

Comportamentos relacionados com a saúde de mulheres quilombolas: um estudo de representações sociais

Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study

Comportamientos de mujeres quilombolas referentes a la salud: un estudio de representaciones sociales

Ingrid Fabiane Santos da Silva¹

ORCID: 0000-0002-9191-833X

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues^{II}

ORCID: 0000-0001-9968-9546

Laura Maria Vidal Nogueira^{II}

ORCID: 0000-0003-0065-4509

Iaci Proença Palmeira^{II}

ORCID: 0000-0001-9659-3565

Márcia de Assunção Ferreira¹

ORCID: 0000-0002-6991-7066

RESUMO

Objetivo: Identificar as representações sociais de mulheres quilombolas sobre o cuidado em saúde e caracterizar as práticas por elas realizadas. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, com aplicação da Teoria das Representações sociais, realizado com 30 mulheres de uma comunidade quilombola da Amazônia Brasileira. Realizaram-se entrevistas individuais e análise temática de conteúdo. **Resultados:** As práticas de cuidado à saúde se relacionam à casa, às pessoas, às famílias e ao meio ambiente, indicando uma compreensão ampliada das mulheres quilombolas sobre o cuidado à saúde. Em primeira instância, aplicam-se os recursos naturais, advindos de saberes tradicionais e uso de ervas, em segunda instância, o sistema oficial de saúde, sendo a mulher-mãe a principal cuidadora da família. **Considerações Finais:** A mãe viabiliza o cuidado à saúde no cotidiano familiar e indica ser a principal via de acesso dos profissionais de saúde para adentrar a comunidade quilombola e fazer chegar ao grupo os cuidados próprios do sistema oficial de saúde.

Descritores: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Mulheres; Comportamentos Relacionados com a Saúde; Psicologia Social; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify Quilombola women's social representations about health care and to characterize practices performed by them. **Method:** a descriptive, qualitative study, applying the Social Representations Theory, conducted with 30 women from a Quilombola community in the Brazilian Amazon. Individual interviews and thematic content analysis were carried out. **Results:** Health care practices are related to the home, people, families, and environment, indicating a Quilombola women's extended understanding about health care. In the first instance, natural resources derived from traditional knowledge and use of herbs are applied, in the second instance, the official health system, with the mother-woman being the main caregiver of the family. **Final Considerations:** the mother enables a health care in the family daily life, and she is the main way of access health professionals have to enter the Quilombola community and provide proper care from the official health system to the group. **Descriptors:** African Continental Ancestry Group; Women; Health behavior; Psychology, Social; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las representaciones sociales sobre el cuidado de la salud de mujeres quilombolas y especificar las prácticas que realizan. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo y cualitativo, en el que se aplicó la Teoría de las Representaciones Sociales con análisis temático de contenido, llevado a cabo mediante entrevistas individuales entre 30 mujeres de una comunidad quilombola del Amazonas brasileño. **Resultados:** Las prácticas sanitarias estaban relacionadas con el hogar, las personas, las familias y el medio ambiente, lo que indica que dichas mujeres tienen una comprensión amplia sobre el cuidado. Primero utilizan los recursos naturales derivados de los conocimientos tradicionales; después, recurren al sistema oficial de salud, siendo la mujer-madre la principal cuidadora de la familia. **Consideraciones finales:** La madre se encarga del cuidado de la salud familiar y es la principal vía de acceso para que los profesionales sanitarios entren en la comunidad quilombola y hagan llegar al grupo la atención del sistema oficial de salud.

Descriptorios: Grupo con Ancestros del Continente Africano; Mujeres; Comportamientos Relacionados a la Salud; Psicología Social; Enfermería.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva IFS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Ferreira MA. Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190427. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0427>

Autor Correspondente:

Ingrid Fabiane Santos da Silva
E-mail: ingridenfermeir@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Antonio José de Almeida Filho

Submissão: 16-10-2019 **Aprovação:** 07-04-2020

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde tem sido objeto de diversos estudos no campo das Ciências da Saúde, sobretudo na Enfermagem, área na qual aquela noção possui caráter basililar. A palavra cuidado deriva do latim *coera* e *cogitare* – *cogitatus*, que significa cura, pensar, mostrar interesse por algo, preocupação. Dessa maneira, o cuidado se revela como desvelo, preocupação, comprometimento, atitude de importância, uma forma de ser e se conectar com o outro e com o mundo ao seu redor, pois é por meio dele que o indivíduo se realiza e se relaciona, ou seja, o cuidado é um modo existencial de se reconhecer e se identificar com o outro e com o mundo⁽¹⁾. Cabe ressaltar que há uma forte vinculação do cuidado ao gênero feminino, fruto de uma construção histórica e social que atribui à mulher o papel central frente ao cuidado, sobretudo no ambiente familiar, no qual ainda são responsáveis pelo cuidado com os filhos e o lar⁽²⁻³⁾.

Os cuidados desempenhados pelas mulheres adquiriram conotações e características diversas, quanto à forma de pensá-los e praticá-los. Dentre essas, destacam-se os cuidados em saúde que são baseados em conhecimentos tradicionais, que manuseiam plantas, ervas, frutos, raízes e sementes, e estiveram conectados às mulheres a partir do desenvolvimento da prática da agricultura⁽⁴⁾. Essa conexão possibilitou a aprendizagem e o aprimoramento de práticas baseadas em saberes tradicionais que acompanham até hoje as dinâmicas de cuidado em saúde dos povos tradicionais, principalmente as populações indígenas e as de origem africana no Brasil.

