiu refletir sobre os significados do território para a mulher quilombola. O território ali é um espaço de apropriação material e cultural, base física (chão), material (fonte de recursos) e imaterial (cultos e representações simbólicas). A definição de quilombos remete à cultura, identidade, territórios, propriedades, bens econômicos, sociais, culturais e políticos. Habitação, saúde e educação das comunidades são mutáveis em função das produções conceituais²⁹.

Os resultados percorrem até a última pista, a de número 8. Essa pista concebe a ideia de que a alteração metodológica proposta pela cartografia exige uma mudança da prática de escrita, de narrar, e traz a este artigo uma narrativa diferente, uso de palavras que querem de alguma forma causar afetações no leitor.

A pista 8 também faz referência à narratividade que perpassa as histórias de seus antepassados até experiências vividas até os dias atuais, cujo acesso aos serviços de saúde é a principal dificuldade apontada. Nesses encontros com as mulheres, foi referido por elas que querem ter acesso aos cuidados de saúde atuais e manter as tradições do início do quilombo, como suas avós e tataravós conseguiam manter um equilíbrio com a vida e a saúde.

Pra cuidar da saúde a gente precisa de conseguir as coisas, marcar a prevenção sem problema, conseguir consultar com os médico, ter o filho no hospital. (Tainá).

Os avó da gente não tinha médico, tomava era chá do mato. A gente quer tomar o chá, porque ajuda, mais também quer fazer exame, consultar com médico (Tereza).

Pra nós que é mulher quilombola preta tudo é mais difícil, tudo muito longe, não consegue marcar nada pelo posto (Marlucia).

Fatores socioeconômicos, culturais, racismo e sexismo constituem intersecções afetando a garantia de acesso universal e equitativo à saúde. O acesso, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade, contribui para manter um bom estado de saúde ou para seu restabelecimento. O racismo institucional é referido como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde para mulheres negras^{17, 33, 34}.

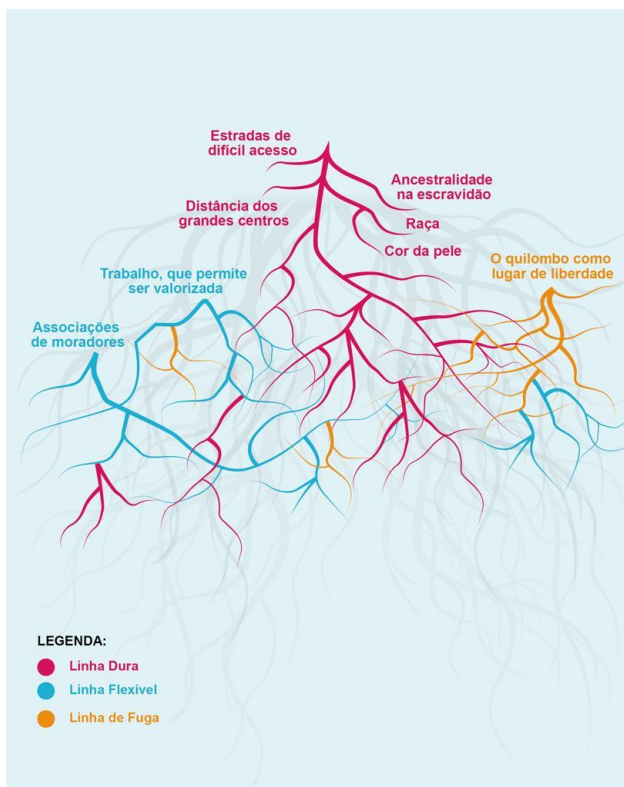
Segundo estudos na América Latina, entre os obstáculos que mais dificultam o acesso das mulheres de minorias étnicas estão a discriminação e a violência dentro dos serviços de saúde. Quando se fala de populações rurais, a distância dos grandes centros e falta de meios de transporte também são fatores que merecem destaque^{35, 36}.

Essa pista 8 nos leva ainda a refletir que é invisível para a sociedade e para os diversos governos o patrimônio cultural que os quilombos representam. Isso contribui para a insuficiência de políticas nessas comunidades e traz à mente o que pode ser feito para atender a essas necessidades de saúde com melhoria do acesso aos serviços, evidenciando a necessidade de uma mudança no olhar dos atores envolvidos, melhoria no reconhecimento dos problemas e necessidades das mulheres quilombolas.

As pistas da cartografia e linhas de força apresentadas pelos resultados deste estudo também viabilizaram a criação da imagem a seguir. As linhas duras representadas estipulam os grandes grupos molares, ou seja, as grandes dualidades que regem a sociedade de forma

bem delimitada³⁷. No caso da mulher quilombola, ela sempre ocupa o lado da dualidade onde a situação é vista como ruim, como em relação às estradas, essa mulher convive com as estradas ruins, a ancestralidade, os antepassados dessa mulher eram escravos, pobres e sem direitos em uma sociedade desigual.

Figura 2 - Linhas percorridas durante a cartografia em territórios quilombolas



Fonte: Dados do estudo, 2022.

O rizoma está presente em maior ou menor grau em qualquer relação ou estrato. A figura acima, que se opõe ao modelo da árvore, onde Deleuze e Guattari⁶ apontam a presença da multiplicidade heterogênea de elementos e relações em toda e qualquer realidade, na qual cada ponto pode se conectar a qualquer outro, traçando novas linhas, não existem eixos ou centros que comandem as relações e os fluxos entre seus elementos.

Nesses elementos, estão contempladas também na figura as linhas de fuga, de ruptura, verdadeiros rompimentos que promovem mudanças bruscas muitas vezes imperceptíveis³⁸, mas, no caso dos quilombos, mudanças grandes, de transformação de toda uma situação de escravidão, e não apenas de uma pessoa, mas de todo um grupo, que agora pode desfrutar da liberdade e da esperança de construir uma vida melhor.

As linhas flexíveis, aqui representadas pela cor azul, não buscam se estratificar constantemente; são da natureza de uma micropolítica, sendo menos localizáveis e contendo fluxos e partículas que escapam ao controle dos sistemas molares macropolíticos. Elas avançam, na maioria das vezes, sem que haja a percepção explícita de seu movimento^{37,38}, sendo que, para serem identificadas, pode ser necessária uma investigação dos significados não ditos das coisas, como no caso do trabalho, que comumente representaria o sustento, uma necessidade, local de sofrimento e cansaço, mas que, para a mulher quilombola, significa um meio de ser útil, de se sentir bem e feliz dentro do seu agenciamento comunitário.

Considerações finais

Os significados do cuidado para as mulheres quilombolas foram expostos por meio das pistas da cartografia e evidenciaram que a cultura influencia fortemente nas práticas de cuidados e a coletividade, o trabalho e a liberdade para se expressar são os importantes alicerces de uma vida saudável. Foi observado ainda que alguns marcadores sociais influenciam e dificultam o desenvolvimento da saúde dessa mulher, que são o gênero, raça, cor da pele e renda.

Os achados desta pesquisa também destacam que o cuidado nas comunidades estudadas se relaciona à questão de gênero, destacando o papel definido socialmente de que as mulheres são as responsáveis pelo cuidado inerente ao gênero feminino. Os papéis são bem definidos e o cuidado perpassa os conceitos tradicionais de saúde, englobando a alimentação, o trato com crianças, animais, plantações até a busca por serviços de saúde.

Observa-se que essas mulheres enfrentam inúmeras dificuldades para desenvolver os cuidados relacionados com sua saúde, as quais se relacionam, principalmente, com a falta de transporte, condições financeiras precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo necessário que os gestores em saúde locais façam um diagnóstico mais aprofundado das comunidades quilombolas e suas dificuldades, para direcionar os recursos e as ações de saúde de forma personalizada, de acordo com as necessidades apontadas pela própria população.

Sugere-se ainda que o profissional de saúde da comunidade conheça e respeite os significados construídos pelas mulheres em torno do cuidado, compreendendo que estes manifestam, renovam e reafirmam os valores e princípios básicos da comunidade em que elas cresceram e residem. Destaca-se, assim, a importância de considerar o

cuidado à saúde em uma perspectiva cultural, ampliando o olhar sob este para além dos limites do modelo biomédico.

Considera-se que, a partir do conhecimento e do entendimento dessas práticas de cuidado, será possível ao profissional de saúde se aproximar da linguagem e da realidade simbólica construída por cada cultura e, com isso, produzir um cuidado focado nas necessidades expressas pelas entrevistadas.

Por fim, este artigo possui caráter inovador, devido à carência de estudos da temática na literatura e à forma de abordagem da metodologia, que foi exposta através de pistas. Constata-se, ainda, que são necessárias mais investigações sobre a cultura de cuidados das mulheres quilombolas, sendo que este estudo possui como limitação o pouco tempo em que a pesquisadora esteve nas comunidades quilombolas para a coleta dos dados, sendo que mais dias em cada local permitiriam investigações mais aprofundadas sobre os temas abordados.

REFERÊNCIAS

1. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1829-42.
2. Damásio A. *A estranha ordem das coisas: as origens biológicas dos sentimentos e da cultura*. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2018.
3. Santos, MG. Hierarquias raciais determinam relações interculturais entre negras/negros e quilombolas e não negros no sertão do São Francisco. *Revista ComSertões*. 2020; 8(1): 153-167.
4. Ferreira DF; Souza NMA; Batista EC. Sentidos de ser mulher cuidadora de um familiar com transtorno mental grave na região Amazônica. *Aletheia*. 2019; 52(2).
5. Marinho, TA. Territorialidade e Cultura entre os Kalunga: para além do culturalismo. *Caderno CRH*. 2017; 30(80): 353-70.
6. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 5. São Paulo: Editora 34. v. 1-5, 1995.
7. Passos E, Kastrup V, Escóssia L (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sullina, 2015.

8. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva (CEDEFES). Comunidades quilombolas em Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte: CEDEFES [citado em 2014 ago 08]. Disponível em: <https://www.cedefes.org.br/cd-de-dados-comunidades-quilombolas-de-minas-gerais/>.
9. Fundação Cultural Palmares (FCP). Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). 2019. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-3.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2019.
10. Martín D; Inoue SV; Silveira, C. Sobre a saúde em contextos migratórios transnacionais: processos que ultrapassam fronteiras teóricas e práticas. *Boletim do Observatório Saúde e Migração*. 2021; 1(1): 2-11.
11. Freitas TL. As buscas pelo Bem Viver Quilombola: Resistências, re-significações e traduções culturais identitárias no Quilombo dos Teixeiras [dissertação]. Mostardas/RS: Universidade Federal de Pelotas; 2016.
12. Silva GS, Silva VJ. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Revista Mosaico-Revista de História*. 2015; 7(2): 191-200.
13. Almeida SL. *Racismo estrutural*. São Paulo: Editora Jandaira, 2020.
14. Collins PH. *Black feminist thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. Nova York: Routledge, 2000.
15. Ribeiro D. *Lugar de fala*. São Paulo: Pólen Produção Editorial, 2019.
16. Carneiro S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo negro, 2011.
17. Miranda SVC. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2021; 25.
18. Hog Leal, L et al. Quintais produtivos como espaços da agroecologia desenvolvidos por mulheres rurais. *Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade*. 2020; 7(14): 31-54.
19. Santos Alves, ME et al. Necessidades ponderadas por mulheres que residem em áreas rurais no enfrentamento do tratamento oncológico. *Conjecturas*. 2022; 22(14): 115-130.
20. Schneider, CO et al. Mulheres rurais e o protagonismo no desenvolvimento rural: um estudo no município de Vitorino, Paraná. *Interações*. 2020; 21:245-258.
21. Bicalho, TEF et al. Mulher e identidade profissional: processos educativos, relações sociais de sexo e o mundo do trabalho. *Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica*. 2021; 2(21): e12656-e12656.

22. Sá SAAG, Galindo CC, Dantas RS, Moura JC. Dinâmica familiar de criança com a síndrome congênita do Zika vírus no Município de Petrolina, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(2).
23. Mayorga C, Coura A, Miralles N, Cunha VM. As críticas ao gênero e a As críticas ao gênero e a pluralização do pluralização do feminismo: colonialismo feminismo: colonialismo, racismo, racismo e política heterossexual e política heterossexual. *Revista Estudos Feministas*. 2013; 21(2):463-84.
24. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2018; 10(3): 847-55.
25. Ferreira CBC. Feminismos web: linhas de ação e maneiras de atuação no debate feminista contemporâneo. *Cadernos Pagu*. 2015; 44: 199-228.
26. Reis, MEA; Wiggers, R; Neto, SPG. “Só de ver a Gente Aprende”: Uma Etnografia dos Saberes e Práticas Alimentares de Mulheres que vendem Comida em Santarém/PA. *Iluminuras*. 2019; 20(51).
27. Kabad, JF; Pontes, ALM; Monteiro, S. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25: 1653-1666.
28. Zourabichvili F, Goldstein V. *O vocabulário de Deleuze*. Buenos Aires: Editorial Claridad, 2004.
29. Pereira, AS; Magalhães, L. A vida no quilombo: trabalho, afeto e cuidado nas palavras e imagens de mulheres quilombolas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2022; 27.
30. Manfrinate R, Sato M. A caminhada das mulheres quilombolas de mata cavalo delineando seu território por entre as trilhas da educação ambiental. *Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient*. 2012; 28: 47-61
31. Ferreira MRDS, Eiterer CL, Miranda SA. Raça e gênero na construção de trajetórias de mulheres quilombolas. *Revista Estudos Feministas*. 2020; 28(3).
32. Perianes MB, Ndaferankhande. Becoming Female: The role of menarche rituals in “making women” in Malawi. In: Bobel C, Winkler IT, Fahs B, Hasson KA, Kissling EA, Roberts TA (Ed.). *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*. London: Palgrave Macmillan. 2020.

33. Silva NN, Favacho VBC, Boaka GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(4).
34. James SA. The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(Suppl1):e00104416.
35. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Ethnic equity in accessing health services in Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pública*. 2008;10(1):58-71.
36. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(2):96-109.
37. Cassiano, M; Furlan, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicologia & Sociedade*. 2013, 25: 373-378.
38. Ferraz, CBR. A faísca do encontro: intervenções urbanas como ativadoras de outras territorialidades. *Indisciplinar*. 2017; 3(4): 134-158.

4.2 Produto 2

Itinerários Terapêuticos de Mulheres Quilombolas do Norte de Minas Gerais

RESUMO

Os quilombolas são grupos étnico-raciais, de ancestralidade negra e que tiveram seus territórios consolidados no Brasil em regiões periféricas, onde a precariedade de acessos a serviços de saúde é uma das consequências do isolamento geográfico. Nessa perspectiva, este estudo possui como objetivo conhecer o Itinerário Terapêutico adotado por mulheres quilombolas. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e suporte teórico no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman. O cenário de estudo foram 23 comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais. Neste estudo são apresentados os dados de 30 entrevistas de mulheres quilombolas, com idades entre 25 e 89 anos. Pela análise das falas das participantes, podem-se definir três categorias: o significado da saúde para as mulheres quilombolas; o sistema de cuidado profissional nas comunidades quilombolas; itinerário de cuidados nas situações vivenciadas pelas mulheres. Conclui-se que ainda existem fragilidades em relação à atenção à saúde junto a essas mulheres, devido a fatores como dificuldade de acesso aos serviços, o que revela um Itinerário Terapêutico mais relacionado às práticas populares presentes nas próprias comunidades quilombolas.

Descritores: Grupos Étnicos. Saúde da Mulher. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The Quilombolas are ethnic-racial groups, of black ancestry, and their territories were consolidated in Brazil in peripheral regions, where poor access to health services is one of the consequences of geographic isolation. In this perspective, this study aims to know the therapeutic itinerary adopted by quilombola women. This is a study with a qualitative approach and theoretical support in Arthur Kleinman's Health Care System model. The study scenario was 23 quilombola communities in the north of Minas Gerais. In this study the data from 30 interviews of quilombola women, aged 25 to 89 years. By analyzing participants' speeches, three categories can be defined: the meaning of health for quilombola women; the professional care system in quilombola communities; care itinerary in the situations

experienced by women. It is concluded that there are still weaknesses regarding health care with these women, due to factors such as difficulty access to services, which reveals a therapeutic itinerary more related to the popular practices present in the quilombola communities themselves.

Descriptors: Ethnic Groups. Women's Health. Maternal and Child Health Services. Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

O Itinerário Terapêutico (IT) é a busca de cuidados terapêuticos com o propósito de descrever e analisar práticas individuais e socioculturais relacionadas aos caminhos percorridos pelos indivíduos na busca pela solução de seus problemas de saúde. É incluída ainda a lógica que permeia todo esse caminho, constituído por múltiplas redes formais e informais¹.

Observa-se que a cultura é um dos determinantes do IT, devido à sua influência sobre o modo como as pessoas se relacionam e desenvolvem conhecimentos e atividades relacionadas à vida, como as cuidativas. O antropólogo Arthur Kleinman, desde os anos 1980, estuda a influência da cultura na percepção sobre saúde. Ele relata a existência de um sistema cultural, denominado de Sistema de Cuidados à Saúde, do qual fazem parte três subsistemas inter-relacionados: popular, *folk* (sistema informal) e profissional (sistema formal)².

Por meio do estudo desses subsistemas, é possível identificar aspectos que contribuem para a interpretação da doença e permite o desenvolvimento de mecanismos de cura distintos que são desenvolvidos de acordo com contexto cultural de cada indivíduo e grupo. Dessa forma, o IT é uma ótima forma para se conhecer e estudar as práticas e estratégias de grupos na busca pela resolução de seus problemas de saúde, principalmente indivíduos em situações mais vulneráveis, dentre os quais se destacam as quilombolas³⁻⁴.

Os quilombolas são grupos étnico-raciais, de ancestralidade negra e tiveram seus territórios consolidados no Brasil em regiões periféricas, onde a precariedade de acessos a serviços de saúde é uma das consequências do isolamento geográfico. Além disso, a literatura ainda é incipiente nessa temática, principalmente relacionada à saúde das mulheres quilombolas⁵.

Este estudo possui como objetivo conhecer o itinerário terapêutico adotado por mulheres quilombolas em comunidades tradicionais localizadas no Norte do estado de Minas Gerais.

MÉTODO

Este artigo é parte da pesquisa multiprofissional intitulada “Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais”.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman², que concebe que a saúde, a doença e os aspectos relacionados ao cuidado estão articulados como um sistema cultural que envolve o simbólico (constituído por valores, significados e normas de comportamento), o religioso e o familiar, sendo, assim, necessária a interação de três subsistemas: o popular, o sistema informal (folk) e profissional (sistema formal).

O IT é um processo dinâmico de busca por cuidado que envolve diferentes práticas terapêuticas em que se desenham múltiplas trajetórias assistenciais ou não, incluindo esses diferentes sistemas de cuidado que serão mobilizados em função das concepções de saúde e doença, das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes (sob a forma de redes sociais formais e informais) e da resolutividade obtida⁶⁻⁷.

O loco do estudo foi o estado de Minas Gerais, sendo que até o ano de 2019 existiam 397 comunidades quilombolas, distribuídas por mais de 155 municípios⁸. Dessas

comunidades, 310 foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Quanto aos quilombos, a região Norte de Minas Gerais concentra o maior número de territórios do estado, com 79 comunidades distribuídas por 28 municípios⁹.

Foram visitadas oito microrregiões, 16 municípios e 23 comunidades quilombolas. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020 pela pesquisadora. Foram entrevistadas 40 mulheres com idade a partir de 18 anos.

