

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Lucas Roque Matos

**O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde
presentes em seu território**

Juiz de Fora
2019

Lucas Roque Matos

**O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde
presentes em seu território**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zuleyce Maria Lessa Pacheco

**Juiz de Fora
2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Matos, Lucas Roque.

O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde presentes em seu território / Lucas Roque Matos. - 2019.

105 p.

Orientadora: Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Mulheres quilombolas. 2. Cuidar de si. 3. Determinantes sociais em saúde. I. Pacheco, Zuleyce Maria Lessa, orient. II. Título.



LUCAS ROQUE MATOS

**O CUIDAR DE SI DA MULHER QUILOMBOLA FRENTE AOS DETERMINANTES
SOCIAIS EM SAÚDE PRESENTES EM SEU TERRITÓRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 07 / 08 / 19

Prof^ª. Dr^ª. Zuleyce Maria Lessa Pacheco
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Roseni Pinheiro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
1º Avaliador(a)

Prof^ª. Dr^ª. Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora
2º Avaliador(a)

*À todos que compartilharam comigo desta conquista, em especial as
mulheres quilombolas que tanto se tornaram para mim, como
exemplos de força, fé e resistência.*

AGRADECIMENTOS

Hoje, ao refletir sobre a minha trajetória no Mestrado, sou acometido por um misto de sentimentos, pois recordo tudo aquilo que vivi, enfrentei e descobri ao longo deste processo. Admito que a descoberta de minha aprovação em meados de 2017 foi uma das maiores surpresas, já que não me sentia capaz e apto para adentrar nesta nova etapa acadêmica. Talvez seja por isso, que o caminho tenha sido um pouco tortuoso e árduo, repleto de inquietações, dúvidas, mas ao mesmo tempo, inúmeros aprendizados e conhecimentos.

Ao encerrar essa etapa de minha vida, não poderia deixar de agradecer àqueles que tanto me apoiaram e incentivaram para celebrar tal conquista. Inicialmente, como católico e vicentino que sou, acredito que essa vitória só foi possível, pois Deus guiou meus passos, acalmou meu coração quando foi preciso e me deu forças para perseverar e lograr tal conquista. À Deus, o Pai, meu muito obrigado.

Quando penso naqueles que lá estiveram para me amparar, reconheço o tamanho esforço, dedicação e amor dedicado pelos meus pais, Ana Maria e João Natal, sem os quais, nada disso seria possível. Técnicos de Enfermagem de formação, eles sempre foram os meus exemplos de como pensar e atuar no exercício do cuidado. À minha irmã, Bárbara, que também é minha afilhada, agradeço pela paciência, por entender minhas ausências e principalmente, por todo apoio que me deu neste período.

Além deles, não poderia deixar de agradecer ao meu amor, Ane Elyse, aquela com quem, de fato, compartilhei desde as minhas angústias e frustrações, como as alegrias de ir à campo e os contos das viagens após apresentar meus trabalhos pelo Brasil à fora. Como sempre falo, foi ela que, ao longo de quase sete anos estudando sobre as comunidades quilombolas na Geografia, me inspirou à explorar e refletir sobre isso no âmbito da Enfermagem. Faltam palavras para conseguir expressar tamanha gratidão e carinho que sinto por tudo aquilo que fez por mim, para que pudéssemos, juntos, celebrar essa árdua vitória. Então, só posso dizer que eu te amo muito e sinto-me muito honrado em viver isto com você.

Todavia, esse trabalho é coletivo, é feminino e retoma às mulheres quilombolas, com quem tanto aprendi e me redescobri, tanto a nível pessoal quanto profissional, pois foi a partir de seus relatos que pude entender como almejo construir a minha prática na Enfermagem, além de demonstrarem o quão importante é extrapolar os portões dessa Universidade para conhecer outros saberes, outros fazeres e outros cuidados.

Desde a Graduação, me aproximei da Zu, ou melhor, da Zuleyce, a qual se transformou em minha amiga para além da sua função de orientadora. Foi ela quem abriu as portas para me descobrir na ludicidade sob a figura do Palhaço Pipoca, bem como quem confiou no meu projeto de pesquisa e incorporou-o a sua própria experiência profissional, culminando em uma nova etapa de sua carreira: rumo ao Pós-Doutorado. Sinto-me muito feliz e grato por saber que aquilo que desenvolvemos durante esse período, já está gerando frutos e que será ela, quem seguirá provocando tantas outras reflexões sobre a questão quilombola na Enfermagem.

Por fim, não poderia deixar de agradecer aos meus amigos, desde aqueles que estão comigo desde tempos pretéritos de minha vida, quanto também aos que foram se transformando de colegas a verdadeiras amizades no transcurso do Mestrado. Franciane, Louise e Thaís, principalmente, que sempre estiveram comigo, me apoiando, me motivando e acreditando no meu potencial para alcançar tal conquista. Muito obrigado por também me permitirem conhecer seus próprios trabalhos e ajudar, mesmo que indiretamente, nesta jornada de cada uma de vocês.

Não sei bem o que me espera daqui para frente, mas tenho a certeza de que aprendi muito ao longo destes dois anos: sobre mim, sobre a minha profissão, sobre a arte de cuidar mas, principalmente, sobre essas mulheres-quilombolas que tanto são símbolos de luta, de fé e de resistência. Ao finalizar essa etapa, faço votos de que o trabalho contribua, minimamente, para que elas entendam melhor a realidade onde estão inseridas, mobilizem-se em prol da equidade social e consigam exercer o seu pleno direito à saúde, de forma justa, democrática e humanista.

“Ninguém solta a mão de ninguém”

Thereza Nardelli

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo desvelar o cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde presentes em seu território. Tal pesquisa é de natureza qualitativa, tendo como aporte teórico-metodológico o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire e a fenomenologia existencial de Martin Heidegger e realizada em um município da Zona da Mata Mineira. Foram incluídos, neste estudo, mulheres residentes da comunidade quilombola que participam do diretório de mulheres local. O Itinerário de Paulo Freire aconteceu em um encontro sob o formato dos Círculos de Cultura e os encontros fenomenológicos foram guiados pela utilização de entrevista aberta. Da análise destes depoimentos emergiram então, as estruturas essenciais constituindo quatro Unidades de Significação. A compreensão vaga e mediana dos significados permitiu a construção do fio condutor, que conduziu a Hermenêutica. O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde, presentes em seu território, foram desvelados ao externarem a aplicação dos conhecimentos populares e ancestrais que possuem, a partir do resgate histórico das práticas pretéritas presentes na própria comunidade como, por exemplo, as práticas de benzeção e o uso de chás e ervas plantadas e colhidas em seus quintais. Logo, foi possível concluir que tal prática do cuidar constitui o resgate de seu passado e da sua ancestralidade, numa busca constante de encontrar forças para continuar r-existindo dentro de um território permeado por disputas sociais e de poder expressos sob a forma de conflitos econômicos, sociais e culturais. Torna-se recomendável que a formação profissional possa incorporar estudos acerca das populações tradicionais e primitivas, oferecendo a oportunidade que os egressos possam desenvolver um cuidado mais democrático, justo e plural.

Palavras-chave: Determinantes sociais em saúde. Saúde da mulher. Mulheres quilombolas. Território. Cuidar de si.

ABSTRACT

The objective of this study is to unveil the care of the quilombola woman against the social determinants of health present in her territory. Such research is qualitative in nature, having as a theoretical and methodological contribute on Paulo Freire's Research Itinerary and Martin Heidegger's existential phenomenology and carried out in a Zona da Mata Mineira municipality. Included in this study were women residents of the quilombola community who participate in the local women's directory. Paulo Freire's itinerary happened in a meeting in the format of the Circles of Culture, the phenomenological meetings were guided by the use of an open interview. From the analysis of these testimonies, the essential structures consisted of four Units of Significance. The vague and average understanding of meanings allowed the construction of the guiding thread, which led to Hermeneutics. The care of the quilombola woman against the social determinants of health present in her territory were unveiled by externalizing the application of the popular and ancestral knowledge they possess, based on the historical recovery of past practices present in the community itself, such as, for example, practices of blessing and the use of her balteas and herbs planted and harvested in their backyards. Therefore, it was possible to conclude that such a practice of caring constitutes the rescue of her past and of her ancestry, in a constant search of finding the forces to continue existing in front of a territory permeated by social disputes and power expressed in the form of economic, social and cultural conflicts. It is recommended that vocational training be able to incorporate studies about traditional and primitive populations, offering the opportunity for the graduates to develop a more democratic, just and plural care.

Keywords: Social determinants in health. Women's health. Quilombola women. Territory. Taking care of yourself.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fotografia ilustrativa sobre os convites produzidos para realização dos
Círculos de Cultura.....54
- Figura 2 – Fotografia ilustrativa sobre os cartazes produzidos coletivamente pelas
mulheres-quilombolas ao longo dos Círculos de Cultura.....58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
FCP	Fundação Cultural Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Incra	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MNU	Movimento Negro Unificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
US	Unidades de Significação
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
	1.1 A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	17
	1.2 OBJETIVO.....	23
2	SOLO DE TRADIÇÃO.....	24
	2.1 A INSERÇÃO DAS POPULAÇÕES NEGRAS NO BRASIL E A CORRELAÇÃO ENTRE O DIREITO AO TERRITÓRIO E O DIREITO À SAÚDE 24	
	2.2 RAÍZES DO BRASIL RACISTA: DESVELANDO AS ORIGENS DAS DESIGUALDADES EM SÉRGIO BUARQUE DE HOLANDA (1936) E GILBERTO FREYRE (1933).....	28
	2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E OS DESAFIOS FRENTES AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE.....	31
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	36
	3.1 TEORIA DO CONHECIMENTO E O CÍRCULos DE CULTURA DE PAULO FREIRE.....	37
	3.2 A FENOMENOLOGIA.....	40
	3.3 A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER.....	40
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO.....	45
	4.1 TIPOLOGIA.....	45
	4.2 CENÁRIO.....	46
	4.3 PARTICIPANTES.....	46
	4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
	4.5 MOVIMENTOS DA ETAPA DE CAMPO.....	48
	4.6 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS E DO CÍRCULOS DE CULTURA.....	51
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CÍRCULOS DE CULTURA.....	53
	5.1 CÍRCULOS DE CULTURA – RESSIGNIFICANDO O CONCEITO DE SAÚDE E DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE.....	53
6	ANÁLISE COMPREENSIVA.....	60
	6.1 HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE DAS MULHERES QUILOMBOLAS.....	60

6.2	COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA: O CUIDAR-DE-SI-DA-MULHER- QUILOMBOLA FRENTE OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SEU TERRITÓRIO	63
6.2.1	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	64
6.2.2	O FIO CONDUTOR	70
7	COMPREENSÃO INTERPRETATIVA OU HERMENÊUTICA.....	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O termo quilombo tem sua origem na África subsaariana, sendo derivado da língua *bantu* que significa guerreiro da guerra. Contudo, no Brasil, o vocábulo está comumente atrelado à concepção difundida no período colonial, o qual o definia como toda habitação de negros, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele. (MOURA, 2012). Isso, por sua vez, contribuiu para a construção do ideário social sobre o que foi e o que constituiu o processo de formação das comunidades quilombolas nos tempos coloniais, promovendo-se, assim, a reprodução de um conceito que não conseguiu apreender as intencionalidades do próprio movimento, já que estava assentado nos pilares punitivos e coercitivos da ação estatal frente a esses movimentos de insurreição e contestação do sistema escravocrata.