No que diz respeito aos povos africanos e seus descendentes (quilombolas, povos de terreiros, ribeirinhos, entre outros), a maneira como estes cuidam de sua saúde possui particularidades e singularidades, que estão atreladas à forma como se estruturam e se organizam nos âmbitos político-social, cultural, religioso e identitário. Tais modos permitiram a transmissibilidade de diversas práticas sociais relacionadas ao meio ambiente, ao território e à religiosidade.

Os quilombos são (re)conhecidos na história brasileira pela trajetória de resistência e luta contra a escravidão e o sistema escravocrata que colocou o negro em condição de subjugação. Na atualidade, os quilombos são considerados espaços de resistência que proporcionam o resgate da história e cultura dos povos africanos e seus descendentes, por meio do fortalecimento da cultura e da solidariedade, sendo que negros/quilombolas se constituem sujeitos de sua própria história⁽⁵⁾.

As práticas de cuidado em saúde desses grupos são baseadas na medicina popular, que podem ser entendidas como um conjunto de conhecimentos, crenças e superstições, que são estruturados na prática cotidiana para o enfrentamento dos processos de adoecimento, possuindo a característica singular de serem compartilhados de uma geração à outra, por meio da oralidade. Esse tipo de cuidado envolve valores, costumes, tradições e crenças, oriundos de vivências culturais particulares de um determinado grupo, possuindo um viés cultural e subsidiando a coletividade para a manutenção do bem-estar, ao enfrentamento de doenças, incapacidades e até mesmo da morte⁽⁶⁻⁷⁾.

Na literatura, as práticas populares e tradicionais em saúde são reconhecidas a partir de várias nomenclaturas, tais como

práticas extraoficiais, medicina popular, medicina alternativa e práticas integrativas e complementares. Os autores definem tais práticas como qualquer forma de cura que não seja propriamente a biomédica, além de abranger a definição para práticas de benzimento e as de cunho religiosos, ou seja, as práticas que têm origem na cultura popular⁽⁸⁾.

No contexto das populações quilombolas, a mulher também é perpetuadora de práticas de cuidado em saúde⁽⁹⁾. Assim, na maioria das comunidades há utilização de ervas, plantas medicinais, rezas e bênçãos que são difundidas pela tradição popular por benzedeiras, raizeiras e autoridades religiosas (Mães de Santo, lalorixás, Pastoras, entre outras), se configurando no principal recurso frente ao adoecimento e aos agravos de saúde, haja vista a parca acessibilidade aos serviços públicos de saúde pela população quilombola, que em sua maioria está localizada em áreas rurais.

Entende-se que as práticas tradicionais de cuidado em saúde apresentam relevância cultural nesse grupo, posto que a sua utilização seja elemento marcante no seu contexto, também por entender que os saberes tradicionais representam uma forma de pensamento sobre o cuidado em saúde. Dessa forma, as práticas populares são a conformação desse objeto no cotidiano do grupo, uma vez que é posto em práticas cotidianamente.

Por sua relevância cultural, o cuidado em saúde nessas comunidades pode ser compreendido a partir de representações sociais, que expressam um tipo de conhecimento particular, de senso comum, com função prática, que se relacionam com a experiência das pessoas, sendo construídas e partilhadas em uma sociedade ou grupos⁽¹⁰⁾.

Estudo de revisão evidencia algumas das vulnerabilidades às condições de saúde da população Quilombola, tais como dificuldade de acesso a bens e serviços, predomínio de doenças-crônicas, ganho de peso e atendimentos pontuais e curativistas⁽¹¹⁾. Além disso, os autores chamam a atenção para a necessidade de incremento de pesquisas qualitativas⁽¹¹⁾. Observa-se, também, em uma reflexão sobre as dificuldades na defesa dos direitos de acesso à atenção em saúde de Quilombolas, a importância de investigar as representações de mundo que interferem nas práticas em saúde que, por conseguinte, estão ligadas ao cotidiano, às relações entre si e com o ambiente que as cerca. Ademais, destacam que o conhecimento e o respeito às noções de saúde das comunidades muitas vezes não vêm ao encontro dos paradigmas da medicina ocidental, mas possuem sua própria eficácia⁽¹²⁾.

A geração de conhecimentos sobre os saberes das mulheres Quilombolas e suas práticas de cuidado podem subsidiar debates sobre o cuidado à saúde especialmente nos cursos de formação em saúde, nos quais o tema ainda é negligenciado no que tange à saúde populacional⁽¹³⁾. Nessa perspectiva, podem, assim, contribuir para a prática assistencial de enfermagem, uma vez que a formação visa preparar enfermeiros que atendam às necessidades de todos os grupos populacionais.

Portanto, pesquisas que explorem subjetividades, saberes e práticas, a exemplo de estudos sobre as representações do cuidado em saúde, principalmente no contexto de grupos quilombolas, são relevantes por trazerem à tona particularidades do cuidado em saúde de grupos minoritários que constantemente têm pouca visibilidade, seja para a enfermagem ou para as demais profissões da saúde.

OBJETIVO

Identificar as representações sociais de mulheres quilombolas sobre o cuidado em saúde e caracterizar as práticas por elas realizadas.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu a Resolução CNS 466/2012, e obteve autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua-Pará e da Associação dos Moradores e Produtores Quilombolas de Abacatal/Aurá – AMPQUA. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. As participantes foram identificadas com código alfanumérico: a letra M, de mulher, seguida do número de ordem das entrevistas.