A produção de dados foi possibilitada por meio de encontros no próprio território, através da técnica de *Snowball*¹⁰ que consiste em solicitar a cada participante da pesquisa uma indicação para uma próxima participante, até alcançar o objetivo da pesquisa, sendo que, assim, foi se construindo um emaranhado de sentidos e vivências. Participaram das entrevistas mulheres de todas as comunidades, no intuito de conhecer melhor as especificidades de cada local. As falas foram gravadas em gravador eletrônico e tiveram duração aproximada de 40 minutos.

Os instrumentos de coleta de dados foram: 1) aplicação de formulário construído com base no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, que possibilitou a caracterização do perfil das participantes; 2) entrevista semiestruturada, que teve como instrumento um roteiro composto por cinco questões norteadoras que versavam sobre as vivências e experiências da mulher no que tange a questões relacionadas ao acesso aos serviços e cuidados em saúde, bem como seu trajeto pelos aparelhos sociais, que permitiram traçar o itinerário terapêutico, sendo todas as falas gravadas com gravador eletrônico, e processadas e organizadas em categorias temáticas; 3) cadernos de campo; 4) observação da participante; 5) fotografias evidenciando o modo de vida e de cuidar nas comunidades, que na fase de escrita desse artigo funcionaram como instrumentos memorialísticos ao ajudar a pesquisadora a recordar e associar os dados e imagens com a realidade vivenciada durante as coletas de dados.

Os ITs guiaram a análise dos dados, tendo emergido unidades de análise agrupadas em categorias semelhantes para melhor entendimento do leitor. Os dados de descrição de perfil são apresentados em texto no início da categoria dos resultados e discussão.

Para maior validade científica dos dados da pesquisa, foi realizada a validação das categorias elencadas por dois pesquisadores das metodologias qualitativas, externos a este estudo.

As mulheres que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O anonimato das participantes foi garantido por meio do uso de nomes fictícios. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, conforme Parecer 2.821.454.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 40 mulheres, cuja maioria possui idade entre 25 e 59 anos, e apenas um terço com idade igual ou acima de 60 anos. Este dado demonstra uma mudança da experiência vivenciada durante certas situações, como a gestação das mulheres mais jovens em relação às mulheres mais idosas, visto que a geração mais jovem pode ter tido acesso a recursos da tecnologia durante esses períodos, como a ultrassonografia e exames laboratoriais.

A minoria concluiu o ensino médio, demonstrando uma baixa escolaridade. A falta de adesão ao ensino escolar se deve às comunidades não possuírem uma escola de ensino médio em seu território e pela dificuldade em se transpor a distância para se chegar às cidades vizinhas. A baixa escolaridade pode influenciar o tipo de ocupação dos sujeitos e, conseqüentemente, a renda familiar, sendo que estudos demonstram que muitos quilombolas têm baixa escolaridade, um processo histórico em que esses indivíduos foram

excluídos desses espaços por falta de condições de permanência e falta de estabelecimentos de ensino no seu território¹¹.

A maioria se encontra casada / relação estável e atua como donas de casa. A partir desses dados, é possível inferir que as práticas seculares do patriarcado ainda perpetuam na comunidade, visto que a mulher ainda é considerada a cuidadora do lar, dos filhos e responsável pela organização domiciliar, enquanto o homem se torna o chefe e provedor da família.

Apesar de a maioria das entrevistadas receber benefício social, algumas possuem apenas este como único meio de renda. A baixa renda associada à baixa escolaridade enquadra esse grupo minoritário na situação de vulnerável. Isso porque a falta de recursos financeiros influencia na saúde das populações, pois cerceia o acesso a outras dimensões da vida, além de limitar o consumo, a produção e o cultivo da terra, a qual é uma característica imprescindível aos quilombolas¹¹.

Após análise das falas, emergiram três categorias: o significado da saúde e do cuidado para as mulheres quilombolas; o sistema de cuidado profissional nas comunidades quilombolas; itinerário de cuidados nas situações vivenciadas pelas mulheres, sendo esta última subdividida em três tópicos: o itinerário de cuidados das mulheres em situação de adoecimento agudo e crônico, o itinerário de cuidados das mulheres em situação de urgência e emergência, o itinerário de cuidados das mulheres na gestação, parto e puerpério.

O significado da saúde e do cuidado para as mulheres quilombolas

A saúde e a doença devem ser entendidas como um fenômeno biológico, individual, social e cultural, o que implica compreender como os indivíduos, na sua diversidade, pensam e vivem o que é o corpo e o cuidado. A procura de cuidados terapêuticos, por parte do

indivíduo ou da família, origina-se de situações diversas, sendo a morbidade um fenômeno objetivo e subjetivo, razão por que não existe uma demarcação nítida entre as variações da saúde e da doença. Um indivíduo pode sentir-se mais doente, abandonar mais precocemente suas atividades cotidianas, ausentar-se do trabalho por mais tempo, sentir-se mais incomodado que outro com os mesmos sintomas objetivos^{6,11}.

Lenta ou bruscamente transita-se da “normalidade” ao “patológico”, desencadeando um processo complexo, quanto à escolha do tipo de recurso a adotar, influenciado não só por fatores objetivos, mas também pelas representações que interferem nos significados da saúde e da doença, na opção por determinado recurso e nos itinerários em busca de cuidados terapêuticos¹³.

Esse cuidado antecede os momentos de adoecimento e não se restringe à trajetória assistencial, sendo a promoção da saúde e prevenção das doenças outro elemento marcante nas falas das mulheres:

A alimentação, a gente tem todo aquele cuidado, evitar gordura e doce, agrotóxicos. Comer natural. As caminhadas a gente faz indo pra roça que é longe lá na beira do rio. (Iris)

As benzeção também é bom demais, eu acredito muito... É a fé da gente que cura e traz alegria. (Joana)

Os hábitos de vida diários, como a alimentação, a prática de atividades físicas e a religiosidade, interferem no equilíbrio da saúde das mulheres. Os cuidados com alimentação e prática de atividade física, vistos como importantes na cultura das entrevistadas, por sua vez, envolvem desde a alimentação diversificada, a introdução de plantas medicinais, verduras e frutas caracterizadas como benéficas na alimentação, a redução de açúcar, sódio e gordura e a preferência por alimentos de tradição familiar, associadas às caminhadas para cuidar de suas próprias hortas e roças¹⁴⁻¹⁵.

A fé cumpre importante papel na superação das dificuldades vivenciadas diante do cuidado, bem como na potencialização da terapêutica, sendo que as crenças, ritos religiosos, a devoção a santos e as rezas são importantes na melhoria da saúde de modo geral, na prevenção e no tratamento de doenças e condições para a mulher quilombola¹⁶⁻¹⁷.

Outro elemento importante que emergiu das falas foi que a maioria atribui o significado de saúde a conseguir desempenhar as atividades de sua responsabilidade dentro do contexto familiar e da comunidade.

“A saúde é o mais importante nessa vida, pra gente trabalhar, cuidar da família e da casa, da horta e dos bicho e ir nas coisas da comunidade.” (Tereza)

“Ficar doente é a pior coisa que tem, meus serviço fica tudo feito pelas metade, eu trabalho mais não é do mesmo jeito” (Lúcia)

“As parenta que ajuda na hora da doença fazendo alguma coisa pra dar de comer os menino” (Lúcia)

As mulheres acumulam jornadas diárias de trabalho, pois são responsáveis pelos afazeres domésticos, cuidados com os familiares, cuidam dos animais de pequeno porte e, por fim, são responsáveis também pela organização e execução de ações relacionadas aos aspectos políticos e religiosos. A saúde significa estar bem e conseguir ser produtiva em sua comunidade, e a doença constitui um desarranjo que limita essa mulher de alcançar seus objetivos diários e o cuidado com os entes queridos¹⁸.

No tocante ao subsistema familiar, uma referência primária é a rede de parentesco. Mães e avós se associam ao papel de cuidadoras da família e de si próprias, o que vai ao encontro da visão social e culturalmente construída de que o cuidado é um ato feminizado, que foi atribuído à mulher por uma herança patriarcal. É curioso notar que, a despeito das transformações na estrutura e na dinâmica familiar, nas relações de gênero, da inserção

crecente das mulheres no trabalho, em todas as situações descritas, são as mulheres que se mobilizam em relação ao cuidado^{7,19}.

“Aqui as mulher cuida de todo mundo e tem vez que da gente mesma, quando dá tempo.” (Lúcia)

Esses relatos são importantes visto que a mulher quilombola pode descuidar de si mesma, mesmo sabendo da importância de estar bem para dar continuidade a seus afazeres. O cuidado sobre o outro acaba se sobressaindo, sendo este gesto visto como fundamental para a qualidade de vida e de bem-estar do eixo familiar e da comunidade²⁰.

A íntima relação entre trabalho e saúde é elencada pelas falas nessa categoria ao relacionarem as doenças sérias com as condições que impedem a realização das atividades cotidianas, sendo assim a incapacidade para o trabalho o principal disparador pela busca pelo sistema de cuidado profissional, discutido no tópico a seguir.

O sistema de cuidado profissional nas comunidades quilombolas

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de unidades funcionais e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado nos municípios. Essas redes regionalizadas deveriam garantir respostas às necessidades de saúde dos usuários, uma vez que podem ser consideradas a essência da organização e do funcionamento do sistema de saúde. Para tanto, devem suprimir barreiras aos itinerários regionais ao facilitar o acesso, com oferta suficiente de serviços e racionalidade nos gastos²⁰⁻²¹.

Os serviços ofertados nessas redes podem ser divididos em níveis de complexidade, sendo que no nível primário estão os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), com seus

centros de saúde, postos de saúde e Unidades de Saúde da Família. No nível secundário, estão os Centros de Referência, ambulatórios e hospitais gerais e, no nível terciário, estão os hospitais e ambulatórios especializados, que prestam serviços de alta complexidade.