Porém, essa acepção, ao longo dos anos transformou-se em um símbolo contra a exploração colonial e em defesa das lutas por liberdades e conquistas de direitos, contrastando-se, portanto, com as tentativas de deslegitimação apreendidas pelo Estado colonial-imperial. (LEITE, 2008). O longo período entre a assinatura da Lei Áurea, em 1888, e a promulgação da Constituição Federal, de 1988, é caracterizado por uma invisibilidade histórica destas populações frente ao Estado. Todavia, esse silêncio pode ser considerado como uma estratégia de resistência, pois contribuiu para que elas buscassem novas formas tanto de resistência quanto também de empoderamento frente àqueles que as marginalizavam.

A intensificação dos conflitos agrários no campo brasileiro e o levante de novos movimentos sociais durante a reabertura democrática na década de 1980 contribuiu para que a pauta quilombola fosse inserida às discussões da Assembleia Constituinte por ação do Movimento Negro Unificado (MNU) em 1987. (BRASIL, 1988; PORTO-GONÇALVES, 2002; SOUZA, 2008; SILVA; CARNEIRO, 2016). Sendo assim, a Carta Magna de 1988 é o principal marco de reconhecimento das comunidades quilombolas no cenário sociopolítico brasileiro, já que tanto as transforma em sujeitos de direitos, isto é, essas populações passam a deter direitos que serão promovidos e garantidos pelo Estado brasileiro, conforme definido nos artigos 215 e 216 do corpo fixo e o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias (ADCT), como estabelece uma nova interpretação do ser quilombola na contemporaneidade, a fim de superar àquela construída sob a alusão a fugas, violência e criminalização instituída pelos instrumentos jurídicos-normativos pretéritos. (MOURA, 2012).

No texto constitucional, passa-se a utilizar a expressão de comunidades de remanescentes de quilombos para se identificar esses grupamentos, porém, é imprescindível que se saliente que as comunidades quilombolas não estão restritas a algo residual e nem como resquícios de um passado imutável, mas, sim, no sentido da defesa da pluralidade que conformou o processo de sua formação, como as doações de parcelas de terras para santos e ex-escravos, como também por meio da falência de latifúndios e antigos engenhos de açúcar. Com isso, se nota que, a partir de 1995, há um movimento de ressemantização da concepção de quilombo, a fim de incorporar a heterogeneidade e a diversidade que caracterizam essas comunidades, o que, conseqüentemente, veio a fomentar o desenvolvimento do escopo jurídico-normativo do Decreto 4.887 de 2003, em diálogo com as prerrogativas da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho que estabelece a autodefinição como critério de identificação desses sujeitos de direitos. (BRASIL, 2004a; LEITE, 2008).

A partir desse Decreto, definiu-se as responsabilidades dos órgãos de Estado em detrimento da provisão dos direitos conquistados, cabendo à Fundação Cultural Palmares (FCP), entidade pública vinculada ao Ministério da Cultura, a função de emitir a certidão de reconhecimento enquanto comunidade de remanescente de quilombo. Além disso, esse texto jurídico transferiu a competência do processo de regularização fundiária, relativo à titularidade dos territórios quilombolas para o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). (BRASIL, 2003). Segundo dados atualizados por esses órgãos, estima-se que 3.010 comunidades quilombolas foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares até agosto de 2017, sendo que desse quantitativo, apenas 1.675 possuem processos abertos no INCRA e apenas 168 destas foram efetivamente tituladas. No âmbito de Minas Gerais, nota-se que apesar de ser o 3º estado com o maior quantitativo de comunidades certificadas, com um total de 294, nenhuma dessas possui o título do território em questão. (FCP, 2017).

Isso se contrasta com o fato de o Brasil ser o país com maior contingente de pessoas negras fora do continente africano, o que retoma ao intenso processo de comercialização da mão de obra escrava, cujo objetivo era fomentar o modo de produção escravista instalado no país, o qual perdurou até meados de 1888. Ao contrário de outros países cujos antepassados determinam a raça, no Brasil, a raça baseia-se nas características fenotípicas, sendo a cor da pele, a principal delas. Isso, conseqüentemente, torna a

identificação racial um tanto complexa e espontânea no emprego de termos distintos para a cor da pele/raça da população. (BOCLIN; FAERSTEIN; SZKLO, 2014; MOURA, 2012).

Sendo assim, a estratificação social brasileira foi construída e condicionada por diversos fatores, dentre os quais se destacam os aspectos políticos, econômicos, culturais e religiosos e, sobretudo, aqueles relativos aos étnicos-raciais. Isso, por sua vez, vem promovendo uma disparidade frente à população negra, expondo-as a uma sucessão de iniquidades sociais, como as relacionadas ao acesso à educação, a melhores condições no mercado de trabalho, à provisão de uma alimentação adequada e equilibrada, além daquelas voltadas para o acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à dinâmica demográfica, a mortalidade de mulheres negras aumentou cerca de 22%, enquanto a taxa de mortalidade de mulheres não negras regrediu 7,2%. (CERQUEIRA, 2017). D'Orsi *et al* (2014), em seu estudo sobre desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto, constata uma discrepância acentuada na atenção à saúde para este grupamento, no qual pode se verificar uma menor chance de privacidade no atendimento, menor satisfação com o tempo de espera, além da maioria sofrer com alguma violência obstétrica.

Essas adversidades são mais evidentes no âmbito das comunidades remanescentes de quilombos, pois constituem em parcelas da população que foram e continuam sendo historicamente vítimas de uma sociedade supressora e excludente, vivendo, assim, sob os efeitos da desigualdade social e econômica que rege o sistema capitalista. Desta forma, Ferreira *et al* (2011) apontam que essas comunidades podem ser interpretadas como sendo núcleos de luta, pois rompem com o modelo moderno-colonial na busca pela manutenção de seu território, saberes e costumes. Assim, essas populações representam uma herança histórica valiosa que ainda é pouco estimada pelo Estado e pela sociedade como um todo.

No que tange à oferta de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a VII Conferência Global de Saúde, evidencia que a disparidade social, como é o caso da discriminação racial vivenciada no Brasil, tem impacto direto no campo da saúde, sendo que essa, atrelada à intensificação das desigualdades sociais, vem moldando as condições de vidas das pessoas o que, conseqüentemente, evidencia-se numa avaliação sobre as deficiências de saúde. (WHO, 2009).

Pautados no conceito de vulnerabilidade social apresentado por Monteiro (2011), entende-se que essa é apreendida através de múltiplos condicionantes, os quais não se restringem a fatores econômicos, mas também àqueles relacionados a raça e a etnia. Isso nos permite inferir, portanto, que as comunidades quilombolas se enquadram na situação de

vulnerabilidade social, já que são formadas por indivíduos que se encontram incapacitados de lidarem com as circunstâncias do cotidiano devido a carência ou inadequação de recursos materiais, simbólicos e/ou habilidades que contribuam para o fortalecimento do efetivo exercício da cidadania desses sujeitos.

No âmbito da saúde, por sua vez, a Conferência de Adelaide, que deu continuidade as orientações promovidas em Ottawa, destacou, entre as suas áreas de prioridade, o apoio à Saúde da Mulher, enfatizando-se sua importância enquanto promotora da saúde, a fim de assegurar que todas as mulheres, especialmente aquelas oriunda de grupos subalternizados - como os de caráter étnico, indígenas e outras minorias - passem a ter o direito a apresentar seus próprios meios e instrumentos de promover o cuidado à saúde e que se transformem em parcerias plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, a fim de assegurar sua identidade cultural. (WHO, 2009; BRASIL, 1996).

Nesse sentido, é notório que, dentre os diversos atores sociais que constituem a população quilombola, a mulher seja uma peça chave, pois se enquadra em uma situação de tripla discriminação em uma sociedade como a que está posta: seja por ser mulher, por ser negra e pela sua classe social. (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, indicam que ali vivem 97,3 milhões de mulheres correspondendo a 51,3% da população, constituindo-se também, nas principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 47,3 milhões autodeclararam-se brancas, 6,9 pretas, 1,1 amarelas, 41,4 pardas e aproximadamente 408 mil são indígenas (BRASIL, 2010a). Segundo os princípios das diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), elas frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, entretanto, também são aquelas que acompanham as crianças, os familiares, as pessoas idosas, portadoras de necessidades especiais, os vizinhos e amigos, tornando-se, assim, no alicerce na promoção do cuidado para um vultoso grupo de usuários nesse sistema. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher exemplifica a vulnerabilidade feminina pela discriminação sofrida por elas no ambiente de trabalho, pela dupla jornada a que são submetidas, dividindo-se entre os compromissos profissionais e os afazeres do lar. Ressalta-se, ainda, que as mulheres, apesar de viverem mais que os homens, adoecem com mais frequência e as causas de sua morte então atreladas mais às situações de discriminação do que a fatores naturais. (BRASIL, 2011).

Em relação às mulheres quilombolas, nota-se que elas tomam para si o papel de protagonistas da manutenção da vida nos quilombos desde o período colonial, durante o qual

se observava que um vasto número de mulheres alforriadas dedicava-se ao serviço do comércio como a venda de peixes, legumes e frutas, a fim de acumular o valor necessário para garantir a alforria dos maridos, além de guardar para seu próprio usufruto. Negras de tabuleiros, como eram chamadas, devido ao vai e vem de mercadorias, elas também funcionavam como “pombos correios”, já que eram responsáveis por promover o diálogo de informações entre as fazendas e os quilombos, com intuito de protegê-los da ação dos capitães-do-mato. (SILVA, 2005).