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, baseado nos critérios consolidados para relato de estudos qualitativos – COREQ⁽¹⁴⁾, com aplicação da Teoria das Representações Sociais (TRS) em sua vertente processual. As representações sociais têm por finalidade a construção de uma realidade comum aos indivíduos de um dado grupo social, além de intermediarem as relações sociais às esferas macro (sociedade) e micro (indivíduo), tais como condutas, comunicações, identidades, entre outros⁽¹⁵⁾. Permitem uma relação de simbolização e interpretação com o objeto representado, no caso desta pesquisa o cuidado em saúde, atribuindo significados e analogias que são particulares daqueles que as (re)significam.

Os processos construtores das representações sociais são a objetivação e a ancoragem. A ancoragem busca tornar determinado fato (ou objeto, ou palavra, ou qualquer outra situação), que a princípio parece ser estranho e diferente, em algo familiar, mais próximo à sua realidade e experiência, ou seja, em algo comum ao indivíduo e à sua coletividade. Permite a classificação do objeto, sua (re)nomeação, bem como estabelecer o seu valor com base em normas e preceitos do grupo que o representa⁽¹⁰⁾. A objetivação materializa as representações por intermédio de uma imagem/símbolo proporcionada pelo processo cognitivo anterior, como se fosse a transferência do mundo psíquico para o mundo físico, real⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, a objetivação possibilita a materialização de todo e qualquer objeto, quais sejam relações, ideias, palavras, entre outros.

Cenário do Estudo

Este estudo foi realizado na comunidade quilombola Abacatal/Aurá, localizada no município de Ananindeua, região metropolitana de Belém - Pará, situada a aproximadamente oito quilômetros do centro administrativo de Ananindeua.

Participantes

Participaram 30 mulheres quilombolas que vivenciam o cuidado em saúde, o que representa 48,38% das 62 mulheres maiores de 18 anos que vivem na comunidade. O quantitativo de

participantes foi definido quando os dados foram considerados empiricamente suficientes para atender aos objetivos da pesquisa, o que, segundo consenso da literatura científica para pesquisas qualitativas, ocorre entre 20 a 30 entrevistas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: mulheres adultas, na faixa etária acima de 18 anos, residentes na comunidade de Abacatal/Aurá e que fossem descendentes das três famílias que originaram a comunidade - Rosa, Costa e Barbosa, as chamadas herdeiras. Foram excluídas aquelas que, mesmo atendendo aos critérios de inclusão, não foram localizadas após três tentativas durante o período de produção dos dados.

Coleta, organização e análise dos dados

Foram realizadas entrevistas individuais utilizando-se roteiro semiestruturado, cujas questões abordaram as práticas de cuidado em saúde e as motivações para realizá-las, bem como dados sociodemográficos, tais como religião, constituição familiar, escolaridade e renda, para estabelecer as condições de produção das representações sociais⁽¹⁸⁾. Foi feito contato prévio com a comunidade em março de 2017 a partir de uma ação de saúde promovida pela Secretaria de Saúde de Ananindeua (SESAU). Nesse momento, pôde-se contatar a líder comunitária e estabelecer conversa inicial sobre o projeto de pesquisa e o interesse de executá-lo na comunidade.

A abordagem das participantes foi mediada pela líder que fez indicação prévia das famílias e das mulheres herdeiras por meio de listagem nominal. Assim, ela colaborou como informante-chave, que, em situações de pesquisa, pode ajudar os pesquisadores a partir do fornecimento de informações importantes e precisas sobre um determinado grupo, funcionando como um elo entre um conjunto de pessoas e os pesquisadores⁽¹⁹⁾.

As entrevistas foram realizadas aos (nos) finais de semana de novembro/2017 a janeiro/2018, momentos em que a autora era acolhida na comunidade, hospedando-se nas casas e tendo a oportunidade de compartilhar da rotina das mulheres. Dessa forma, a maioria das entrevistas foi realizada no domicílio das participantes. A coleta de dados se encerrou quando foi delineado o quadro empírico da pesquisa, sendo que na pré-análise se identificou potencial de atendimento do objetivo⁽¹⁶⁻¹⁵⁾.

A análise foi de conteúdo temático, seguindo-se suas três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽²⁰⁾. Inicialmente, as entrevistas foram transcritas para constituir o corpus de análise que foi submetido a cuidadosa leitura. Nas fases de exploração e tratamento do material, organizaram-se os quadros analíticos constituídos pelas perguntas do instrumento e pelas unidades de registro extraídas dos depoimentos de cada participante. Em análise horizontal desses quadros, mapeou-se, em conjunto, o conteúdo das respostas de todas as participantes para cada pergunta formulada, identificando temas que fossem comuns. Em análise vertical, identificaram-se os temas em ocorrência e co-ocorrência nos depoimentos individuais ao conjunto de perguntas. Ao todo, foram registradas 390 unidades de registro no qual se destacaram os temas, as expressões e as metáforas, de forma a identificar os conteúdos que fizessem sentido na caracterização das práticas das mulheres sobre o objeto.

RESULTADOS

Identificou-se que, majoritariamente, em 23 depoimentos (76,66%), o cuidado praticado pelas mulheres quilombolas são cuidados gerais de higiene e limpeza com o corpo, com a casa ou mesmo com todo o entorno da comunidade, e também com a alimentação.