A maioria dos municípios apresentavam nas redes de saúde ambulatórios, hospitais gerais de pequeno porte e os serviços de APS. Alguns possuíam apenas serviços de APS. Em geral, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizavam-se na sede e nas zonas rurais. A zona rural contava com “pontos de apoio”, espaços simplificados que permitiam o atendimento às populações remotas. Algumas comunidades rurais não possuem nenhum posto de apoio em seu território, e os cuidados prestados são realizados por profissionais da saúde advindos da cidade referência, conforme cronogramas pré-definidos pelo gestor de saúde. Nessas comunidades os moradores precisam se deslocar alguns quilômetros até a comunidade vizinha ou cidade referência para conseguir atendimentos em saúde.

“Quando passa mal de verdade o único lugar que tem aqui pra acudir é o postinho.” (Vitória)

Nas comunidades que possuem oferta de serviços de saúde, ele se concentra nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), denominado “postinho” pelos moradores e ofertam serviços de consulta médica e de enfermagem, distribuição de remédios e exame de prevenção de câncer de colo de útero (PCCU) em mulheres, algumas poucas equipes possuem odontólogo. A infraestrutura das ESF é considerada inadequada, pois os locais carecem de materiais e insumos básicos para a realização de alguns procedimentos de saúde.

“Aqui é difícil ter médico, vem aí na associação a cada 2 meses e sempre um diferente, muda direto.” (Carla)

As mulheres relatam que existe uma alta rotatividade de profissionais de saúde nessas ESF, sendo este um problema para as moradoras, pois influencia nos tratamentos contínuos e

no atendimento da população. A distância e as vias não asfaltadas são os motivos mais destacados para explicar a troca frequente de profissionais de nível superior.

“Ainda bem que tem a agente da saúde que é minha vizinha e as vezes consegue trazer a técnica pra medir a minha pressão.” (Sebastiana)

A ESF é a principal porta de entrada para o sistema de cuidado profissional nas comunidades quilombolas, sendo que o trabalho dela se concentra a maior parte no serviço de visitas domiciliares e acompanhamento mensal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nessas visitas o ACS dá orientações de prevenção aos agravos e doenças e oferta a marcação de consultas agendadas para as mulheres, como a de coleta de PCCU, acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, convite para os raros grupos educativos que informaram já ter participado na unidade. Algumas vezes as mulheres relatam que já tiveram a pressão arterial aferida pelos técnicos de enfermagem da ESF durante visitas domiciliares.

Parte dos municípios onde estão as comunidades quilombolas contava com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde com assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista e psicólogo, em articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE) e Programa Bolsa Família, sendo que as mulheres relataram que o tempo de espera para acesso à consulta com esses profissionais é longo e que, muitas vezes, o agendamento não acontece. Ainda referem que, para irem às consultas, precisariam se deslocar até o município sede e que não têm meios de transporte ou condições financeiras para fazê-lo.

“Eu tive o tal do câncer, tinha que ir no ônibus da saúde pra cidade pra fazer os tratamento, o carro da associação levava eu até o ponto de pegar, ficava o dia todinho fora.” (Dolores)

Para tratamentos de alta complexidade, como alguns tipos de câncer, cirurgias e exames de imagem, a referência dos municípios é Montes Claros, maior cidade do Norte de Minas Gerais, e Belo Horizonte. A maior parte da oferta especializada estava concentrada nos municípios sede das regiões. Serviços como hemodiálise, quimioterapia e radioterapia são realizados em Montes Claros e os pacientes são levados em transportes da saúde, como ônibus, dos municípios. Houve consenso quanto à restrição da oferta de serviços especializados, sendo uma das alternativas os Consórcios Intermunicipais de Saúde, financiados pelos municípios.

Ao recorrerem ao pagamento de consultas e exames especializados pela dificuldade de acesso ou para agilizar o tratamento, as mulheres contaram com recursos de familiares, político, amigos e empréstimo bancário. Além do auxílio financeiro, o sistema informal foi muito presente nas trajetórias assistenciais pelo sistema profissional para a indicação de profissionais, marcação de exames/consultas e para o acompanhamento das mulheres. Também foi identificado apoio de instituição de caridade (casa de apoio a pessoas com câncer) no município sede.

Itinerário de cuidados nas situações vivenciadas pelas mulheres

O itinerário de cuidados das mulheres em situação de adoecimento agudo e crônico

A análise dos ITs de mulheres em situação de adoecimento crônico revelou dois padrões de busca de cuidado: um direcionado para o cuidado oferecido pelo sistema profissional e outro focado em uma busca plural de cuidado, contemplando os sistemas informal, popular e profissional em diferentes combinações e situações.

Para as doenças classificadas como sérias, as manifestações exigiram cuidado profissional; para os sintomas e condições tidas por eles como simples, elas foram remediadas

pelo sistema informal e popular. O cuidado oferecido pelo sistema informal é constituído pela família, amigos, chás, entre outros e o sistema popular pelas benzedeadas, curandeiros, padres, pastores e outros líderes religiosos, sendo este resultado semelhante ao de outros estudos^{11,22}.

Outras pesquisas direcionadas para IT apontam também a existência da classificação de doenças em sérias ou simples como norteadoras das práticas de cuidado. Nesses itinerários, a primeira escolha de cuidado para condições simples foi o setor informal, por meio de automedicação; caso os sintomas não aliviassem, o setor profissional foi acionado, seguido pelo setor popular. Já, no caso de doenças consideradas sérias, a primeira escolha foi sempre o setor profissional, fato esse evidenciado pelas falas a seguir:

“Quando eu vejo uma coisa grave que me incomoda já vou logo atrás de consulta, já faço remédio” (Carla).

“Se a doença for simples a gente mesmo faz um chá, uma benzeção ou toma um remedinho que já passa” (Deia)

Além dos remédios caseiros, há uma ligação com as crenças em busca da cura, de modo que é preciso tomar o remédio e acreditar no seu efeito²²⁻²³. Essa dinâmica baseada na medicina popular foi identificada nas entrevistas, além da crença na cura das doenças agudas através do poder da religião e fé do sujeito. Outro elemento importante no caso das doenças agudas foi o acionamento da rede familiar de apoio, através das mulheres, vizinhas e amigas, conforme as falas a seguir:

“As benzeção também é bom demais, eu acredito muito sabe, minha vizinha que benze” (Ana).

“A avó sempre que vê a gente tossindo já faz um chá, um xarope de poejo pra melhorar” (Clarissa).

Nos casos de doenças crônicas, as principais relatadas durante as entrevistas foram os problemas de coração, como chagas, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes. O controle

dessas doenças é realizado através de medicamentos prescritos em sua maioria pelos profissionais das ESF e por mudanças no estilo de vida, que vão desde a alimentação balanceada até caminhadas pela comunidade. Exames raramente fazem parte do controle das doenças. A grande maioria das entrevistadas refere dificuldade para acesso ao sistema profissional nesses casos de acompanhamento, conforme as falas a seguir:

“Quano vem a doença igual a pressão que descontrola é difícil demais pra consultar, aí acabo esperando sarar na casa mesmo”

(Rosa)

“Não consigo as coisas pelo SUS, exame de controle. Pra nós do quilombo tudo é mais difícil” (Glória).

Na maioria dos casos, as mulheres precisam se deslocar para as cidades mais próximas para conseguir realizar exames e consultas com profissionais de saúde. Existem ainda outros fatores políticos e socioeconômicos que interferem em relação ao usufruto dos serviços de saúde, como exemplo a ausência de profissionais de saúde que atuem de forma periódica no território^{19,23-24}.

Outro problema é que geralmente os profissionais que as assistem não consideram a forma e os instrumentos que comumente essas comunidades utilizam na sua prática do cuidar. O que evidencia claramente o descumprimento dos princípios que norteiam a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), como os da universalidade, integralidade e equidade, afetando, assim, a forma de essas pessoas usufruírem de seu direito à saúde²⁵.

Vale destacar que as mulheres quilombolas vivenciam a interseccionalidade, que se trata de sistemas discriminatórios de opressões tanto políticas quanto sociais que intensificam as iniquidades, o que, conseqüentemente, é uma barreira para o exercício pleno de sua própria cidadania²⁶⁻²⁸.

Mais um ponto que reforça a situação de vulnerabilidade das comunidades quilombolas é o fato de que a oferta pública de saúde, além de se concentrar nas sedes dos municípios, ocorre de acordo com a demanda dos profissionais e gestores, e não dos usuários¹⁹.

Assim como em outros estudos, as mulheres apontaram como pontos decisivos para muitas vezes não buscarem ou não conseguirem acesso ao sistema profissional a demora no atendimento, a falta de fichas e o horário e dias de atendimento que não condizem com a necessidade de muitas mulheres. Todavia, pontuaram que a existência de unidades básicas nas próprias comunidades rurais poderia contribuir efetivamente para a promoção da saúde da população que ali reside.

O itinerário de cuidados das mulheres em situação de urgência e emergência

São consideradas situações de urgência aquelas em que há um processo agudo clínico ou cirúrgico sem risco de vida iminente e de emergência aquelas em que há um risco iminente de vida²⁹. Nos quilombos, as mulheres relatam que a APS é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive as urgências e emergências, tendo a mesma relevância e responsabilidade durante a prestação de serviço. Os profissionais devem ofertar os primeiros atendimentos de forma adequada e resolutiva ao paciente grave, pois seu desempenho interfere de forma significativa sobre o prognóstico do paciente³⁰.

É desse elemento da rede de assistência que costumam partir todos os outros componentes, como o acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a atenção especializada e as internações, entre outros, tentando assegurar a integralidade da atenção³¹.

É válido ressaltar que a maioria das comunidades quilombolas fica em locais isolados e de difícil acesso, inclusive para as ambulâncias do SAMU, e que na maioria dos locais não

possui o serviço à disposição, sendo que a população precisa buscar o serviço de saúde mais próximo com meios de condução próprios ou da comunidade em que residem.