No contexto atual, elas continuam detendo extrema importância no cotidiano dessas comunidades, pois são as responsáveis pela constituição e reprodução da vida social, econômica e cultural desses grupamentos, visto que elas representam, tanto a figura materna, relacionada aos cuidados com os filhos e anciãos, como também a de liderança, devido principalmente ao seu engajamento e mobilização perante a luta pelos seus direitos. (FREITAS *et al*, 2011).

Em 2005, com intuito de combater as iniquidades em saúde e conseqüentemente promover um movimento global em torno deste objetivo, a Organização Mundial de Saúde criou a Comissão para Determinantes Sociais em Saúde (DSS), cujo objetivo era discutir sobre possíveis estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais a partir de uma interlocução entre o Governo e a sociedade civil, além de promover ações de monitoramento desses determinantes no cenário nacional e global. (WHO, 2010).

No âmbito brasileiro, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define esses determinantes como sendo fatores biológicos e/ou fatores de abrangência coletiva relativos a condições políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais como, por exemplo, gênero, educação, profissão, rendimento, origem étnica-racial, local de residência, além dos aspectos culturais, psicológicos e comportamentais. Assim se comunga com a proposta apresentada pela comissão homônima da Organização Mundial da Saúde, a qual determina que os determinantes sociais em saúde são as condições que as pessoas vivem, trabalham, a forma pela qual a sociedade se organiza e desenvolve a sua correspondente situação de saúde. (BUSS; FILHO PELLEGRINI, 2007).

Neste sentido, é salutar enfatizar que se compreende a saúde a partir dos preceitos oriundos da Carta de Ottawa, proposta em 1986, na qual se reitera as imbricações entre os aspectos físicos, humanos, culturais e sociais na oferta de uma melhor qualidade de vida e de bem estar para a sociedade. A Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta preceitos como: respeito a diversidade, a justiça social e inclusão social como caminhos para se atingir

os princípios de equidade, integralidade e universalidade. (BRASIL, 1996; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

Logo, no caso específico das mulheres negras quilombolas, nota-se que elas têm pouca visibilidade no escopo de políticas públicas de promoção e prevenção da saúde, o que favorece para que se perpetuem nos quadros de vulneráveis e de debilidade frente aos determinantes sociais de saúde. (DURAND; HEIDEMAN, 2019).

Destarte, o relatório final da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde expõe o crescente aumento das disparidades em saúde, o que vem promovendo a elevação do número de estudos, tanto no âmbito nacional quanto internacional sobre as iniquidades em saúde, isto é, das desigualdades de saúde entre grupos populacionais.

Em relação às produções científicas, foi possível constatar que aquelas que discutem a mulher estão comumente atreladas ao cuidado que elas exercem sobre as pessoas de seu cotidiano e ao racismo sofrido perante o serviço de saúde prestado o que, conseqüentemente, evidenciou a lacuna de estudos que versem sobre o autocuidado. A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde reafirma a necessidade de produções que envolvam a mulher negra em relação ao cuidado de sua própria saúde, com a finalidade de se implementar políticas públicas de saúde focalizadas na necessidade dessa parcela da sociedade. (BRASIL, 2008).

Ressaltamos assim, a necessidade de se incorporar a mulher negra quilombola em produções acadêmicas, a fim de gerar sua maior visibilidade, tanto ao Estado, como também aos profissionais de saúde, a fim de minimizar as dificuldades na assistência oriundas das condições sociais, econômicas e culturais. (XAVIER, 2012).

No decorrer de minha prática acadêmica, a temática sobre a Saúde da Mulher destacou-se, pois as discussões apreendidas me fizeram refletir sobre o real papel que elas exercem na sociedade, sendo que, se mostram desvalorizadas e subestimadas, considerando desde os aspectos socioeconômicos como também em relação ao acesso à saúde e à educação, por exemplo. Nesse transcurso de construção da pesquisa, deparei-me com as contribuições oriundas de meu convívio com pessoas próximas que me instigaram a conhecer um pouco mais sobre os debates relativos às comunidades quilombolas na Zona da Mata mineira, transformando-o em meu principal objeto de interesse nessa nova etapa de minha formação.

Portanto, esse estudo se pauta no diálogo entre as inquietações que emergiram principalmente a partir do contato com a comunidade quilombola da Zona da Mata mineira, após a realização de um trabalho de campo juntamente com as interações vivenciadas pelos debates sobre a temática da Saúde da Mulher. Logo, é salutar enfatizar os questionamentos

que nos guiou na construção dessa pesquisa, sendo eles: “Como promover a saúde das mulheres quilombolas frente aos Determinantes Sociais da Saúde presentes em seu território? Que práticas de promoção da saúde elas realizam no cuidado de si? Quais são as dificuldades que elas enfrentam nesse cuidado de si?”.

Desta forma, nos instigamos a refletir sobre uma perspectiva social da promoção da saúde, reconhecendo-o tanto com um direito a ser garantido pelo aparelho estatal, mas também como aquele que vem sendo reapropriado constantemente nas práticas cotidianas, a partir dos saberes e conhecimentos de cada grupamento social. Isso posto, o presente trabalho tem como objeto a compreensão do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola, tendo como contexto a promoção da saúde considerando-os frente aos determinantes sociais presentes em seu território.

1.2 OBJETIVO

Desvelar o-cuidar-de-si-da-mulher-quilombola no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

Neste capítulo, serão explicitados pontos relevantes acerca da questão quilombola desde os tempos coloniais até a contemporaneidade, seu direito ao território e à saúde e o acesso a políticas públicas de direito, que foram produzidos pela ciência, demonstrando a posição prévia contextualizada pela literatura.

Segundo Heidegger (2014), o solo de tradição consiste na totalidade das contribuições da ciência que ainda não possibilitou alcançar a essência do problema, pois se trata de uma questão filosófica e, se quisermos compreender o ente e desvelar o ser, devemos conhecer o que ocorre nos dias atuais, pois o mundo exerce influência sobre este ente.

2.1 A INSERÇÃO DAS POPULAÇÕES NEGRAS NO BRASIL E A CORRELAÇÃO ENTRE O DIREITO AO TERRITÓRIO E O DIREITO À SAÚDE

A inserção dos negros e africanos no Brasil teve como objetivo a supressão das necessidades oriundas do modelo de produção desenvolvido na Colônia, o qual buscava angariar mão de obra escrava para incorporá-los aos plantios de cana de açúcar, estendendo-se até meados do século XX, com o avanço das plantações de café no Sudeste brasileiro. (MOURA, 2014).

Os negros escravizados passam a se organizar e se mobilizar em diferentes iniciativas, como a insurgência de guerrilhas, de insurreições e também a formação de quilombos, a fim de criar alternativas à opressão sofrida. Faz-se possível perceber que o fenômeno do quilombamento se constitui como um instrumento de contestação do Estado, sendo uma estratégia que se opõe ao modelo escravagista, pois promoveu tanto a perda de mão de obra como também criou um espaço formado por uma diversidade de pessoas e segmentos marginalizados pelo sistema que buscam sua liberdade e autonomia frente ao regime atuante. (MOURA, 2014).

Nos tempos coloniais, quilombola era definido como sendo “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. (MOURA, 2014, p. 2). Logo, fica evidente que o fenômeno da quilombagem passa a ser interpretado a partir da perspectiva de criminalização,

através do poder coercitivo e punitivo do Estado, o qual atua de forma a suprimir a existência e a formação desses locais. Assim, é notório como essa acepção de quilombo foi sendo reproduzida no imaginário social confundida com a alusão a fugas, violência e bandidismo. (ALMEIDA, 2002).

No decorrer do século XIX, observa-se que as pautas relativas à abolição da escravatura no Brasil vão se acentuando e conquistando, cada vez mais, novos adeptos, principalmente devido às pressões comerciais e políticas oriundas da Primeira Revolução industrial ocorrida na Inglaterra. Isso, conseqüentemente, incita mudanças na estrutura do próprio sistema, como a promulgação da Lei do Ventre Livre, em 1871, e do Sexagenário, em 1885, culminando na decretação do fim do tráfico de escravos no Brasil com a Lei Áurea em 1888. (SILVA; CARNEIRO, 2016).

Contudo, é salutar enfatizar a importância que a Lei de Terras de 1850 tem nesse processo para se compreender a luta apreendida pelas comunidades quilombolas no contexto atual brasileiro. Por meio desta norma, se institui a compra como meio de se adquirir terras no país, isto é, passa-se a se apropriar da concepção de propriedade privada da terra, o que promoveu a exclusão de grupos que não tinham condições de arcar com o custeio desse processo. Logo, observa-se que a Lei de Terras contribui para se acentuar a marginalização dos negros escravizados e aqueles que haviam sido libertos no cenário social, político e econômico, (SILVA; CARNEIRO, 2016).

O período entre a promulgação da Lei Áurea e a Constituição Federal de 1988 é marcado por uma invisibilidade destas comunidades perante o Estado, as quais se apropriam e recriam estratégias pautadas no isolamento para que possam seguir resistindo frente ao sistema que tanto as marginaliza e expropria de seus direitos. (PORTO-GONÇALVES, 2002; SOUZA, 2008; SILVA; CARNEIRO, 2016).

A intensificação das disputas e dos conflitos agrários faz emergir uma mobilização em torno da reintrodução da pauta quilombola no cenário brasileiro, principalmente, atrelada ao Movimento Negro Unificado, o qual torna-se o responsável por incorporar as discussões e reivindicações apreendidas por esses segmentos no âmbito da Assembleia Constituinte em 1987.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 se constitui como um marco normativo para a instituição de novos sujeitos de direitos, dentre os quais se destacam as comunidades de remanescentes de quilombos. É nela que se apresentam, nos artigos 215 e 216 relativos aos aspectos culturais e históricos, o tombamento dos sítios arqueológicos e o respeito às manifestações religiosas destas populações. Todavia, é o artigo 68 do Ato das

Disposições Constitucionais Transitórias que determina a titularidade dos territórios quilombolas a essas comunidades, cabendo ao Estado brasileiro, a emissão dos títulos respectivos. (BRASIL, 1988).