De manhã eu cuido deles [filhos], faço as coisas em casa, quando eu não estou trabalhando eu cuido deles [...] com os alimentos deles, com o banho deles. (M4)

Eu gosto das minhas coisas bem limpas e a água eu gosto [...] não é tratada a nossa água, mas sempre que eu posso eu ponho cloro, se dá pra ferver, ferve. Eu tenho cuidado com as coisas por causa de agora com esse negócio de bactéria, [...]. O lixo, de catar o lixo todo e botar no lugarzinho certo pra queimar o lixo pra não deixar destruir por aí [...]. Eu não gosto também que esteja derrubando [árvores], pra destruir a natureza, tem que preservar o meio ambiente. Eu tenho isso como cuidado também. (M11)

Ah, eu faço tudo. Faço almoço, janta, lavo louça, varro meu terreiro, capino meu terreiro, faço tudo dentro de casa. Encho água, ainda lavo umas roupinhas, faço tudo dentro de casa. (M22)

Os cuidados gerais correspondem às condições de saúde das pessoas, com destaque para dois aspectos: Cuidados preventivos e Cuidados voltados ao diagnóstico com vistas à terapêutica. No primeiro aspecto, quando a pessoa está saudável, sem sinais de doenças ou mudanças de estado de saúde (saudável/doente), o cuidado em saúde praticado é o que visa à manutenção do estado salutar, com a finalidade de preservar a saúde e evitar o adoecimento. Neste, são concebidos os cuidados gerais e básicos que se deve ter com o corpo e com o ambiente, sendo requeridos os cuidados de higiene pessoal, tais como tomar banho, escovar os dentes, limpar as unhas, lavagem das mãos, andar com os pés protegidos/calçados, sobretudo com as crianças, assim como a limpeza e organização da casa, o terreno/terreiro roçado, o descarte adequado dos resíduos, a preservação da natureza e a não poluição do ambiente.

Associadas aos cuidados gerais, identificaram-se outras duas práticas referentes ao cuidado durante o adoecimento ou para evitá-lo, direcionadas às mudanças que ocorrem na pessoa, como alterações de comportamento ou manifestações clínicas que sugerem o adoecimento. As práticas realizadas nesse contexto do cuidado indicam o uso de plantas/ervas medicinais, assim como para a automedicação pelo uso de fármacos.

Percentual expressivo das participantes se utiliza de plantas/ervas medicinais para tratar algumas doenças que são recorrentes na comunidade. Tais ervas e plantas medicinais, aplicadas no cuidado em saúde ou mesmo no tratamento de algumas doenças, configuram-se como prática para a manutenção e recuperação da saúde. Isto pôde ser identificado em 100% dos depoimentos, ressaltando-se que o uso dessas plantas é uma prática constante na ausência dos serviços de saúde, ou mesmo na sua presença.

Porque, quando estou com uma dor de cabeça, eu tomo uma pílula pra dor de cabeça passar, me aquieto um pouquinho, eu faço banho pra minha cabeça de mato [plantas e ervas medicinais], eu passo pomada, eu passo gel nas dores do meu joelho, nas minhas pernas, aí eu acho que eu estou me cuidando. (M7)

Quando é ele [marido] quem adoce, às vezes, eu estou aqui do lado dele eu cuido dele, eu faço um chá, procuro logo chamar os filhos pra levar no médico, eu faço chá caseiro pra dar, do que eu sei, né? E procuro levar logo pro hospital, e é isso. (M29)

Aí, a gente procura um médico, assim, mais quando a gente está doente mesmo, a gente não é de estar todo mês no médico [...]. A gente acaba procurando o médico de segunda, por depois, porque a gente primeiro pede os conselhos aqui pros mais velhos e acaba fazendo um remedinho caseiro. Aí, quando não dá resultado, a gente acaba procurando o médico. (M16)

O uso de fármacos por automedicação (19/63,33%), a utilização dos serviços de saúde e a busca por profissionais de saúde também apareceram nos depoimentos como complementação ou mesmo continuidade do cuidado em saúde.

Tais práticas de cuidado mencionadas estão relacionadas a quem as pratica. Sobre este agente, as mulheres quilombolas exaltaram a mãe como a melhor representação da pessoa que cuida, por reunir atributos atitudinais necessários a tal função.

A imagem que eu tenho de cuidadora é a mamãe [...] a gente tem o psicológico dizendo que ninguém cuida melhor da gente que a nossa mãe, nem eu mesmo me cuido tão bem, como a mamãe cuidaria de mim. (M1)

Eu falo no papel de mãe [...]. É o observar, é o reparar, é querer bem os seus. Então, uma cuidadora é aquela pessoa que tem a visão de tudo pra poder estar, pra poder observar onde precisa ser cuidado, o que precisa pra melhorar, pra curar, o que precisa curar algumas coisas. Então, uma cuidadora é a pessoa que tem uma visão de águia, tem que observar tudo pra poder estar buscando melhorias em determinados pontos. (M25)

Eu acho que a mamãe é uma mãe exemplar, tipo uma supermãe. (M9)

Eu sou o esteio da minha família, e se eu não ficar cobrando não anda, não vai pra frente, entendeu? Fica todo mundo parado só em um lugar, porque para tudo eles [filhos e marido] dependem de mim. (M8)

Na composição da figura da supermãe, as mulheres exaltam a qualidade da atenção, que se expressa por uma metáfora que informa o seu alcance, que é a visão de águia, e também evocam a sustentação da família, ancorando-se no significado do esteio.