O IT nos casos de doenças graves das comunidades em estudo teve como ponto de partida os cuidados fornecidos no sistema familiar, traduzidos na assistência fornecida, como a prestação de cuidados, executados em sua grande maioria por mulheres, pois é esta quem luta com as atividades da vida diária, lida com a dor e com a existência de problemas de saúde, inclusive esses mais complexos³².

Evidenciou-se a necessidade da ajuda dos familiares e vizinhos ao deparar-se com situações de saúde graves. Levando em consideração a dificuldade de acesso e de transporte até um serviço de média/alta complexidade, emergiram relatos de que pessoas próximas eram a referência mais viável para tentar solucionar o problema no primeiro momento, conforme as falas apresentadas a seguir.

“Aqui nós não temos carro, então quando passa mal é a Associação que acode com o carro”. (Marisa)

“Meu marido me jogou na garupa da bicicleta e fomos pra cidade pra eu ganhar o menino”. (Dolores)

O principal determinante das falas é a dificuldade de acesso que elas têm de ir direto à cidade em casos mais complexos, fato que será abordado também no próximo tópico. Autores³³ debatem a importância do elo familiar, apontando em seus estudos o peso da presença da família em situações de adoecimento e como ela pode ajudar no prognóstico do indivíduo.

O itinerário de cuidados das mulheres na gestação, parto e puerpério.

Nessa categoria, destaca-se primeiramente como o conhecimento ancestral quilombola auxilia o processo de cuidado dessas mulheres nos períodos da gestação, parto e puerpério. A

promoção, prevenção e tratamento perpassam por credíes e rituais adquiridos ao longo do tempo, presentes no sistema popular dessas comunidades. É importante ter um olhar ativo voltado ao conhecimento dos praticantes terapêuticos desses locais (benzedeiras, parteiras) no manejo de ervas medicinais encontradas no entorno das comunidades e sua utilização na manutenção da saúde das mulheres³⁴⁻³⁵.

Foi observada ainda uma falta de procura pelos cuidados de saúde institucionalizados, que se justifica pela dificuldade dessas mulheres em marcarem consultas e exames na APS comuns na gravidez devido à demanda reprimida. Foi relatado um descontentamento das mulheres em relação à assistência de saúde recebida. Destas, a maioria não obteve um acompanhamento gestacional adequado pela equipe de saúde como mostram as falas:

De uns eu fiz pré-natal, de outros não fiz. Consegui fazer exame de sangue dos que eu fiz. E ultrassom de dois, só de dois, esses eu vi o que que era antes de nascer (Lurdes)

Aqui não tem médico não minha fia pra pré-natal, a gente quando sente muito mal nas gravidez que tem que sair daqui...(Maria).

A assistência pré-natal ocorre de forma irregular, em detrimento da falta de recursos para deslocamento aos meios urbanos. O acompanhamento da gestação se torna precário, ao ponto de negligenciar o conhecimento do sexo do bebê pela mãe. O pré-natal, que não é realizado de forma adequada pelas mulheres, possui a importância de identificar precocemente doenças tanto da mãe quanto do feto, permitindo uma evolução gestacional saudável, com posterior redução de riscos durante o processo de parturição e puerpério, reduzindo a morbimortalidade materno- infantil³⁴.

O processo de parturição foi adaptado ao longo do tempo, sendo auxiliado geralmente pelas parteiras, um grupo de mulheres que obtiveram conhecimento sobre o parto por meio das gerações anteriores, e que fazem parte do sistema informal de cuidados em saúde. As parteiras são mulheres com o conhecimento adequado capaz de entender toda a percepção íntima do nascimento, em qualquer região brasileira. Possuem também conhecimento acerca de cuidados relacionado à gravidez e ao período puerperal (aborto, resguardo e cuidados com o recém-nascido)³⁵.

A parteira possui um papel fundamental no incentivo e cuidado da gestante no seu processo de parir. Apesar de atualmente a maioria das entrevistadas terem seus filhos em ambiente hospitalar, algumas, principalmente as mais idosas, tiveram seus filhos com auxílio dessa cuidadora e demonstram respeito e carinho por essa figura:

“Eu pari uns menino com a parteira, e uns foi sozinha mesmo, eu paria, segurava e enrolava num pano...” (Luci)

*“O minino nasceu, mas foi difícil, veio todo machucado, chorando pouco, se não fosse a parteira que era boa demais tinha morrido”
(Cida)*

“As parteira que tinha aqui era boa, cuidava da gente, dava apoio, a agente não passava medo na hora de parir (Railda).

Os cuidados terapêuticos prestados pelas parteiras nessas comunidades se mostraram valiosos. Em casos extremos, quando não há o tempo hábil de deslocamento para os hospitais para recebimento de acompanhamento durante o parto, as parteiras desempenham um papel fundamental, auxiliando a parturiente durante o período de expulsão do bebê. O trabalho delas dentro do sistema informal também não se resume ao auxílio dos partos; este

ser prestador de cuidados possui um arsenal de atribuições, desde a manutenção da saúde da mãe-filho durante o período gestacional, até nos cuidados no pós-parto.

Autores³⁵ afirmam que as parteiras, a partir do conhecimento tradicional acerca das ervas medicinais, produzia uma diversidade de chás e infusões para conforto da parturiente durante o trabalho de parto, com amenização das dores. Como forma de acompanhamento integral da cliente, elas se instalavam na casa da mulher até a queda do coto umbilical.

O trabalho da parteira ou outra feminina dentro do meio familiar continua nos cuidados pós-parto da mãe e do recém-nascido, quando são utilizadas plantas e ervas na fabricação de chás e banhos de assento na tentativa de evitar hemorragias puerperais e infecções³⁵. O sistema informal e o popular são os mais acionados no puerpério para as ações de cuidado à saúde.

“A gente dava o menino o peito e remédio do mato pra limpar dentro dele e tomava também” (Geralda)

“Os meninos nasciam tudo, a parteira aparava, dava remédio margoso, a benzedera já cortava o mal olhado, e a gente ficava boa rapidinho depois que nascia” (Antonia).

O uso de chás, banhos e rezas, também no período da gestação, parto e puerpério, mostra a cultura das mulheres quilombolas, ou seja, a cultura de um povo e sua memória, revelando a ligação do modo de vida relacionado ao meio ambiente e ao cuidado³⁶.

Tais saberes ainda estão presentes na contemporaneidade e nas práticas das mulheres pertencentes a comunidades quilombolas. Nessa perspectiva, a medicina popular é, então, uma prática compartilhada na comunidade quilombola, entre parentes, amigos e vizinhos que possuem a mesma visão de mundo, que oferece respostas concretas aos problemas de doenças³⁶⁻³⁷.

Foi possível observar nesse tópico que o IT das mulheres quilombolas se concentra nos conhecimentos populares e no suporte de parteiras, familiares e comunidade em geral, e que elas relatam encontrar dificuldades de acesso aos cuidados em saúde institucionalizados. Tais resultados reforçam a necessidade de que sejam repensadas as estratégias de atenção à saúde junto às comunidades quilombolas, devendo ser consideradas todas as suas particularidades sociais, culturais, epidemiológicas e, principalmente, a sua localização que é, em sua maioria, rural. Dessa forma, ações inclusivas e estratégias mais efetivas de promoção da equidade são essenciais para diminuir os danos recorrentes que o racismo institucional tem impactado nas comunidades quilombolas^{18, 38}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível conhecer não apenas o IT das entrevistadas, mas também o significado da saúde e as barreiras existentes para o acesso aos serviços de saúde.

Conhecer esses significados, barreiras e caminhos é fundamental para que sejam repensadas as estratégias e as políticas públicas que envolvem as comunidades quilombolas. Foi possível conhecer um pouco mais sobre a prática popular de saúde, o que reforça a necessidade de os profissionais de saúde não apenas conhecê-las, mas também considerá-las ao realizar suas ações de cuidado junto a essa população, fortalecendo a participação das comunidades ao longo de todo o processo de cuidado.

É válido reforçar que, apesar de todos os avanços do SUS, ainda são necessárias ações que realmente ofereçam a essa comunidade serviços pautados nos princípios que norteiam o sistema de saúde, como a universalidade, integralidade e equidade, para que, assim, sejam oferecidos serviços que atendam às reais necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1): 179-189.
2. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. 1976; 12 (1): 85-93.
3. Pimenta MM, Oliveira RCA Contribuição da Sociologia para o Ensino em Saúde. *Revista Linhas*. 2020. 21(45): 260-284.
4. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. 2018; 28: e280205.
5. Salatino ACC, Rosa SHD, Oliveira AS. (orgs.). *Relações étnico-raciais: saberes e visibilidades necessárias*. São Paulo: Pimenta Cultural; 2021.
6. Gerhardt, TE et al. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. In: *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 2016. p. 221-221.
7. Gerhardt TE et al. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS / UERJ - ABRASCO, 2016. 440p. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/5447>
8. Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva (CEDEFES). Comunidades quilombolas em Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte: CEDEFES [citado em 2014 ago 08]. Disponível em: <https://www.cedefes.org.br/cd-de-dados-comunidades-quilombolas-de-minas-gerais/>.
9. Fundação Cultural Palmares (FCP). Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). 2019. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-3.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2019.
10. Ferreira Breno O et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*. 2017; 27(4): 1023–1038.
11. Fernandes SL, Santos AO. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. *Psicologia: Ciência e profissão*. 2019; 39.
12. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2449-2463.
13. Teixeira IMC, Oliveira MW. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1341-1354.