Em 2004, o Estado brasileiro criou o Programa Brasil Quilombola (PBQ) que engloba as políticas públicas voltadas para essas populações, articulando, inicialmente, ações voltadas para o desenvolvimento produtivo, para a promoção da igualdade racial, além dos direitos básicos como educação e saúde. Sob uma perspectiva dos direitos humanos, o PBQ busca contemplar as reivindicações das próprias comunidades quilombolas frente ao aparelho estatal, o qual tanto é aquele que é o responsável pela promoção da qualidade de vida e do exercício da cidadania, mas também é quem viola essas prerrogativas. (BRASIL, 2004b).

Entre as políticas públicas que incorporam o PBQ, aquelas relativas ao direito ao território, como a certificação das comunidades quilombolas e o processo de regularização fundiária têm sido as principais a serem reivindicadas no cenário atual. De acordo com o decreto 4.887, de 2003, cabe à Fundação Cultural Palmares a expedição da certidão de reconhecimento enquanto comunidade de remanescente de quilombo, o qual se constitui como o primeiro passo para o pleito de titulação do território quilombola que, posteriormente, está sob responsabilidade do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. (BRASIL, 2004b).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, dados atualizados de julho de 2017, disponíveis no site oficial da Fundação Cultural Palmares, apontam que 2.522 comunidades foram certificadas pelo órgão, sendo que, até meados de 2016, havia 1.525 processos abertos no INCRA, mas apenas 165 efetivamente tituladas. No âmbito de Minas Gerais, nota-se que apesar de ser o 3º estado com o maior quantitativo de comunidades certificadas, em um total de 193, nenhuma dessas possui o título do território em questão. (FCP, 2017).

Atualmente, a que mais se aproxima da conquista da titularidade é Brejo dos Crioulos, a qual teve o decreto de desapropriação publicado no Diário Oficial da União, emitido em 2011. Em 2000, a Fundação Cultural Palmares que até então era a responsável pela titulação dos territórios, havia concedido a titularidade à comunidade de Porto Cortis em Leme do Prado no estado de Minas Gerais, porém, devido a implementação de um projeto hidrelétrico, a população foi realocada para outro local, promovendo-se, assim, a contestação jurídica e social da existência do quilombo. (FCP, 2017).

No que se refere às políticas públicas relativas à saúde quilombola, o Programa Brasil Quilombola, no ano que foi lançado na edição de 2004, estava pautada na oferta do

Programa Saúde da Família. Contudo, em meados de 2013, com a reestruturação do mesmo, a partir da Agenda Social Quilombola, há a incorporação do Programa Saúde Bucal. Porém, é sabido que outras políticas públicas universais, como o Programa Mais Médicos, têm contemplado essas populações. (BRASIL, 2004b).

Para se discutir sobre o direito à saúde, é imprescindível que se compreenda a sua indissociabilidade com o direito ao território, visto a importância que esse possui na reprodução social, cultural, econômica e física dessas populações. (FREITAS *et al*, 2011).

Nesse sentido, é preciso entender qual a concepção de território aqui aludida: de acordo com Raffestin (1993). O território deve ser compreendido a partir das relações sociais e de poder, pois se compreende que a formação de um território se constitui e é constituída pelos sujeitos e pelos processos em que estão inseridos. Logo, concordamos com a perspectiva de Haesbaert (2004), o qual define o território a partir de uma perspectiva integradora, ou seja, por meio de uma interlocução entre a materialidade e o simbolismo, pois é nele em que ocorrem tanto as relações materiais quanto imateriais de cada grupamento social.

Desta forma, o território quilombola se constitui como o símbolo da resistência apreendida desde os tempos coloniais, onde essas populações desenvolveram diferentes modos de existir e resistir aos ditames do modelo de sociedade e de Estado que lhe foi imposto. Além disso, observa-se também, que o território é tanto o ser quanto o estar, isto é, corrobora tanto com a construção contínua da identidade quanto com o sentimento de se pertencer e ser àquele espaço. (SILVA; CARNEIRO, 2016).

Logo, é salutar enfatizar que ao se pensar o direito à saúde quilombola, é preciso que se rompa com o vislumbre do discurso positivista, o qual se apropria da valorização do conhecimento científico como aquele responsável pelo alcance do saber propriamente dito. Ou seja, o direito à saúde quilombola traz, consigo, a necessidade de se incorporar as práticas, os conhecimentos e as experiências apreendidas por cada sujeito em seu território, a fim de que tanto se supere a dicotomia entre academia e o conhecimento tradicional como também se promova o contato destes saberes a fim de contribuir para uma efetiva promoção do cuidado e da saúde, respeitando-se as especificidades e singularidades que os caracterizam. (DURAND; HEIDEMAN, 2019).

2.2 RAÍZES DO BRASIL RACISTA: DESVELANDO AS ORIGENS DAS DESIGUALDADES EM SÉRGIO BUARQUE DE HOLANDA (1936) E GILBERTO FREYRE (1933)

O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 aponta que, pela primeira vez desde o início do recenseamento, a população do país deixa de ser predominantemente branca, visto que o quantitativo de pessoas autodeclaradas como pardas ou pretas totalizava aproximadamente 54% do total de habitantes. Tendo como foco os dados referentes ao acesso à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, observa-se que tais grupos sociais correspondem a 74% do montante de usuários, o que, conseqüentemente, corrobora com a perspectiva de que os homens e mulheres negros constituem-se no maior contingente de beneficiários dos serviços e bens ofertados através deste programa. (BRASIL, 2010a).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2013, é possível perceber como tais populações estão sujeitas à perpetuação de um quadro de vulnerabilidade social, uma vez que expõem casos de discriminação no sistema de saúde relacionado à falta de dinheiro, classe social e raça e cor. (IBGE, 2015). De acordo com os índices deste estudo, em torno de 9% dos usuários da população branca alegam ter sofrido algum tipo de preconceito, em contraposição ao valor de 23,3% em relação à população negra, a qual sente-se vítima de preconceito racial após atendimento em uma unidade hospitalar. A partir disso, torna-se evidente que o racismo institucional constitui-se em um determinante social de saúde que interfere na produção das equidades sociais e de saúde, contribuindo assim, para o aprofundamento dos fatores que engendram tais populações à vulnerabilidade física, mental, social, econômica, política e cultural.

Neste sentido, este texto é, na verdade, uma tentativa de desvelar as origens das desigualdades socioeconômicas, políticas e culturais que vêm sendo reproduzidas no âmbito das instituições e das políticas relacionadas à promoção e o acesso à saúde a partir das contribuições oriundas dos postulados de Sérgio Buarque de Holanda e Gilberto Freyre em seus célebres livros *Raízes do Brasil* (1936) e *Casa-Grande e Senzala* (1933), respectivamente. O decurso da História oficial brasileira expõe que o país é constituído por uma pretensa democracia racial derivada do processo de formação socioterritorial do país, em que há a miscigenação entre diferentes povos e etnias como a indígena, africana e portuguesa. Para Freyre (1933), haveria uma convivência harmônica e cordial entre as partes, o que

abrandaria os conflitos e as diferenças inerentes ao próprio transcurso histórico do país, conformando-se àquilo que ele denomina como antagonismos em equilíbrio.

Soma-se a isso, o modelo de produção assentado no latifúndio, em que se estabelecem as relações sociais e de poder assentadas na reprodução dos clãs patriarcais atreladas à figura do senhor do engenho e da subalternização dos negros escravizados. Isso, por sua vez, seria sedimentado pelas influências católicas ao longo do processo de colonização engendrada por Portugal no Brasil, a partir do qual se vê quão imprescindíveis foram as ações apreendidas pelos jesuítas no transcurso de propagação da fé cristã junto aos indígenas através da catequização e, conseqüentemente, dominação a fim de servir aos interesses dos europeus e tornar-se instrumentos de apoio ao próprio regime que vinha sendo apregoado.

Logo, para Freyre (1933), a originalidade do Brasil deriva, justamente, do caráter plástico apreendido pelo modelo de colonização aqui empregado, já que a miscigenação constituir-se-ia nos principais elementos que conformaram a família brasileira. Sendo assim, o autor defende que o Brasil emerge como moderno e com especificidade a partir de tal equilíbrio entre as diversas matrizes oriundas do decurso da miscigenação engendrada, sob uma perspectiva de que a raça e a religião não seriam um fator determinante que impediria a mistura entre os diferentes povos e etnias aqui presentes.

Com base nisso, o ideário do homem cordial de Holanda (1936) transforma-se no símbolo do pretenso apaziguamento das contradições e dos conflitos oriundos desse processo, visto que é conformado no constante embate entre os preceitos familiares e morais que caracterizam o seio patriarcal e familiar enquanto principal estrutura social e política vigente. Na prática, é notório como tais relações emotivas e pessoas correlatas à família, vão sendo conferidas e reproduzidas no âmbito das estruturas que compõem o Estado brasileiro, o que, conseqüentemente, contribui para uma supressão do público pelo privado.

Deste modo, nota-se que a atividade política no país está vinculada ao exercício da personificação independentemente das propostas apreendidas, o que, de fato, reforça a lógica do caudilhismo e do coronelismo. Ademais, Holanda (1936) ressalta como a transição do rural para o urbano promoveu um choque de redefinição das estruturas sociais e políticas existentes, a partir do qual se questiona a centralidade do poderio político e econômico detido pelos senhores de engenho. Todavia, conforme expõe Freyre (1933), tais correlações continuam arraigadas e sendo reproduzidas de acordo com as contraposições derivadas das relações sociais e de poder instituídas pelas figuras da casa-grande e da senzala, desde que a ordem privada dos clãs patriarcais e familiares começa a organizar as estruturas públicas que

compõem o Estado brasileiro, mesmo em um cenário em que aparentemente exerce-se o poder de escolha como o voto em que tais figuras conseguem promover suas próprias intencionalidades.

Neste sentido, observa-se que desde o início do transcurso de formação sociocultural e espacial do Brasil, as contribuições oriundas das populações indígenas e africanas foram relegadas perante a busca por se ratificar nossas ligações com a linhagem portuguesa, culminando-se, assim, em tentativas de mascarar as origens afro-indígenas de nosso passado, tanto pelo discurso da miscigenação quanto pelo incentivo ao embranquecimento da população após a inserção de imigrantes europeus no Brasil ao longo do século XIX.