À luz das representações sociais das mulheres quilombolas, cuidar requer atributos como responsabilidade e compromisso com esposo, filhos, demais componentes da sua rede familiar e outros que possam necessitar de cuidados. Logo, o exercício do cuidado exige de seus agentes características e qualidades, sendo que as principais elencadas foram responsabilidade, paciência, preocupação, ser atenciosa, protetora, carinhosa, amorosa. Esse conjunto de elementos e características frente à concepção da pessoa que cuida fez emergir uma figura icônica, objetivada em uma pessoa que agrega todas essas qualidades. Essa mulher cuidadora, esteio do lar, é traduzida em uma ideia-conceito, simbolicamente representada como uma supermãe (Figura 1), cuja figura se delinea com base em uma idealização de condutas que se deve ter para cumprir a função que se espera dela.

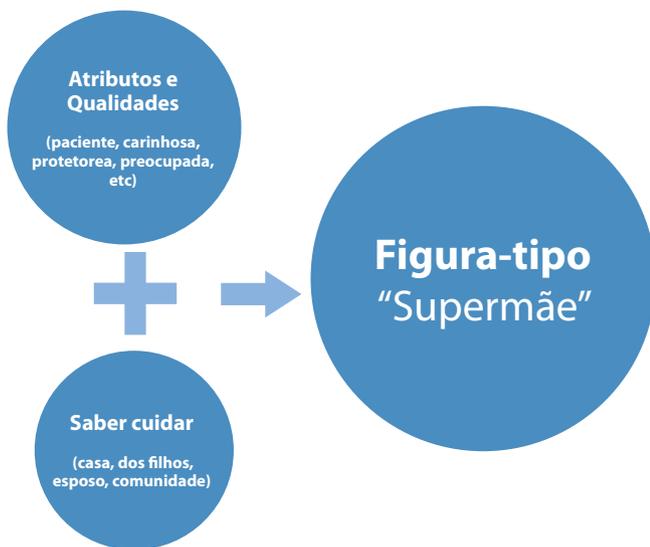


Figura 1 – Figura tipo da cuidadora

A supermãe é uma figura atenta a tudo, sendo capaz de solucionar toda a demanda a ela direcionada. Essa atenção que abarca tudo e todos à sua volta é significada como uma visão de águia. Por isso, não é apenas uma pessoa qualquer, mas é a mãe, sendo muito mais do que uma mãe comum, que exerce seu papel social igual às demais. Ela precisa ser descrita no superlativo, acompanhada do prefixo super, objetivada na figura dos super-heróis infantis que apresentam superpoderes e são capazes de sanar os problemas da humanidade. Assim, tal mãe/cuidadora está no imaginário das mulheres como uma pessoa fora do comum.

DISCUSSÃO

Em estudo sobre os cuidados de pais e responsáveis de crianças pré-escolares⁽²¹⁾ no qual 79,5% dos entrevistados eram mulheres, as práticas de cuidado em saúde também foram representadas pelas práticas de banho, escovação dentária, lavagem das mãos, corte de unhas e o andar calçado. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo⁽²²⁾ que tratou sobre as representações das práticas de amamentação para mulheres de três gerações distintas, no qual o cuidado ao bebê emergiu como uma das categorias dessas representações. Nesse contexto, foram evidenciadas práticas de cuidado gerais com a higiene e a alimentação, com sentido de prevenção, que refletem o modelo higienista e curativista, próprio do modelo biomédico. Tais resultados, ainda que tenham emergido de estudos realizados em contextos e em grupo populacional distintos do foco da pesquisa em tela, evidenciam que os cuidados higiênicos, corporais e com a alimentação aparecem como uma preocupação comum do grupo feminino, em relação às suas famílias.

As representações sociais são capazes de influenciar a ação da pessoa em relação ao objeto⁽¹⁰⁾. Neste caso, entende-se que, ao conceberem o cuidado em saúde como uma maneira de se manterem saudáveis, as mulheres buscam evitar o adoecimento e conservar a saúde por meio de práticas preventivas. Uma dessas práticas que se evidencia na preocupação constante demonstrada por elas é a atenção com a qualidade da água ingerida, pois a comunidade localiza-se nas proximidades de um aterro sanitário

que atende a região metropolitana de Belém, causando impacto ambiental importante pelo risco de contaminação dos lençóis freáticos por meio da penetração no solo do chorume produzido pela decomposição do lixo⁽²³⁾.

Dessa forma, a prática de fervura e a adição de soluções purificadoras, como hipoclorito na água, são cuidados necessários, a fim de evitar o adoecimento, pois se sabe que algumas doenças são disseminadas pela ingestão e pelo contato com a água contaminada. O aparecimento dessas doenças ganha relevância na ausência de serviços de saneamento básico, tais como água tratada, esgotamento adequado dos resíduos e coleta de lixo, sendo uma preocupação relevante uma vez que Ananindeua apresenta o pior índice de saneamento básico do Brasil⁽²⁴⁾.

Em estudo realizado sobre o perfil de saúde da comunidade de Abacatal/Aurá⁽²⁵⁾, verificou-se que a principal fonte de água da comunidade é o poço artesiano em 55,38% dos domicílios, sendo que 66,15% despejam os dejetos sólidos e líquidos em fossa séptica e 93,08% das residências incineram o lixo produzido, o que se assemelha a resultados encontrados em outros estudos⁽²⁶⁻²⁹⁾. Essas condições fazem parte do cenário das populações quilombolas, favorecendo o aparecimento de doenças de circulação hídrica, diarreias, geo-helminthiases, teníases, entre outras, o que afeta a população como um todo⁽³⁰⁾.