14. Lima ARA et al. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014; 23(2):365-372.
15. Zilmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Revista Escola de Enfermagem*. 2012; 46(6):1371-1378.
16. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(66): 903-914.
17. Sousa V. *Dandaras do sertão: percebendo a luta e a vida das mulheres quilombolas que resistem*, 2016. Disponível em:
<http://www.enga.com.br/anais/GT/GT%209.../Viviane%20Sousa%20..docx>. Acesso em: 8 fev. 2022.
18. Prates LA et al. Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2018; 10(3):847-55.
19. Matos LR et al. O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2020; 19:1-9.
20. Almeida PF et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37:1-21.
21. Burille A, Gerhardt TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde e Sociedade*. 2014; 23:664-676.
22. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface*. 2018.
23. Silva NN et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(4):1-9.
24. Lima KD. *Raça e Violência Obstétrica no Brasil*. 25 f. Monografia – Programa de pós graduação em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.
25. Viegas DP, Varga ID. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(3):619-630.
26. Akotirene C. *Intersecssionalidade*. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
27. Santos ANS, Nascimento ER. Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. *Revista Baiana de enfermagem*. 2019; 33: 1-15.

28. Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York: Routledge; 1991.
29. Celeste LEN, Maia MR, Andrade VA. Capacitação dos profissionais de enfermagem frente às situações de urgência e emergência na atenção primária a saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021; 10(12):e443101220521-e443101220521.
30. Hermida PMV et al. Percepção de Equipes de Saúde da Família Sobre a Atenção Básica na Rede de Urgência. *Rev Enferm UFPE* 2016; 10 (4): 1170-1178.
31. Farias DC et al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. educ. med* 2015; 39 (1): 79-87.
32. Younes S, Rizzotto MLF, Araujo ACF. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. *Saúde debate* 2017; 41 (115): 1046-1060.
33. Batista MJ, Vasconcelos P, Miranda R, Amaral T, Geraldês J, Fernandes AP. Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Rev. Enf. Ref.* 2017; 4 (13): 83-92.
34. Tavares F. et al. *Saberes e fazeres terapêuticos quilombolas: Cachoeira, Bahia – 2. ed.* – Salvador: EDUFBA, 2019.
35. Pimenta DG et al. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2013; 12(2):494-505.
36. Bonfim JO et al. Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2018; 31(3): 2-11.
37. Wusch S et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. *Esc Anna Nery*. 2018; 18(3):533-538.
38. Guedes ACB; Corbin H. Mulheres Quilombolas e medicina popular: um estudo de caso em Santa Rita de Barreira, Pará. *Amazônica – Revista de Antropologia*. 2020; 12(1): 123-143.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta tese, percebeu-se o quanto os encontros, diálogos e afetações produzidos nos territórios geográficos e existenciais, face a face com cada mulher quilombola, na mistura de sujeitos e pesquisadores, permitiram compreender os modos de vida e cuidado em saúde dessa população. As comunidades situam-se no meio rural e periurbano. Nesses cenários, são vivenciadas inúmeras desigualdades e dificuldades que influenciam diretamente nas condições de vida e de saúde das mulheres entrevistadas.

As comunidades apresentam como características comuns as precárias condições de habitação, saneamento básico e acesso a serviços públicos, como educação e saúde, além da falta de investimentos em estradas e transporte público.

O primeiro artigo, uma cartografia dos cuidados em saúde da mulher quilombola, inova no quesito metodológico, ao ser o primeiro artigo no país a percorrer diversos territórios quilombolas aplicando as oito pistas do método cartográfico de Passos, Kastrup e Escossia (2015) na construção de um rizoma. Os detalhes do artigo transportam o leitor para as comunidades e para as experiências vivenciadas naquelas estradas tão difíceis.

Este estudo evidencia que existe uma intersecção das desigualdades, na qual a mesma pessoa pode se encontrar em diferentes posições, a depender de suas características. Assim, o elemento representativo das experiências das diferentes formas de ser mulher quilombola estaria assentado no entrecruzamento entre gênero, raça, classe, geração, sem predominância de algum elemento sobre outro, o que colabora diretamente para a manutenção das iniquidades sociais.

A cartografia ainda destacou como os processos de subjetivação foram sendo rastreados e revelados por meio das linhas e da rede de conexões e significados existentes entre as mulheres, a vida em comunidade e os cuidados para a manutenção e equilíbrio da saúde e da qualidade de vida.

Entende-se que esses significados atrelados ao cuidado à saúde podem sofrer modificações de acordo com os contextos social, histórico, familiar e cultural, nos quais estão inseridos os indivíduos. Ademais, visualiza-se que esses significados resultam de um processo de construção pessoal e singular, que reflete na maneira como as mulheres quilombolas pensam, sentem e agem em relação à saúde e à própria vida.

Entre as mulheres da comunidade quilombola estudada, o cuidado à saúde mostrou-se condicionado ao trabalho, alimentação, higiene íntima, o uso de chás, atividade física e ações

de prevenção de agravos à saúde, a partir da realização de exames preventivos, do acesso a consultas, da fé e das práticas culturais ancestrais nas terapias naturais. Com isso, elas indicaram um caminho que pode ser seguido para se tentar abordar essa temática a partir do interesse e do olhar desse grupo.

O segundo artigo segue a mesma temática das práticas de cuidado, mas vai além ao percorrer os itinerários terapêuticos vivenciados pelas mulheres em suas buscas promoção à saúde e recuperação das situações de adoecimento

Observa-se que elas enfrentam inúmeras dificuldades para desenvolver os cuidados relacionados com sua saúde, evidenciando a menor disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, razão por que as pessoas precisam percorrer grandes distâncias, além falta de transporte e condições financeiras precárias. Demonstrou-se, por meio dos relatos das mulheres, aspectos como a inadequação funcional dos serviços, a baixa qualidade das práticas em saúde, a carência e a má qualidade de recursos tecnológicos e humanos, os problemas para se ter ingresso aos diferentes níveis de saúde e a baixa resolubilidade desses serviços.

Os princípios do SUS nessas áreas estão comprometidos devido ao isolamento geográfico, aos horários de atendimentos que não contemplam essas pessoas que precisam se deslocar por uma grande área até chegar aos serviços, às longas filas e ao período de espera para os atendimentos, sem levar em consideração a necessidade de alimentação e o tempo de que as usuárias necessitam para retornar a seus lares. Ademais, existe a dificuldade de agendamentos, a falta de acolhimento, o não cumprimento dos dias e horários de funcionamento, ausência de profissionais nos serviços, entre outros.

Esses fatores se agregam à precariedade do vínculo dos profissionais com os usuários, à ausência de profissionais comprometidos com a comunidade, que respeitem e cumpram os dias e horários de atendimento e a uma infraestrutura deficitária, deixando evidente a falta de investimentos do governo em políticas públicas para esse grupo específico.

Essas iniquidades sociais devem ser combatidas pelo Estado por meio da promoção do fortalecimento das políticas públicas de equidade já existentes e voltadas para a população quilombola. Destaca-se a necessidade de uma maior articulação das políticas de promoção da igualdade racial, de educação quilombola, de acesso ao mercado de trabalho e de saúde – da família, da população negra, além de esforços para que ocorra a participação democrática de todos os atores envolvidos, principalmente das mulheres quilombolas.

Almeja-se que este estudo desperte reflexões e estimule a elaboração de estratégias de saúde, que levem em consideração as características apresentadas por este grupo de mulheres,

e valorizem e respeitem as suas especificidades e histórias de vida. Considera-se que pesquisas como esta possam dar visibilidade às mulheres quilombolas, contribuindo para ações mais resolutivas diante dos agravos vivenciados por elas.

Com a titulação, almeja-se a continuidade na realização de estudos com foco na saúde da mulher negra, da população quilombola, dos povos e comunidades tradicionais, além de realizar mais aprofundamentos nas metodologias qualitativas de pesquisa, com o mesmo objetivo desta tese: o de entender os significados das experiências humanas e traduzir em palavras aquilo que, muitas vezes, não pode ser dito, apenas sentido.

Pretende-se, após a defesa desta tese, que seja dado um retorno da pesquisa aos municípios estudados, por meio de um podcast ao WhatsApp dos líderes comunitários e gestores locais, além de um manual instrutivo sobre os principais pontos envolvidos no cuidado à saúde da mulher quilombola. Espera-se que este produto possa subsidiar as ações de profissionais de saúde e gestores locais na tomada de decisões frente a essas mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2020.

BAIROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Estudos Feministas – Dossie Mulheres Negras**, Florianópolis, v. 3, n. 3, 1995.

BARROS, V. S.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, R. Processos de saúde e doença no campo sagrado e as narrativas de ressignificação corpórea: O caso das cirurgias espirituais no Hospital Espiritual Casa de Hansen. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 23, n. 1, 2021.

BORRET, R.H et al. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde;1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. 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; 2004.

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

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2003d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 29 janeiro. 2022.

CALDART, R.S. et al. (Org.). **Dicionário da Educação do Campo**. São Paulo – Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular; 2012.

CARNEIRO, S. **Epistemicídio, Geledes**, 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/epistemicidio/>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. Selo Negro; 2015.

CARVALHO, A. P. C. Tecnologias de governo, regularização de territórios quilombolas, conflitos e respostas estatais. **Horizontes Antropológicos**, ano 22, n. 46, p. 131-157, 2016.

CEDEFES, Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva. **Comunidades quilombolas em Minas Gerais**. Disponível em: <https://www.cedefes.org.br/cd-de-dados-comunidades-quilombolas-de-minas-gerais/>. Acesso em 29 de outubro de 2021.

COLLINS, P. **Black feminist thought**: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. New York: Routledge; 1991.

COLLINS, P. H. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 99-127, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/RmjB7R>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión**. Santiago, Chile: CEPAL; 2020.

DAVID, C. et al. **Antropologia das populações rurais**. 1. ed. Santa Maria, RS: UFSM, NTE, UAB, 2017.

DOMINGUES, P. M. L. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285-292, 2013.