Nunes, Verdan e Jiménez (2019) apontam que é possível perceber a reapropriação de novas estratégias das elites brasileiras a fim de construir os estratos sociais pautados em critérios segregacionistas como cor e raça, gênero e poder econômico, por exemplo. Isso, por sua vez, vem atrelado ao discurso da meritocracia, o qual propõe a hierarquização dos sujeitos a partir dos esforços e conquistas individuais promovidas para se alcançar dado objetivo, partindo-se da premissa de que todos têm as mesmas condições sociais, econômicas e políticas para tal.

Porém, o que os dados supracitados apontam é que, durante os últimos 517 anos, a população negra é tanto aquela que sofre os ditames do sistema, como também engendra todo um processo de resistência, pois escancara as contradições e os embates que vivencia cotidianamente, tanto no campo material, simbólico e psicológico. Assim, evidencia-se a reprodução da perpetuação do racismo em suas facetas mais diversas e perversas: institucional, social, cultural, religiosa e tantas outras. Essas, por sua vez, corroboraram para o aprofundamento das injustiças e desigualdades sociais, políticas, econômicas, culturais e institucionais que tais populações enfrentam em detrimento de sua cor e de sua raça.

São esses homens e mulheres negros que correspondem a índices alarmantes no que se refere ao acesso, à promoção e ao usufruto do direito à saúde, uma vez que se constituem nas principais vítimas das perversas condições ambientais, educacionais e de saúde que o Estado brasileiro lhes acarretam. Estatísticas evidenciam condições desfavoráveis até no acesso ao atendimento médico e remédios à população negra, em que apenas 69,5% e 67,8% das populações preta e parda, respectivamente, consultaram um médico no período de 12 meses, em contraposição aos 74,8% da população branca. Acrescenta-se o fato de que 38,2% e 39,2% destes grupos foi ao dentista nesse mesmo período, porcentagem aquém perto dos 50,4% dos brancos entrevistados.

Além disso, é preciso ressaltar que as taxas sociais referentes à violência e índices de homicídios assinalam e constituem problemas de ordem da Saúde Pública, visto que afetam diretamente o direito à vida e às estruturas assistencialistas do próprio SUS; afinal, 68,9% das mulheres mortas por agressão são negras e entre 2005 e 2015 houve o aumento de 18,2% no número de homicídios de negros – em que a cada 23 minutos, um jovem negro morre no Brasil. Desta maneira, torna-se imprescindível discutir sobre as ações afirmativas e as políticas de igualdade racial no âmbito da área de Saúde, entendendo-a como um direito que deve ser plenamente exercido e ofertado por tais grupos, a partir de uma perspectiva de que se reconheça a importância da população negra no processo histórico de formação socioespacial do país.

Para isso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2007, é o instrumento basilar para promover esse debate no cerne das instituições e órgãos de saúde. Além disso, é imprescindível propor o desafio de se promover uma educação antirracista nos cursos de formação dos profissionais de tal área, a fim de que os trabalhos e as ações apreendidas junto com essas populações baseiem-se na construção da autonomia e do empoderamento destes sujeitos, considerando as especificidades e singularidades que os caracterizam. Desta forma, é preciso refletir sobre uma melhor compreensão do que é o racismo e como desconstruir essas questões tão culturalmente aceitas, como o vocabulário e o tratamento conferido, como primeiro passo para se almejar o pleno exercício do direito à saúde de uma forma mais justa e igualitária.

2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E OS DESAFIOS FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Em meados dos anos 70, as primeiras ponderações acerca da promoção da saúde surgem no Canadá por meio do estudo denominado “*A new perspective on the health of Canadians*”, o qual também ficou conhecido como Relatório de Lalonde cuja motivação foi a crise de saúde que afligia o país naquele período, em que se buscava instituir um modelo de assistência à saúde voltada para o médico e os cuidados de doenças crônicas; (BUSS, 2003).

O presente documento ressaltou que fatores como biologia humana, meio ambiente e estilo de vida estavam intrinsecamente ligados à morbimortalidade no país. A partir disso, foram propostas cinco estratégias para avaliar os problemas de saúde, sendo: (i)

promoção da saúde; (ii) regulação da saúde; (iii) eficiência da assistência médica; (iv) pesquisa; (v) e fixação de objetivos. Tal discussão precedeu a realização da famosa I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 em Alma-Ata, a qual reverberou na conformação da maioria dos sistemas de saúde do mundo. (BUSS, 2003).

É neste encontro que se origina a Carta de Ottawa, a qual define a concepção de promoção da saúde como sendo “(...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTTAWA, 1986, p.1). Desta maneira, para atingir o conceito ampliado de saúde enquanto bem estar físico, mental e social do indivíduo e seu coletivo, deve-se conhecer suas necessidades, satisfazê-las e modificar seu ambiente positivamente. Assim, a saúde torna-se um recurso de vida e não um objetivo dela, sendo de responsabilidade de várias áreas de atuação e não somente única do setor de saúde. (OTTAWA, 1986).

As conferências internacionais de promoção a saúde posteriores agregaram novas demandas e métodos de ação ao longo dos anos, com a finalidade de elaborar leis e normas palatáveis, considerando as diversas e dinâmicas condições socioculturais, econômicas e ecológicas. (BUSS, 2003). Como consequência, a própria acepção transformou-se e passou a incorporar novas imbricações, associando-se à vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a participação e parceria remetem-nos à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que inclui a participação do Estado, através da criação e manutenção de políticas públicas saudáveis, dos indivíduos e coletividades no desenvolvimento e respeito de habilidades pessoais e coletivas, do sistema de saúde, na reorientação e assistência do sistema de saúde. (BRASIL, 2011).

As cinco grandes áreas de atuação da promoção da saúde podem ser definidas como: construção de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis a saúde; fortalecimento da ação das comunidades; desenvolvimento de competências pessoais; reorientação dos serviços de saúde. Por conseguinte, a promoção da saúde enfoca a equidade e a possibilidade de todos alcançarem o potencial máximo de saúde. (PINTO; SILVA, 2019).

Levando em consideração a proposta deste estudo, observou-se uma correlação entre a promoção da saúde da mulher negra e os determinantes sociais em saúde, evidenciadas principalmente através da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e a Política Nacional de Promoção da Saúde. (BRASIL, 2011; 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, criada em 2004, foi um marco na política pública de saúde por consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e promover medidas de redução da morbimortalidade por câncer de mama, de colo uterino e por HIV. Além disso, trouxe preponderantes avanços no direcionamento de ações de inclusão e promoção de saúde para grupos de mulheres que até então era invisíveis e negligenciadas pelo estado, dentre elas, a mulher negra. (BRASIL, 2011).

Esta política evidencia a necessidade de se fazer um recorde étnico/racial, para avaliar as especificidades e qualidade de vida dessa parcela da população, pois, em especial, no caso das mulheres negras, além dos casos de racismo institucional previamente relatados, já se constatou que é neste grupo social que há maior incidência de doenças como diabetes tipo II, Hipertensão Arterial, anemia falciforme e câncer de colo de útero. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), criada em 2006, corrobora o direito à saúde da mulher e ressalta a importância de se trabalhar os determinantes sociais em saúde com o objetivo de minimizar as situações de vulnerabilidade e assim alcançar a equidade, participação e o controle social nas políticas públicas. (BRASIL, 2011; 2014).

Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, estes se caracterizam pelas condições sobre as quais as pessoas, nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Influenciam seus estilos e hábitos de vida, visto que estão relacionados a diversos fatores como econômico, sociais, culturais, psicológicos e étnico/raciais. (NOGUEIRA, 2012; BUSS; FILHO PELLEGRINI, 2007). A Organização Mundial da Saúde coloca os determinantes como sendo os principais fatores de iniquidade em saúde (OMS, 2011).

Reafirmando este conceito, a Fundação Oswaldo Cruz (2012) explana que as condições sociais e econômicas influenciam consideravelmente no âmbito individual e coletivo. Logo, é evidente que as iniquidades em saúde são acentuadas pelos determinantes, bem como também promove a maior incidência de doenças previsíveis.

Segundo Buss e Pellegrini (2007), houve importante avanço nos estudos que correlacionam os aspectos sociais e a situação de saúde de uma sociedade, os quais são marcados principalmente pelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais, considerando-se causas injustas, evitáveis e desnecessárias. Os autores dividem os avanços dos estudos sobre tal temática e o desafio na cotidianidade em três momentos distintos:

A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação

socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades ou, para usar a expressão de Adler, está dedicada a responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano? (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 80).

Portanto, é notório que os determinantes sociais na saúde devem vislumbrar para além de uma relação de causa e efeito, mas sim um complexo de emaranhado de fatores individuais, coletivos e estruturais. Buss e Pellegrini (2007) apontam, a partir dos modelos de Dahlgren e Whitehead e de Diderichsen, que existem quatro níveis de identificação de ações políticas, os quais visam identificar, compreender e minimizar os diferenciais de determinantes sociais na saúde originados pela posição social dos sujeitos e grupos.

O primeiro nível é relativo aos hábitos e modos de vida, abarcando a hipótese de que a modificação de comportamentos de risco individuais está interligada à compreensão das normas culturais que os influenciam. Sendo assim, se faz fundamental a criação de políticas de abrangência social por meio de programas educativos e comunicação social, focalizados na conscientização dos sujeitos como, por exemplo, políticas de combate ao tabaco e ao álcool e incentivo a práticas esportivas. (JACQUES; LEAL, 2017).

Já o segundo nível abrange o âmbito da comunidade e suas redes de relações, percebendo essa relação social como pressuposto indispensável para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Nessa esfera, incluem-se políticas estimuladoras de redes de apoio, fortalecendo o controle social, especialmente dos grupos em situação de vulnerabilidade, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar. Conforme apontam Jacques e Leal (2017), as associações quilombolas locais e os diretórios de discussão constituem-se como locais de diálogo e comunhão entre os membros e das demais entidades parceiras, por exemplo.

No que tange ao terceiro nível, as políticas possuem ações direcionadas às condições materiais e psicossociais tais como alimentação, emprego, educação e saúde. Desta forma, a perspectiva não é somente assegurar o acesso a estes serviços, mas estabelecer uma relação interssetorial entre as diferentes instituições a fim de buscar mecanismos que permitam uma ação integrada. (JACQUES; LEAL, 2017).