Destaca-se, também, a relação do ambiente com a saúde no contexto das quilombolas. Identifica-se uma íntima relação com o ambiente que as cerca, ancorada na ideia de que o ambiente influencia nos aspectos de saúde da população. Por isso, cuidar dele faz parte do contexto do cuidado em saúde, uma vez que sua preservação garante o equilíbrio da natureza e da saúde das pessoas, ao passo que quando há o desequilíbrio do ambiente a saúde também passa a ser afetada⁽³¹⁾.

O uso de plantas e de ervas medicinais pode vir associado ao uso de fármacos ou não, a exemplo de tomar antigripais com chás para combater resfriados, ou ainda os introduzir posteriormente. No estudo sobre a utilização de medicamentos por uma população quilombola no sudoeste da Bahia⁽³²⁾, verificou-se que a maioria das pessoas que se automedicava era composta de mulheres, com 54,3% do total de entrevistados, sendo que apresentaram o pior estado de saúde, maior número de doenças autorreferidas e de consultas médicas nos últimos 12 meses.

Observa-se que o serviço oficial de saúde é a segunda opção, sendo acionado apenas quando os cuidados tradicionais com produtos naturais, tais como ervas, gordura animal, entre outros, não surtem o efeito desejado ou quando a autoridade da mulher no cuidado não é reconhecida. Quando necessário, recorre-se ao profissional de saúde, sobretudo ao médico, para que seja comprovada a alteração no estado de saúde da pessoa. Os cuidados demandados frente a esse estágio remetem à necessidade premente de ir às consultas, realizar exames para o rastreamento de alterações de saúde, assim como um elenco de ações preventivas.

As mulheres são as que mais utilizam os serviços de saúde no Brasil⁽³³⁾, e a elas estão destinados vários programas implantados na atenção primária, sobretudo nas unidades de saúde e Estratégia Saúde da Família – ESF, tais como pré-natal, prevenção dos cânceres de mama e colo do útero, saúde reprodutiva e sexual, acompanhamento dos filhos no Programa de Aleitamento Materno Exclusivo, e no Programa Crescimento e Desenvolvimento

Infantil. Isso propicia o maior contato delas com os serviços de saúde e, conseqüentemente, com os profissionais da área, sejam médicos ou enfermeiros, dentre outros, o que pode favorecer a medicalização do corpo feminino e incorrer na automedicação⁽³¹⁾. Não obstante, observa-se uma ausência da figura da enfermeira, ou mesmo da enfermagem, nos discursos das mulheres no que se refere aos cuidados profissionais de saúde, indicando a necessidade de incremento da atuação, de maior presença ou de um trabalho de valorização de enfermagem junto a esse grupo populacional.

As práticas de cuidado em saúde desempenhadas no lar e ancoradas no saber popular afastam-se da esfera domiciliar e do senso comum e migram para a esfera do conhecimento reificado, do cuidado prescritivo orientado pelo profissional da saúde, compatível ao campo da ciência. Vale destacar que, por mais que pertençam a campos distintos do conhecimento, as práticas de cuidado em saúde do senso comum e as da ciência aparecem não de forma divergente para as quilombolas, mas fortemente inter-relacionadas e complementares, estando presentes em um mesmo discurso harmonicamente. Identifica-se, portanto, uma polifasia cognitiva, expressando a coexistência de diferentes tipos de racionalidades e concepções que são ativadas quando se fazem necessárias suas aplicações⁽³³⁾.

As práticas advindas dos saberes do senso comum se objetivam nos chás caseiros e são ancoradas nos saberes tradicionais, que tendem a se efetivar inicialmente como prática elementar no enfrentamento às doenças, pois faz parte da realidade daquelas mulheres, sendo perpetrada no cotidiano, repassada de mãe para filha e comum ao grupo. Já as reificadas, como são efetivadas posteriormente, após a exaustão de possibilidades primárias, comuns e coletivas à comunidade, são efetivadas de forma acessória e auxiliar, pois dependem de diversos fatores, como transporte, recursos financeiros, entre outros, para serem realizadas.

Um estudo realizado com agricultoras do sul do país sobre o uso de plantas medicinais no cuidado familiar evidenciou que o cuidado dispensado aos familiares por meio do uso de plantas medicinais é o primeiro recurso em saúde escolhido⁽³⁴⁾. Outros estudos^(7,28,35-36) demonstraram semelhanças com os resultados aqui encontrados no que diz respeito às práticas de cuidado das comunidades quilombolas, sendo que na maioria delas houve utilização de ervas/plantas medicinais, rezas e bênçãos que são difundidas pela tradição popular por benzedeiras, raizeiras e autoridades religiosas (Mães de Santo, lalorixás, Pastores, entre outros), se configurando no principal recurso frente ao adoecimento e aos agravos de saúde, dada a parca acessibilidade aos serviços públicos de saúde pela população quilombola.

Em estudo realizado com quilombolas no estado de Santa Catarina, as ervas/plantas medicinais também faziam parte do contexto das relações sociais do grupo, uma vez que o cultivo de plantas e ervas medicinais se dava nas hortas e quintais pessoais, de familiares e vizinhos, e eram acessadas pela comunidade como um todo. Esse estudo ainda apontou a existência e o conhecimento de mais de 100 espécies de plantas medicinais utilizadas pelos quilombolas⁽³⁶⁾.