DORNELAS, P. M. As noções de masculino e feminino: concepções ideológicas e papéis de gênero. Orientador: João Fernando Rech Wachelke. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

DOWBOR, T. P. **O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. Orientadora: Marcia Faria Westphal. 2008. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERNANDES, L. F. A. **Minorias e grupos vulneráveis: políticas públicas para promoção de inclusão**. Orientadora: Anna Paula Baguetti Zeifert. 2021. 36 f. Monografia, Curso de graduação em Direito, UNIJUÍ - Universidade Regional Do Noroeste Do Estado Do Rio Grande Do Sul, Ijuí, 2021.

FERREIRA, V. C. et al. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: agravos no contexto de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, supl. 01, 2020.

FITA, D. S.; COSTA-NETO, E. M.; SCHIAVETTI, A. “Offensive” snakes: cultural beliefs and practices related to snakebites in a Brazilian rural settlement. **Journal Ethnobiol Ethnomed**, v. 6, n. 13, p. 1-13, 2010.

FONSECA, A.; JACCOUD, L.; KARAM, R. Do Bolsa Família ao Brasil sem Miséria: o desafio de universalizar a cidadania. In: MONTALI, L. (org.). Proteção social e transferência de renda. **Caderno de Pesquisa NEPP**, n. 86, 2018.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. 2019. Disponível em: <http://www.palmars.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-3.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2021.

GERHARDT, T. E et al. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. In: **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 2016. p. 221-221.

GERHARDT, T.E; et al. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS / UERJ - ABRASCO, 2016. 440p. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/5447>

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>

GROSSI, P. K.; OLIVEIRA, S. B.; OLIVEIRA, J. L. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, número especial da VIII JOINPP, p. 929-948, 2018.

GUEDES, A. C. B.; CORBIN, H. Mulheres Quilombolas e medicina popular: um estudo de caso em Santa Rita de Barreira, Pará. **Amazônica – Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, 123-143, 2020.

KILOMBA, G. "**Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism**" Münster: Unrast Verlag; 2012. Disponível em: <https://goo.gl/w3ZbQh>. Acesso em: 25 jan. 2022

KING, Deborah K. Multiple jeopardy, multiple consciousness: The context of a Black feminist ideology. *Chicago Journal*, v. 14, n. 1, p. 42-72, 1988.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LIMA, A.B.M et al. O espaço da mulher na sociedade: uma reflexão a partir de o Segundo Sexo de Simone de Beauvoir. **Revista AlembrA**, v. 1, n. 3, 2019.

LIMA, A. R. A. et al. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 365-372, 2014.

LIMA, K. D. **Raça e Violência Obstétrica no Brasil**. Orientadores: Camila Pimentel, Rafael da Silveira Moreira. 2016. 25 f. Monografia – Programa de pós graduação em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

LIMA, M. B.; DE GRANDE, P. B. **Diferentes formas de ser mulher na hipermídia**. In: ROJO, R. et al. (org.). **Escola conectada: os multiletramentos e as TICs**. São Paulo: Parábola; 2013.

LIMA, S. T. B. Direitos Humanos Dos Negros: Racismo estrutural, necropolítica, interseccionalidade e o mito da democracia racial no Brasil. **Revista Educação e Humanidades**, v. 1, n. 2, p. 119-132, jul./dez. 2020.

López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 16, n. 40, p. 121 – 134, 2012.

LUZ, M. M. F.; FRUTUOSO, M. F. P. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

MEDEIROS, F. P.; GUARESCHI N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: A integralidade em questão. **Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, 31-48, 2009.

MENEZES, C. M.; SANTOS, R. V.; GAVAZZA, M. C. Análise situacional de saúde da primeira infância. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 11, n. 1, 2021.

MINAS GERAIS. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado: PMDI 2019-2030**. Belo Horizonte, 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais – 2008 a 2011**, 2011. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Plano%20Estadual%20de%20Saude.pdf>. Acesso em 24 de fevereiro de 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais – 2016 a 2019**. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MG_Plano-Estadual-de-Sade-2016-2019-Final-aprovado.pdf. Acesso em 24 de março de 2020.

MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso de et al. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200478, 2021.

MONTEIRO, A. M. C. **A percepção de profissionais e usuárias sobre uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e sua instituição de referência: uma abordagem com foco no cuidado e estrutura**. Orientadora: Leida Calegário de Oliveira. 2022. 164 p. Dissertação (Mestrado Profissional Saúde, Sociedade e Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2022.

NASCIMENTO, A. **O quilombismo**. São Paulo: Perspectiva; 2020.

NEGRAES, F. C.; BARBA, M. L. A qualidade da atenção à saúde da mulher no Brasil a partir do PMAQ-AB. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 36346-36372, 2022.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

OPAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 5, n. 3, p. 1-3, 1999.

- PACHECO, Z. M. L. et al. A mulher quilombola e suas necessidades de cuidado: sob a ótica da literatura científica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 2022.
- PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 132-146, abr./jun. 2019.
- PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.
- PIMENTA, M. M.; OLIVEIRA, R. C. A Contribuição da Sociologia para o Ensino em Saúde. **Revista Linhas**, v. 21, n. 45, p. 260-284, 2020.
- PINHO, L. et al. Condições de saúde da comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1847-1855, 2015.
- PORTES, L. H.; GUIMARÃES, M. B. L. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. **Revista APS**, v. 15, n. 1, 2012.
- PRATES, L. A. et al. A utilização da técnica do grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, dez. 2015.
- PRATES, L. A. et al. Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 847-855, 2018.
- PRESTES, C. R. S. **Feridas até o coração, erguem-se negras guerreiras. Resiliência em mulheres negras: Transmissão psíquica e pertencimentos**. Orientador: Esdras Guerreiro Vasconcelos. 2013. 176 f. Dissertação, Mestrado em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- PRESTES, C. R. S.; PAIVA, V. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 673-688, jul./set. 2016.
- RABELO, D. F., et al. Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 193-215, 2018.
- RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Pólen; 2019.
- RICARDO, L. M.; STOTZ, E. N. Educação Popular como método de análise: relações entre medicina popular e 'situação-limite' vivenciada por trabalhadores do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. **Revista APS**, v. 15, n. 4, p. 435-442, 2012.
- RODRIGUES, T. A.; KAMIMURA, Q. P. Genocídio do povo negro e as implicações no campo do desenvolvimento regional. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 31438-31461, 2021.
- ROSEMBACK, R. G. et al. Demografia, planejamento territorial e a questão habitacional: prognóstico da situação habitacional do Litoral Norte Paulista. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 34, n. 2, p. 301-320, mai./ago. 2017.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, jul./set. 2018.

SALATINO, A. C. C.; ROSA, S. H. D.; OLIVEIRA, A. S. (orgs.). **Relações étnico-raciais: saberes e visibilidades necessárias**. São Paulo: Pimenta Cultural; 2021.

SAMPAIO, C.A. **Representações culturais de quilombolas-vazanteiros: um segmento da cultura inclusiva no Acampamento Rio São Francisco**. Orientador: José Francisco Fernances Quirino dos Santos. 2012. 155f. Tese, Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2012.

SANTANA, T. D. B. et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, 2019.

SANTOS, F. A. S.; RODRIGUES, J. C. Abordagens e concepções de território. **Formação (Online)**, v. 28, n. 53, 2021.

SANTOS, M. P. A., et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-244, mai./ago. 2020.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saude Soc**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.

SAVASSI, L. C. M. et al. (org.). **Saúde no caminho da roça**. Brasília: Fazer saúde; 2018.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, 2020. e180223.

SILVA, F. C. C. M. et al. **Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017.

SILVA, K. S. “A Mão Que Afaga É A Mesma Que Apedreja”: Direito, Imigração E A Perpetuação Do Racismo Estrutural No Brasil. **Revista Mbote**, v. 1, n. 1, p. 20-41, 2020.

SILVA, L. B. R. A. A. et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 931-940, 2021.

SILVA, L. M.; CANAVÊZ, F. O Estudo da Medicalização da Vida e suas Implicações para a Clínica Contemporânea. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 3, p. 117-129, 2017.

SILVA, N. N., et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1397, mai. 2017.

SOTERO, E. C. **Transformações no acesso ao ensino superior brasileiro: algumas implicações para os diferentes grupos de cor e sexo.** In: MARCONDES, M. M. et al. **Dossiê Mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil.** Brasília: Ipea; 2013. Disponível em: <https://goo.gl/P7nmii>. Acesso em: 26 set. 2017.

SOUZA, A. N. Os territórios simbólicos no processo de territorialização e desterritorialização cultural, na perspectiva de Rogério Haesbaert. **Jamaxi**, v. 3, n. 2, 2019.

SOUZA, S. A. L.; SILVEIRA, L. M. C. (Re) Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 19-42, 2019.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde debate**, v. 37, n. 99, p. 580-587, 2013.

TEIXEIRA, I. M. C.; OLIVEIRA, M. W. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 2, p. 1341-1354, 2014.

THIENGO, P. C. S. et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. e58692.

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

WILLIAM, R. **Apropriação cultural.** São Paulo: Pólen Produção Editorial; 2019.

WUSCH, S., et al. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 533-538, 2018.

ZILMER, J. G. V.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 46, n. 6, p. 1371-1378, 2012.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2018. e280205.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, 2019.

APÊNDICE A – ROTEIRO DISPARADOR DE ENTREVISTAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



DISPARADOR DE ENTREVISTAS: SAÚDE DA MULHER

Nome: _____ Idade: _____ MQ _____ N° gravação: _____

Data: ____/____/2019 Município: _____ Comunidade: _____

1 - Condições de vida:

- Me conte como é a sua vida no quilombo. (hábitos de vida diários*).
- Me conte mais sobre a parte cultural aqui da sua comunidade, os festejos, reuniões.
- Existe alguma associação no quilombo? Me conte como ela funciona.