O quarto nível, por sua vez, refere-se à atuação no âmbito dos macrodeterminantes, por meio de políticas macroeconômicas que visem à promoção de um desenvolvimento sustentável, minimizando as desigualdades sociais e econômicas, como também de instigar a redução de violências e seus efeitos sobre a sociedade. Nesse sentido, o

Guia de Políticas Públicas que compreende o Programa Brasil Quilombola e a Política Nacional de Atenção Básica exemplificam este quarto nível. (JACQUES; LEAL, 2017).

Ao longo da história do país, a população negra, em especial, as mulheres quilombolas, busca um compromisso mais efetivo com a pauta da equidade étnico-racial. O Programa Nacional de Saúde Integral à População Negra comunga com os princípios básicos do SUS e da promoção da saúde, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como sendo um determinante social das condições de saúde e verbera a garantia de tal segmento, às ações e serviços de saúde como princípio ético da equidade. (BRASIL, 2007).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Ao nos depararmos com o objeto do estudo o-cuidar-de-si-da-mulher-quilombola no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território, preocupamo-nos em não quantificá-lo, nem explicá-lo, mas sim em compreendê-lo. Neste sentido, fomos à busca de uma metodologia que nos permitisse ser o mais dialógico possível, pautada no respeito do universo cultural da mulher quilombola e ambicionando que as participantes se colocassem na condição de seres libertos no mundo, uma metodologia capaz de valorizar suas experiências em relação ao objeto do estudo.

Dessa maneira, a pesquisa qualitativa apresentou-se como a possibilidade de transformar as mulheres quilombolas que vivenciam o cuidar de si como protagonistas desta pesquisa, ou seja, aquelas que desocultariam o fenômeno estudado. A pesquisa qualitativa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e tal como é definida por seus atores”. (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 270).

Optamos, em um primeiro momento, por utilizar o itinerário de pesquisa de Paulo Freire e, dentro da pesquisa qualitativa, fomos em busca de uma abordagem que nos permitisse ingressar no mundo-vida dos sujeitos e desvelar, por meio da descrição de suas experiências, o significado do cuidar de si no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território e o encontramos na fenomenologia de Heidegger.

Debruçamo-nos para a busca da essência desse fenômeno por meio da entrevista fenomenológica, pois a linguagem proporciona ao homem ser testemunha do ser. Não havendo linguagem, não há revelação do ser e não há ser. É através da linguagem que o ente se manifesta, onde se tem lugar o desvelamento, onde o ser vem à luz e também é esquecido. (ARAÚJO, 2017).

3.1 TEORIA DO CONHECIMENTO E O CÍRCULOS DE CULTURA DE PAULO FREIRE

Filho de um sargento do exército e uma bordadeira, Paulo Reglus Freire nasceu no ano de 1921, em Recife. Teve uma educação disciplinada e libertadora que se iniciou a partir de episódios do dia a dia a ser exemplificada nos episódios na sombra de uma mangueira, no quintal de sua casa, através de gravetos no chão, onde sua mãe escrevia palavras corriqueiras, assim ele foi aprendendo a ler e a escrever, experiência esta que posteriormente inspiraria sua obra. Freire formou-se em Direito, porém foi como educador que prestou inúmeras contribuições à sociedade. (FREIRE, 2001).

Vivenciando inúmeras atividades educativas no nordeste, foi convidado pelo então presidente João Goulart para expandir sua prática para o país inteiro. Teve seu título de Doutor em Filosofia e História da Educação em 1959 e, posteriormente, assumiu o cargo de professor na Universidade do Recife, porém com o advento da ditadura militar foi preso e em seguida exilado. Ao retornar do exílio, publicou seu livro mais famoso, “Pedagogia do Oprimido”, que foi difundido em mais de vinte idiomas. (FREIRE, 2001).

Paulo Freire sofreu influência do marxismo, existencialismo e da fenomenologia. Propunha uma educação baseada na colaboração, participação e, principalmente, na responsabilidade social/política, respeitando os saberes populares e o senso comum. (FREIRE, 2001). Ele foi um homem à frente do seu tempo, visto que desenvolveu uma metodologia libertadora e emancipatória, chamada por ele de Itinerário de Pesquisa, tendo como eixo central o diálogo entre o pesquisador e os sujeitos do estudo dispostos sempre em uma relação horizontalizada. (FREIRE, 2001).

Para elucidar a metodologia proposta, Freire (1987, p. 41) ressalta:

Como pedagogia humanista e libertadora, terá dois momentos distintos. O primeiro, em que os oprimidos vão se desvelando o mundo da opressão e vão comprometendo-se na práxis, com sua transformação; o segundo em que transforma a realidade opressora, esta pedagogia de ser do oprimido e passa a ser pedagogia dos homens em processo permanente de libertação.

Ainda que a metodologia Freiriana não esteja padronizada pelos livros de pesquisa, ela tem sido desenvolvida por diversas áreas de conhecimento, principalmente aqueles relativos à área de saúde, como explana De Freitas (2014, p. 38):

Ao se propor o trabalho com o uso do pensamento de Freire, que emerge transversalmente como pedagogia da pesquisa no campo de saúde em seus eixos de estudo no decorrer de seu percurso, destacam-se construção do conhecimento, consciência crítica, atitude dialógica e ação cultural, o que consolida e respalda toda construção de proposta metodológica e político-epistemológicas definidas tanto para o campo da educação como a o da saúde (DE FREITAS, 2014, p. 38).

Acreditando que a pedagogia proposta transcende os limites da educação e se torna uma disciplina social, a Enfermagem, inobstante a isso, também atua de forma significativa no desenvolvimento de produção de conhecimento através do método, pois incita o cuidado da cultura, os modos de cuidar-se no individual e em grupos e o empoderamento de suas práticas de saúde. (DE FREITAS, 2014).

O Itinerário de Pesquisa Freiriano ocorre no transcorrer dos chamados Círculos de Cultura que, segundo Freire (2009), são espaços abertos enriquecidos de trocas e saberes pautados nos pilares do respeito e ética entre os membros que os compõem.

Os Círculos de Cultura têm suas raízes em uma parcelada da sociedade pobre, marginalizada e excluída. Nasceu com adultos analfabetos, especificamente lavradores do sertão brasileiro que tinham como objetivo uma alfabetização que vinha de dentro para fora, interiorizada, através do próprio trabalho. Posteriormente o método foi saindo da zona rural, chegando às grandes metrópoles, até ganhar visibilidade mundial. (BRANDÃO; FAGUNDES, 2016).

A abordagem dos Círculos de Cultura sugere a substituição do modelo norte-americano de sala de aula por uma pedagogia voltada ao diálogo, na qual espontaneamente a figura do professor é substituída por um animador que guia os debates, buscando a participação de todos. O sucesso dos Círculos de Cultura só se dá através de uma larga participação de todos que, por conseguinte, permite o surgimento de um espaço crítico e reflexivo. (BRANDÃO; FAGUNDES, 2016; PINTO, 2013).

Almejando um encontro do pesquisador com a realidade que observa e vivencia, os Círculos de Cultura não são um método marcado por sua rigidez, das quais as técnicas e ferramentas se predam em uma estrutura fixa, e sua principal característica é a liberdade de caminhos que o pesquisador possui durante todo processo. Porém, o autor dessa metodologia esboça passos a serem seguidos, momentos inter-relacionais que fazem um movimento de ida e volta, através do levantamento de temas, codificação e desvelamento crítico. (FREIRE, 1970; HEIDEMANN *et al*, 2010).

O levantamento de temas, também chamado de palavras geradoras, é o primeiro momento do método freiriano, que consiste em identificar temas gerais significativos para o

grupo, momento em que o animador, em conjunto com os demais, irá buscar temas centrais e motivadores para serem discutidos nos Círculos de Cultura. (FREIRE, 1970). Transpondo para esta pesquisa, utilizaremos como temas centrais os fatores facilitadores ou dificultadores do processo de auto cuidado das mulheres quilombolas.

O segundo momento denominado de codificação é aquele no qual parte dos participantes fará a exposição daquilo que entendeu sobre os temas levantados. Neste momento, o pesquisador buscará o significado social do objeto de análise, tomando pra si a consciência do mundo vivido pelos participantes. (FREIRE, 1970; GOUVÊA, 2000). Durante este momento, buscaremos traçar uma ampla discussão sobre os conceitos de saúde e cuidado com as mulheres participantes.

O último momento descrito é chamado de desvelamento crítico, que tem a função de promover a reflexão sobre a realidade; é a tomada de consciência das situações vividas, onde as visões imaturas dão espaço para uma visão crítica e integral dos fatos. (FREIRE, 1970; GOUVÊA, 2000). Neste momento, pretendemos que as mulheres tomem real consciência dos determinantes sociais em saúde que influenciam no seu cuidar de si.

No pensar epistemológico da enfermagem, os Círculos de Cultura se apresentam como facilitador da compreensão de itinerários de cuidado que, além de práticas de cuidado, permitem presumir as ânsias de afirmação das pessoas no mundo e o pertencimento neste espaço. (SAUPE, 2016). Refletindo sobre o cotidiano do cuidar de si das mulheres quilombolas, vislumbramo-las como mediadoras da ação, construtoras de sua própria forma de cuidado mediante suas relações sociais e histórico-culturais vivenciadas.

Por fim vale ressaltar que os pilares da educação popular exigem do enfermeiro uma posição crítica das práticas educativas, onde se possa enxergar a realidade e as possibilidades de inter-relacionar-se com o mundo. Neste estudo, em uma 1ª etapa, nos apropriamos dos Círculos de Cultura, no intuito de promover a participação, autonomia e a autoridade das mulheres quilombolas.

Sendo essa pesquisa direcionada pela ótica do cuidado, como sendo uma ação inerente ao ser humano, aspecto integrante de sua essência, dessa maneira sua apreciação não pode ser limitada somente a uma técnica, mas a um conjunto de instrumentos que permita uma compreensão das amplas dimensões que envolvem o cuidar. Nessa perspectiva os Círculos de Cultura se mostram oportunos, pois proporcionam o adentrar em aspectos subjetivos da vida, propiciando, através da interação com o outro, um empoderamento individual e coletivo imprescindível a uma real mudança de sua práxis. (FREIRE, 1987).

3.2 A FENOMENOLOGIA

Ao procurar embasamento nos referenciais filosóficos que fundamentassem o objeto desta pesquisa, a compreensão do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola, tendo como contexto a promoção da saúde considerada frente aos determinantes sociais presentes em seu território, encontrei na fenomenologia a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial.