Destaca-se que as explicações dadas para a realização das práticas de cuidado em saúde descritas estão ancoradas em saberes que perpassam pelas dimensões do dever de fazer, por ser essa prática desenvolvida e repassada de geração em geração pelas mulheres da família, evidenciando também a valorização dos saberes tradicionais

transmitidos por elas e que configuram práticas que marcam a identidade étnica e racial quilombola⁽³⁷⁾. O fazer se dá por sentimentos de proteção, preocupação e amor, sendo o fazer compreendido como prevenção ou tratamento/cura de doenças. Outras explicações ancoram-se em memórias de experiências traumáticas vivenciadas no ambiente hospitalar, pela morte/perda de familiares e pessoas queridas, bem como pela explicação mágica, ancorada em preceitos religiosos e sustentada pela fé em acreditar na ação sobrenatural divina e no poder das ervas medicinais.

A vivência do adoecimento pode construir uma experiência própria e singular nos sujeitos, uma vez que a doença também é considerada um fenômeno de natureza psicobiológica e socio-cultural, que, aliada às trajetórias e às vivências pessoais, é capaz de constituir representações sociais relacionadas às interações sociais e às práticas de cuidado e saúde adotadas.

Destaca-se que o aspecto religioso e a espiritualidade podem contribuir para os saberes e práticas sobre o cuidado em saúde, pois são capazes de influenciar os comportamentos e direcionar ações em meio à coletividade, funcionando como guias, que orientam o agir do indivíduo com o mundo⁽³⁸⁾. Esse aspecto pode ser evidenciado neste estudo na associação do cuidado a um mandamento bíblico, denotando que o contexto da religião orienta a prática de cuidar referida pelas mulheres.

As concepções apresentadas são socialmente partilhadas no cotidiano das pessoas. Evidenciou-se que o contexto do lar, a própria comunidade, as comunidades religiosas e o contexto ou contato com os serviços de saúde influenciam fortemente a formação de conceitos e de práticas de cuidado em saúde, pois fazem parte do contexto histórico, cultural e social das mulheres quilombolas.

A mulher quilombola é representada como a cuidadora, cujo sentido está simbolicamente construído como o esteio da família. A expressão esteio simboliza e objetiva um conjunto de significados que expressam a representação dessa mulher: ela sustenta a família. O esteio é um objeto de madeira, ferro ou metal, encontrado frequentemente nas casas para a sustentação do telhado e das paredes, ou seja, sem o esteio, a casa pode ruir. Assim é a mulher cuidadora: a que ampara, protege, ajuda, auxilia seus entes, um sustentáculo por meio do qual se alicerça a família e todos os seus componentes, pois dela dependem a existência e manutenção da família. Essa ideia também foi apresentada em estudo⁽³⁹⁾ que buscou o significado dos papéis de pai e mãe para casais que vivenciaram a experiência da parentalidade, sendo a mulher também identificada como principal cuidadora do lar e da família, figura elementar dos cuidados, alicerçados no argumento de que os laços parentais e a afetividade a legitimam nesse papel, sendo responsabilizada e vista como figura central no cuidado para crianças/filhos e familiares.

Limitações do estudo

Considerando-se que o estudo foi desenvolvido em apenas uma comunidade quilombola, as representações aqui discutidas podem não ser passíveis de generalização, uma vez que dizem respeito ao universo da cosmovisão dos grupos que representam os objetos sociais a partir de suas experiências práticas no cotidiano, sendo particulares a cada grupo. Contudo, estes achados podem contribuir para dar a conhecer esse universo e estimular a reflexão em estudos similares em outras comunidades.

Contribuições para a área da Enfermagem

Conhecer as práticas de cuidados à saúde e a lógica que as sustentam contribui para ampliar a compreensão sobre grupos sociais específicos, considerando a dimensão cultural e representacional que as práticas de cuidado adquirem em suas vidas e o universo de representações que as permeiam. Tais aspectos devem ser considerados pelos profissionais da saúde e, sobretudo, de enfermagem, uma vez que esta, em particular, atua e (re)produz o cuidado integral à saúde dos indivíduos e seus respectivos grupos. Ademais, em face da figura do profissional de saúde que surge nos discursos das participantes ser a do médico, entende-se que compreender as representações e, por conseguinte, as práticas de saúde das mulheres quilombolas favorece uma maior aproximação dos enfermeiros na organização de cuidados que atendam as particularidades dessas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de cuidado à saúde foram caracterizadas por ações relativas à casa, às pessoas, às famílias e ao meio ambiente, indicando haver uma compreensão ampliada das mulheres

quilombolas sobre o cuidado à saúde, de cunho preventivo e não somente associado a estados de adoecimento concreto. Os recursos aplicados no cuidado são naturais e advêm de saberes tradicionais, especialmente por meio de plantas e ervas. O sistema oficial de saúde é acionado em segunda instância, sendo citada a figura do médico quando os recursos próprios aplicados não surtem efeito ou quando outra autoridade é requerida, que não a da cuidadora principal da família.

A mãe é a principal cuidadora da família, com status diferenciado no universo feminino familiar, pois não basta ser mulher, sendo preciso ser mãe com atributos especiais que lhe dão uma condição superlativa no exercício do cuidado. A supermãe é a figura que agrega o universo de significados que tornam o cuidado à saúde viável e aplicável no cotidiano. Portanto, para adentrar a comunidade quilombola, profissionais de saúde precisam compreender esse universo representacional e, por meio das mulheres-mães-cuidadoras, fazer chegar a esse grupo populacional os cuidados próprios do sistema oficial de saúde.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior.

REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015;17(1):13-25. doi: 10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc
2. Berg JA, Woods NF. Global women's health: a spotlight on caregiving. *Nurs Clin N Am.* 2009;44(3):375-84. doi: 10.1016/j.cnur.2009.06.003
3. Ferreira CR, Isaac L, Ximenes VS. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estu. Interdiscip Psicol.* 2018;9(1):108-25. doi: 10.5433/2236-6407.2016v9n1p108
4. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.* 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS – 2. ed.* – Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Reis AT, Santos RS, Paschoal Júnior A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *Rev Min Enferm [Internet].* 2012 [cited 2019 Jan 20];16(1):129-35. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510>
7. Prates LA, Ceccon FG, Alves CN, Wilhelm LA, Demori CC, Silva SC, et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(12):2483-92. doi: 10.1590/0102-311X00006715
8. Oliveira MW, Moraes JV. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. *Rev APS [Internet].* 2010 [cited 2017 Mar 28];13(4):412-20. Available from: <https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/723/387>
9. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Bortoli CFC, Bisognin P, Ressel LB. Características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola. *Rev Enferm UFPE [Internet].* 2016 [cited 2018 Jun 10];10(1):103-11. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10927/12216>
10. Moscovici S. *A Psicanálise, sua imagem e seu público.* Petrópolis: Vozes, 2012.
11. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Health conditions in quilombola communities. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(4):1037-45. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018
12. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC.* 2011;13(5):937-43. doi: 10.1590/S1516-18462011005000033
13. Franchi EPLP, Terra MF, Nascimento-Rocha JM, Marquezan RF, Odorizzi VF. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2018;13(40):1-11. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1620
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
15. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc Estado.* 2009;24(3):679-712. doi: 10.1590/S0102-69922009000300004

16. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit [Internet]*. 2017 [cited 2020 Mar 17];5(7):01-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
17. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018;52(4):1893-907. doi: 10.1007/s11135-017-0574-8
18. Ferreira MA. Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):214-5. doi: 10.5935/1414-8145.20160028
19. Jaccoud M, Mayer R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: Poupart J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
20. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
21. Silva EB, Menezes LP, Stamm B, Hempel SF, Nora LSD. Saberes e práticas de pais ou responsáveis no cuidado de pré-escolares. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(2):185-96. doi: 10.5902/217976926282
22. Moreira MA, Nascimento ER, Paiva MS. Social representations concerning the breastfeeding practices of women from three generations. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):432-41. doi: 10.1590/S0104-07072013000200020
23. Vasconcelos MR, Corrêa RS. Impactos socioambientais causados pelo aterro sanitário no município de Marituba-Pa. In: *Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social nº 2; Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis), SC. Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social [Internet]*. 2017[cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180039>
24. Oliveira G, Scazufca P, Pires RC. Ranking do saneamento [Internet]. São Paulo: Instituto Trata Brasil; 2018[cited 2020 Mar 17]. Available from: <http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking-2018/realatorio-completo.pdf>.
25. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2187-200. doi: 10.15649/cuidarte.v9i2.521
26. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(6):1835-47. doi: 10.1590/1413-81232014196.01992013
27. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1487-501. doi: 10.1590/0102-311X00141213
28. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc*. 2014;23(3):1049-63. doi: 10.1590/S0104-12902014000300025
29. Rangel DLO, Oliveira C, Kyaw CM, Caldeira Jr AM, Monteiro PS. Perfil parasitológico de moradores de uma comunidade quilombola. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):513-9. doi: 10.1590/1982-0194201400084
30. Juras IAGM, Machado GS. A relação entre a saúde da população e a conservação do meio ambiente. In: GANEM RS. (Org.). *Políticas setoriais e meio ambiente*. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. p. 177-210.
31. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Medication use by the "quilombola" population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):905-13. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004817
32. Araújo MEA, Silva MT, Andrade KRC, Galvão TF, Pereira MG. Prevalence of health services utilization in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):589-604. doi: 10.5123/s1679-49742017000300016
33. Raynaudo G, Peralta O. Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberabit*. 2017;23(1):137-48. doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.10
34. Lima ARA, Heck RM, Vasconcelos MKP, Barbieri RL. Actions of women farmers in family care: use of medicinal plants in Southern Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):365-72. doi: 10.1590/0104-07072014004080012
35. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):179-89. doi: 10.1590/1413-81232015211.20472014
36. Zank S, Ávila JVC, Hanazaki N. Compreendendo a relação entre saúde do ambiente e saúde humana em comunidades Quilombolas de Santa Catarina. *Rev Bras Plantas Med*. 2016;18(1):157-67. doi: 10.1590/1983-084X/15_142
37. Mendes DS, Cavas CST. Benzedeiras e benzedeiros quilombolas: construindo identidades culturais. *Interações*. 2018;19(1):3-14. doi: 10.20435/inter.v19i1.1568
38. Borges MS, Santos MBC, Pinheiro TG. Social representations about religion and spirituality. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):609-16. doi: 10.1590/0034-7167.2015680406i
39. Martins CA, Abreu WJCP, Figueiredo MCAB. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Rev Enferm Ref*. 2014;serIV(2):121-31. doi: 10.12707/RIII1394