2 - Condições de saúde e práticas de cuidado:

- O que é saúde para você?
- O que é saúde da mulher?
- Para você o que é ser uma mulher quilombola?
- Considera-se uma pessoa que cuida da sua saúde? Porquê?
- Sem sim, como realiza esse cuidado?
- Se não, por que não tem cuidado da própria saúde?
- Me conte como é o seu acesso aos exames preventivos em saúde da mulher (papanicolau e mamografia*).
- Você tem filhos? Se sim, me conte como foi o pré-natal, o parto e o pós-parto.
- Se tem filhos, onde e quem fez o seu parto? (em casa, no hospital*).
- Você conhece alguma parteira aqui na comunidade? Me conte mais sobre sua experiência com parto domiciliar. (experiência própria, antepassados, conhecidos*).
- O que você faz/faria para prevenir a gravidez, quando não quiser mais ter mais filhos? (conhecimentos sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar*).

3 - Itinerários terapêuticos:

- Relate experiências marcantes de adoecimento e/ou procura de atendimento e cuidados desenvolvidos (caminhos percorridos, onde e quem procurou ou procura? *).
- Como é a sua relação com a equipe de saúde local? (quem são os profissionais; o que fazem para a população/comunidade*).
- Quais demais espaços você ou sua família utilizam para o cuidado à saúde? (curandeiro; benzedeira, farmácia*).

*Ativadores para a pesquisador aprofundar os diálogos.

**Registrar todas as observações das entrevistas no diário de campo.

APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAREM PESQUISA

Título da pesquisa: Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - PPGCS.

Coordenador: Doutorando Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Realizar um mapeamento sobre a situação de saúde e trabalho de comunidades rurais quilombolas, localizadas na Macrorregião de Saúde Norte, Estado de Minas Gerais, Brasil.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo exploratório descritivo e transversal, que será desenvolvido em duas fases distintas: um levantamento quantitativo e outro qualitativo.

3- Justificativa: O presente estudo justifica-se pela importância de analisar a situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas, localizadas na Macrorregião de Saúde Norte. Serão investigadas as condições de vida, saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde e aspectos relacionados aos processos de trabalho dos moradores dessas comunidades, com foco na saúde do homem e da mulher.

4- Benefícios: A pesquisa produzirá informações para orientar a ação em saúde coletiva para as populações quilombolas. Essa prática é relevante para os diversos níveis de decisão (serviço de saúde, comunidade, municípios, estado e federação), de modo a permitir a utilização das informações e do conhecimento produzido nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos, avaliação dos programas implementados, ações extensionistas de educação em saúde entre outras.

5- Desconfortos e riscos: O desconforto que você poderá sentir será relacionado à: fornecer informações pessoais ou confidenciais; o tempo gasto em responder as entrevistas; o constrangimento em falar em público e o incômodo em conversar com o pesquisador. Como riscos: ter o seu nome divulgado publicamente ou a sua imagem. Teremos o maior cuidado para que esses desconfortos e riscos não ocorram e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema a você.

6- Danos: Por mínimos que sejam os possíveis danos da presente pesquisa, poderão estar relacionados ao comprometimento da integridade dos indivíduos caso ocorra alguma exposição das suas dimensões físicas, intelectuais, sociais e culturais.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

Confidencialidade das informações: É assegurado aos participantes o sigilo e a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, de acordo com aspectos

éticos e legais do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

1- Compensação/indenização: Todos os participantes da pesquisa estão assegurados de forma clara e afirmativa por parte do pesquisador ao direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo, previsto ou não nesse Termo, nas diferentes fases da pesquisa.

2- Outras informações pertinentes: Não se aplica.

3- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador	Data

ENDEREÇO DO PESQUISADOR:

Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda. Rua Juscelino Kubitschek, nº 126, Centro, Japonvar-MG. CEP: 39.335-000. E-mail: sergioenfermagem@yahoo.com.br. **TELEFONE:** (38) 9 9906-6972 e (38) 9 9824-9644.

OBS: 1º via pesquisadores.
2º via participantes do estudo.

Campus Universitário “Professor Darcy Ribeiro” – Reitoria – Prédio 05
Caixa Postal Nº 06 – Montes Claros/ MG – CEP: 39.401-089 www.unimontes.br
– e-mail: comite.etica@unimontes.br
Telefone: (38) 3229-8182

APÊNDICE C– TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM EM PESQUISA**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM EM PESQUISA**

Título da pesquisa: Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - PPGCS.

Coordenador: Doutorando Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda.

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de
minha imagem ou imagens em que possa aparecer ao fundo, AUTORIZO, através do
presente termo, os pesquisadores do presente projeto de pesquisa a realizar as fotos que se
façam necessárias durante a pesquisa.

Ao mesmo tempo, libero e autorizo a utilização destas fotos (seus respectivos negativos)
para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos
pesquisadores da pesquisa, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os
direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º
8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com
deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Montes Claros-MG, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura do coordenador do projeto

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Situação de saúde e trabalho de famílias quilombolas rurais

Pesquisador: SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86614018.9.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.821.454

Apresentação do Projeto:

A presente proposta de pesquisa objetiva realizar um mapeamento sobre a situação de saúde e trabalho de comunidades rurais quilombolas, localizadas na Macrorregião de Saúde Norte, Estado de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo exploratório analítico e transversal, que será desenvolvido em duas fases distintas: um levantamento quantitativo e outro qualitativo. Os pesquisadores realizaram um sorteio aleatório para definição das comunidades participantes do estudo, pautando-se na amostragem por conglomerados para melhor representar todo o Norte de Minas. A população participante será composta por indivíduos adultos (18 anos) de ambos os sexos, residentes em comunidades quilombolas das microrregiões de Januária, Manga, Francisco Sá, Brasília de Minas, Janaúba, Salinas, Coração de Jesus e Montes Claros, localizadas na zona rural dos municípios. Os pesquisadores obtiveram um plano amostral através de estimativa populacional baseada nos dados disponíveis das Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social, no CAA, nos sites CEDEFES e Fundação Cultural Palmares. O universo amostral estimado foi de 1470 indivíduos residentes nos quilombos em questão, sendo 735 do sexo feminino e 735 do sexo masculino. A pesquisa poderá produzir informações para orientar a ação em saúde coletiva para as populações quilombolas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um mapeamento sobre a situação de saúde e trabalho de comunidades rurais

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089

UF: MG **Município:** MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180

Fax: (38)3229-8103

E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.821.454

quilombolas, localizadas na Macrorregião de Saúde Norte, Estado de Minas Gerais, Brasil.

Objetivo Secundário: • Investigar as características sociodemográficas, culturais e de assistência à saúde dos moradores das comunidades quilombolas rurais da macrorregião de saúde.

- Investigar questões relacionadas à saúde do homem nessas comunidades, focando nos principais problemas de saúde, nos transtornos mentais comuns, e na demanda-controle no trabalho, além da prevenção do câncer de próstata. • Compreender o sentido atribuído ao trabalho e as práticas de cuidado com a saúde desenvolvida pelos homens quilombolas. • Investigar sobre a saúde da mulher quilombola na idade reprodutiva, focando nos exames preventivos, planejamento familiar, principais doenças e hábitos de vida.
- Conhecer sobre as vivências e experiências da mulher quilombola no que tange a questões culturais e sociais relacionadas à sua saúde. • Pesquisar as informações referentes ao acesso a serviços odontológicos entre idosos quilombolas. • Investigar, nesse grupo etário, as seguintes variáveis odontológicas: edentulismo, uso e necessidade de prótese, cárie dentária, condição periodontal, alterações de tecido mole e necessidade de cuidados imediatos.
- Verificar a associação existente entre a autopercepção da saúde bucal e variáveis sociodemográficas e odontológicas nos idosos dessas comunidades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisa apresenta riscos aos entrevistados no que diz respeito ao tratamento das informações confidenciais, além do desconforto por terem que disponibilizar tempo para responder a entrevista. Por outro lado, a pesquisa poderá propiciar conhecimento para orientar a ação em saúde coletiva para as populações quilombolas. As informações poderão ser utilizadas em diversos níveis de decisão (serviço de saúde, comunidade, municípios, estado e federação), de modo a permitir a utilização das informações e do conhecimento produzido nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos. Bem como avaliar os programas implementados, ações extencionistas de educação em saúde entre outras estratégias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é importante, pois busca compreender aspectos específicos sobre a população quilombola. Os resultados podem possibilitar conhecer determinadas realidades, relacionadas ao acesso e acolhimento pelos serviços de saúde; principais agravos e condições crônicas e de saúde bucal na população masculina e feminina; saúde sexual e reprodutiva.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.821.454

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatórias estão de acordo com as normas do CEP.

Recomendações:

Recomendo aprovação do projeto sem restrições.

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1170698_E1.pdf	29/06/2018 15:18:07		Aceito
Outros	Questionario_Quantitativo_Atualizado.docx	29/06/2018 13:09:13	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Outros	Emenda_Projeto_Quilombolas_Saude.docx	29/06/2018 13:05:43	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Quilombolas.pdf	29/03/2018 17:04:20	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Trabalho_Quilombolas.doc	19/03/2018 15:53:45	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Outros	Questionario_Entrevista_Quantitativa.docx	19/03/2018 15:44:44	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Saude_Mulher.docx	19/03/2018 13:40:45	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Saude_Homem.docx	19/03/2018 13:40:26	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_Quilombolas.docx	17/03/2018 16:16:50	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE	Aceito

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia

CEP: 39.401-089

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180

Fax: (38)3229-8103

E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.821.454

Orçamento	Orcamento_Projeto_Quilombolas.docx	17/03/2018 16:16:50	MIRANDA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Quilombolas.docx	17/03/2018 16:15:54	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Autorizacao_Municipios03.pdf	17/03/2018 16:15:23	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Autorizacao_Municipios02.pdf	17/03/2018 16:13:10	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_Autorizacao_Municipios01.pdf	17/03/2018 16:09:42	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Autorizacao_Imagem_Quilombolas.pdf	17/03/2018 16:08:04	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Quilombolas.pdf	17/03/2018 16:03:41	SERGIO VINICIUS CARDOSO DE MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 14 de Agosto de 2018

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com