A fenomenologia objetiva a compreensão do mundo e da vida cotidiana, buscando descrever, compreender e interpretar os fenômenos que se mostram a si e em si mesmo por meio das experiências vivenciadas pelo ser-no-mundo. O objeto da investigação passa a ser o próprio fenômeno e como ele é vivenciado no seu cotidiano, sendo necessário que o investigador se perceba envolvido com as experiências, do viver e do falar humano em busca dos sentidos que o ser exprime. (TERRA *et al*, 2006; DUARTE; ROCHA, 2011).

Deste modo, este estudo trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger.

Ao procurar embasamento nos referenciais filosóficos que fundamentassem o objeto deste estudo, encontrei na Fenomenologia de Martin Heidegger a possibilidade de desvelar este fenômeno.

A enfermagem, ao lidar cotidianamente com questões existenciais dos seres humanos de quem cuida, tem, na fenomenologia, um importante aporte para o seu pensar e o seu fazer, pois para compreender a realidade do cotidiano no qual estamos mergulhados, é necessário que saibamos entranhar na subjetividade daquele que vivencia o fenômeno. (TERRA *et al*, 2006).

3.3 A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER

Em um sentido ampliado, a palavra fenomenologia pode ser compreendida como a ciência ou o estudo dos fenômenos. Em sua etimologia, deriva das palavras gregas *phainomenon* que significa “o que se mostra”, “o que se manifesta”, e *logos* que significa “discurso”. Para a fenomenologia, a reflexão filosófica deve partir do próprio fenômeno e não de concepções já preestabelecidas, dos pré-conceitos. (BILIBIO, 2013). A fenomenologia

surge no início do século XX em um contexto de profundas mudanças, tanto sociais, quanto políticas e culturais, em uma época de grande produção intelectual e de difusão das ciências humanas. Período marcado pela influência da dicotomia estabelecida, de um lado, pelo racionalismo e, de outro, pelo empirismo e positivismo. (GONZALEZ *et al*, 2012).

O racionalismo afirmava o sujeito, porém, anulava a experiência. O empirismo afirmava a experiência, porém anulava o sujeito. O positivismo afirmava a objetividade, a comprovação empírica, mas anulava a subjetividade. A fenomenologia busca, então, reunir tanto a dimensão subjetiva como a objetiva, onde o sujeito está inserido em um mundo por ele determinado, onde ele não é somente subjetividade ou objetividade. (PEIXOTO, 2011).

Considera-se Edmund Husserl o fundador do movimento fenomenológico, influenciado pelas ideias de Platão, Descartes e Brentano. Em seus primeiros trabalhos, a ciência ainda era alicerçada no modelo positivista. Com a segurança do pensamento positivista abalada a partir de 1880, Husserl dedicou-se às questões filosóficas, buscando outras vias de raciocínio que as colocasse em um mesmo plano da realidade, propondo assim uma volta ao mundo do vivido. A partir do pensamento husseliano, outros filósofos conceberam seus pensamentos com enfoque fenomenológico, como Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Alfred Schutz e Martin Heidegger (CORRÊA, 1997).

Segundo o próprio Husserl, a direção dada à fenomenologia é ir às coisas nelas mesmas (*zudem Sache selbst*), possibilitando evidenciar o fenômeno em si mesmo, sem preconceitos ou pressupostos interpretativos, o que, com o “olhar habitual”, não era possível. Nessa abordagem, o pesquisador considera sua vivência em seu mundo da vida (*Lebenswelt*), uma experiência que lhe é própria, permitindo-lhe questionar o fenômeno que deseja compreender (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

A fenomenologia é, antes de tudo, um conceito de método, não caracterizando o quê e sim o como, é “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2014).

Martin Heidegger foi filósofo, escritor, professor universitário, reitor e um dos grandes pensadores do século XX. Nascido em 26 de setembro de 1889 em Messkirch, distrito de Kaden, na Alemanha, Heidegger formou-se em filosofia em 1916 na Universidade de Freiburg-in-Breisgau, onde estudou Fenomenologia com Edmund Husserl e tornou-se seu discípulo. Husserl chegou a declarar que: “a Fenomenologia somos eu e Heidegger”. (GILES, 1989, p. 84).

Apesar de discípulo, Heidegger também é considerado como crítico de Husserl, discordando da Fenomenologia husseliana ao assumir que a experiência diz respeito ao modo

de ser do homem no mundo e está localizada no tempo e no espaço. Heidegger abandona os termos consciência e intencionalidade e, para ele, o método fenomenológico é um caminho longo em que o próprio fenômeno se mostra. (GONZALEZ *et al*, 2012).

De 1915 a 1923, Heidegger assumiu o posto de professor substituto na Universidade de Freiburg e, de 1923 a 1928, foi professor da Universidade de Marburgo (Prússia), publicando sua maior obra filosófica *Ser e Tempo*, em 1927, na qual supera o conceito de consciência e propõe o conceito de *Dasein*, que significa “o existir humano que se dá como um acontecer (sein) que se realiza aí (Da), no mundo, sendo o próprio existir que constitui o aí”, com isso surge a expressão *ser-aí*, ou seja o ser é como pre-sença, abandonando assim os termos consciência e intencionalidade, centrais na fenomenologia transcendental de Husserl. (MOREIRA, 2010).

Segundo o filósofo, as coisas apenas são passíveis de acontecerem, de se mostrarem, de se anunciarem, na presença do *ser-aí* ou *Dasein*, naquilo que separa o homem de outros entes e esta presença é uma condição de mundo. Heidegger assume que a experiência diz respeito ao modo de ser do homem no mundo e está, sempre, localizada no tempo e no espaço. A marca do *Dasein* tem sua contínua projeção, no caminho da realização de suas possibilidades. (ALVES, 2006; MONTEIRO *et al*, 2006; ARAÚJO, 2017).

O *Dasein* apresenta três aspectos fundantes: o poder ser, o estar lançado e a fuga de si. A essência do *Dasein* está no ser-no-mundo e apresenta suas relações com o ser-com, se ocupando com as coisas e se preocupando com seu ser, com outros entes e com outros *Dasein*. (HEIDEGGER, 2014).

Heidegger utilizou a fenomenologia para estudar a essência do Ser, a temporalidade e o sujeito, sempre em um contexto que enfatiza que há um sentido básico no verbo ser, que permite variedade de usos, desenvolve linguagem própria, cria inúmeros vocábulos para se expressar e faz uso do hífen com o objetivo de designar ligação indissolúvel entre as partes unidas, pois leva em consideração a sua significação ontológica. (DUARTE; ROCHA, 2011).

O pesquisador deve estar atento para o fenômeno e trazer à luz aquilo que, na maioria das vezes, está oculto no ente e se mostra no ser, uma vez que é, na verdade, a manifestação daquilo que se mostra. A fenomenologia é a busca pela essência dos fenômenos e não a identificação de causa e efeito ou a demonstração do fenômeno. O ente é aquilo que se mostra, é tudo o que somos e a forma como agimos, como expressamos e nos comportamos. (DE OLIVEIRA; CARRARO, 2011).

O mundo no qual existimos não se limita somente ao espaço geográfico, mas também nos espaços por nós construídos para que possamos viver junto a outros entes. Dessa forma ser-com-os-outros torna-se uma das características do existir humano. (BOEMER, 2011).

Em *Ser e Tempo*, Heidegger apresenta um método de investigação, interpretação e análise, compreendendo o ser em sua temporalidade específica, voltando-se para questões sobre o que é o ser e qual seu sentido. (HEIDEGGER, 2014).

Martin Heidegger apresenta em tal obra dois momentos metódicos. O primeiro momento, denominado de compreensão vaga e mediana, busca explicitar o factual vivido que se encontra na dimensão ôntica, permitindo somente a descrição do fenômeno vivido. O segundo momento, chamado de Análise Interpretativa ou Hermenêutica, busca desvelar os sentidos do ser, interpretando o fenômeno à luz de conceitos propostos por Heidegger. (HEIDEGGER, 2014).

Todo questionar é um buscar. Toda busca retira do que se busca a sua direção prévia. Questionar é buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é. A busca ciente pode transformar-se em “investigação” se o que se questiona for determinado de maneira libertadora (HEIDEGGER, 2014, p.40).

A utilização da pesquisa fenomenológica permite, nos estudos em enfermagem, um saber compreensão que não está evidente, mas está ligado aos fenômenos humanos. Para a utilização da fenomenologia, é necessário que o pesquisador esteja alerta à sua temática, à capacidade de lidar com os imprevistos, com a flexibilidade, com o incerto, pois os fenômenos podem aparecer a qualquer momento. (TERRA *et al*, 2006).

O cuidado, atributo valioso que a enfermagem tem para oferecer a humanidade, é o comportar-se na liberdade da abertura ao mundo. A iminência da perda de mundo manifesta-se como padecimento. Para as ciências da saúde contemporânea, saúde muitas vezes é definida como prolongamento da presença do homem. Tudo é feito para que todos possam viver mais, tendo como base o tempo cronológico, mas, podemos ofertar um cuidado em que o homem seja um ser aberto e livre, onde o importante seja o tempo existencial, que é sempre ter tempo para algo, especialmente para criar, celebrar e morrer. (MACHADO, 2019).

O enfoque fenomenológico compreende o humano como ser no mundo, na situação de estar lançado sendo presente e presença. Esse fato nos remete a, cada vez mais, recorrermos à fenomenologia para os estudos na área da enfermagem por permitir apontar a importância da realização do cuidado para além do ôntico, do que se mostra, mas também a

necessidade de cuidarmos do ser, do ontológico, a partir do conhecimento dos fenômenos humanos.

Com o olhar direcionado intencionalmente para o fenômeno em estudo, procurando ver além das aparências, insistindo na procura do característico, do essencial, do fenômeno, é que se propôs ao “ir-à-coisa-mesma”, interagindo com as mulheres quilombolas, descrevendo o objeto do estudo.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

4.1 TIPOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que utilizará como caminhos metodológicos o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire e a fenomenologia existencial de Martin Heidegger. (HEIDEGGER, 2014).

O Itinerário de pesquisa de Paulo Freire acontece no desenrolar dos círculos de cultura, sendo este um lugar dinâmico, democrático e acolhedor, onde sua principal característica é promover o diálogo entre todos os participantes, os quais ensinam e aprendem entre si, simultaneamente, sendo possível oferecer ao participante uma nova forma de pensar e refletir sobre a sua condição de vida e direcionar um novo olhar para suas experiências e atitudes. (BUSANA, 2014; FREIRE, 2011).

A Fenomenologia visa a compreensão do mundo e da vida cotidiana, buscando apreender, descrever e interpretar os fenômenos que mostram-se a si e em si mesmo. Neste sentido, a partir das experiências adquiridas no decorrer de nosso estar e ser-no-mundo, objetiva-se desvelar o fenômeno do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola, transformando-o, assim, no objeto desta pesquisa. O próprio fenômeno constitui-se no aparato teórico-metodológico na construção desta pesquisa, além de como esse é vivido pelo ente, alcançando-se então, o efetivo sentido do ser. (TERRA *et al*, 2006).

Na Fenomenologia heideggeriana, não existe distanciamento entre ser e mundo, visto que o ser apresenta-se como ser-no-mundo, dando a ideia de unidade e totalidade. Desta forma, esta investigação partiu do ser-no-mundo – referente ao ser-mulher-quilombola-e-o cuidar-de-si no horizonte da cotidianidade, convivendo em seu território com os determinantes sociais de saúde, desvelando-o para além das aparências. Para Heidegger, significa “ir-à-coisa-mesma”, ou seja, compreender a essência do fenômeno tal qual ele se mostra à consciência. (MONTEIRO *et al*, 2006; CABRAL *et al*, 2012; HEIDEGGER, 2014).

4.2 CENÁRIO

A pesquisa foi desenvolvida em um município da Zona da Mata Mineira, com uma população de 3.793 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,62, considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – 2013 (BRASIL, 2010b; 2016). Neste município fica localizada uma comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares em 24 de dezembro de 1997 com aproximadamente 600 habitantes e agrupados em 180 famílias.

Na localidade, há uma escola municipal que oferta até o 5º Ano do Ensino Fundamental, além de um Posto de Saúde cuja equipe é formada por um médico e uma enfermeira que visitam a comunidade de quinze em quinze dias, e duas agentes comunitárias que atuam diariamente. Os moradores da comunidade, quando necessitam de atendimentos de urgência e emergência, se deslocam para o serviço de saúde do município.

Em relação aos aspectos econômicos, nota-se a intensificação do fluxo migratório para as cidades próximas, a fim de ter acesso a novas oportunidades de trabalho e de renda, uma vez que, na comunidade, as atividades laborais ficam restritas ao trabalho nas fazendas, principalmente através do plantio de eucalipto no seu entorno. (KOINONIA, 2015).

Nesta comunidade existe, dentro da Associação de moradores, um Diretório de Mulheres Quilombolas que foi fundado em 2013 com o objetivo reunir as mulheres da localidade para poder compartilhar aspectos importantes da vida, tanto das formas individuais como também as coletivas. Fazem parte deste grupo 27 mulheres. Porém, devido a problemas organizacionais, o grupo não se reunia desde 2015.

4.3 PARTICIPANTES

Para descobrir os sentidos do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território, foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser mulher, com idade superior a 18 anos, considerar-se quilombola, ser residente da comunidade quilombola e estar cadastrada no Diretório de Mulheres Quilombola denominado “De mulher pra mulher”. No caso, foram

excluídos deste estudo aquelas mulheres que não se consideram negras e nem quilombolas, as adolescentes e as que estão em trânsito e não residem na comunidade.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Anteriormente à realização da pesquisa, buscamos a autorização para o seu desenvolvimento da Diretoria da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora com o intuito de lhe dar ciência da existência deste projeto e solicitar apoio da infraestrutura Institucional para a realização da presente investigação (ANEXO A) e da presidente Diretório de Mulheres Quilombola denominado “De mulher pra mulher” (ANEXO B).

Posteriormente, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, contemplando os aspectos mencionados no capítulo IV da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CNS, 2012). Logo, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora com o Parecer de nº 2.692.129 (APÊNDICE A).

Trata-se de um estudo classificado como de risco e desconforto mínimos (CNS, 2012), uma vez que os métodos e técnicas a serem utilizados durante a coleta das informações, não empregarão nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão do estudo. No entanto, o pesquisador utilizou de meios para reduzir quaisquer riscos possíveis, tratando as informações com critério e sigilo profissionais, objetivando manter a integridade e a confidencialidade das informações coletadas.

Anteriormente à coleta dos dados, os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos implicados no estudo e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C). No caso daqueles participantes que não são alfabetizados, foi colhida a digital, conforme instruções deliberadas por esse próprio Comitê.

Para garantir o anonimato das participantes, estas serão identificadas da seguinte forma: o nome de uma flor, seguida do número ordinal representando a ordem das entrevistas e na sequência a idade da participante (Ex: Margarida1,23). As informações coletadas serão armazenadas em um banco de dados durante cinco anos, sob responsabilidade dos

pesquisadores, as quais após no fim deste período, serão devidamente destruídas. Os resultados da pesquisa serão colocados à disposição das participantes.

4.5 MOVIMENTOS DA ETAPA DE CAMPO

O encontro com as mulheres participantes do estudo foi agendado na sede do Diretório das Mulheres Quilombolas, em um dia previamente agendado para isto.

A obtenção dos dados foi realizada em dois momentos, sendo que o primeiro aconteceu através da utilização do Itinerário de pesquisa de Paulo Freire com o emprego dos Círculos de Cultura e, no segundo, foi utilizada a entrevista fenomenológica, através da técnica de entrevista aberta, a fim de que o pesquisador pudesse estabelecer uma relação mais próxima com a participante, com o intuito de entender o que está compreendido, o que constitui o ser-aí através da interpretação dos sentidos, (PAULA *et al*, 2014).

Primeiramente, com a finalidade de desvelar os determinantes sociais em saúde no cotidiano das mulheres quilombolas, por meio dos Círculos de Cultura, optamos por utilizar o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire, no qual, a partir do senso comum, é possível oferecer ao participante uma nova forma de pensar e refletir sobre a sua condição de vida e conformar um novo olhar para suas experiências e atitudes. Desta forma, compreendemos os círculos de cultura como um lugar dinâmico, democrático e acolhedor, onde sua principal característica é promover o diálogo entre todos os participantes, os quais ensinam e aprendem entre si simultaneamente. (BUSANA, 2014; FREIRE, 2011).

Nesta pesquisa, o Itinerário de Paulo Freire aconteceu em um encontro sob o formato dos Círculos de Cultura, para isto foi elaborado um roteiro com proposições do encontro, sendo este direcionado à compreensão dos determinantes sociais de saúde, vivenciados pelas participantes em seu território (ANEXO D).

Esse encontro foi constituído basicamente por três momentos importantes, a saber: apresentação da pesquisa e dos objetivos gerais e específicos, através de uma promoção da dinâmica estimuladora de discussão; desenvolvimento dos diálogos e debates no âmbito dos círculos de cultura; apresentação da síntese coletiva; e avaliação do encontro. Em relação ao tempo de duração destes encontros, prevê-se uma média de três horas, a fim de garantir que não ocorra nenhum tipo de desgaste físico e mental dos participantes.

No que se refere à descrição do encontro, iniciamos com uma mística cujo objetivo é de aproximar os pesquisadores e as mulheres participantes, com a apresentação de cada participante presente. Em seguida, realizamos o “Contrato da Boa Convivência”, onde acordamos o compromisso com o sigilo e respeito quanto à fala de cada pessoa, além de discutir sobre as datas e horários dos possíveis próximos encontros, podendo ser incluídos outros itens que as participantes julgarem necessários.

A seguir, com o intuito de construirmos de forma coletiva a concepção de determinantes sociais, utilizamos a técnica de Recorte e Colagem, a qual consiste em ofertar uma mesma edição de uma revista, para que os participantes selecionem e coleem, numa folha de papel, a melhor figura que retrata o que pensam sobre as questões que lhes foram apresentadas no decorrer do encontro. (ARREGUY-SENA *et al*, 2000). Com isso, as participantes foram convidadas a criar um álbum de imagens retiradas de revistas aleatórias a partir dos seguintes questionamentos: “Para você o que significa saúde? Quais comportamentos influenciam os problemas de saúde?”.

Ao final de cada um desse encontro, foi realizada uma avaliação, onde disponibilizamos um espaço aberto para possíveis ponderações e/ou esclarecimentos sobre o que foi discutido. Além desta avaliação, também realizamos uma confraternização entre os participantes e os pesquisadores, onde foi proferido o convite para a participação destes na próxima etapa da pesquisa, que consiste na realização da entrevista fenomenológica a partir da técnica da entrevista aberta.

A entrevista ocorreu sob a forma de um encontro onde foi promovido um ambiente de diálogo e de abertura dos participantes, onde pudesse haver a possibilidade de que o outro venha a ser ele mesmo, demonstrando seus sentimentos e receios, numa relação de subjetividade e confiança, onde os preconceitos e apreensões do próprio pesquisador foram suspensos do julgamento e que seus valores e conceitos em relação a temática serão desconsiderados. Assim, conforme aponta Watson (2003), buscou-se construir uma relação em que o pesquisador se abra para o outro e esteja disposto a promover o efetivo encontro de cuidado. (PAULA *et al*, 2014; WATSON, 2003).

Desta forma, não foi estabelecido tempo limite para a realização destas entrevistas, a fim de que os encontros transformem-se em um espaço em que as mulheres sejam espontâneas e tenham livre expressão nas suas colocações. Assim, o fenômeno lembrado no momento da entrevista representa a vivência externalizada que apresenta a sua intensidade relativa e própria. No entanto, isto só é viável através do estabelecimento de um vínculo empático entre o pesquisador e o entrevistado, desenvolvido no decorrer do diálogo e

da abertura entre os pares, o que só ocorre, caso se permita que o entrevistado consiga expressar-se e manifestar-se livremente e de forma espontânea. (RANIERI; BARREIRA, 2010).

As experiências vividas e lembradas durante a entrevista, as quais foram expressas no modo de ser no discurso do cotidiano, designada por Heidegger como falatório, se dará através da escuta atenta dos pesquisadores, que buscarão criar meios para que o modo impróprio de estar-no-mundo do ente, possa dar lugar ao modo próprio do ser. Assim, pode-se retornar às coisas mesmas, com o intuito de clarificar possíveis pontos ocultos e/ou obscuros no âmbito do próprio discurso. (ARAÚJO, 2005). Logo, os pesquisadores deverão estar atentos ao que está sendo narrado a fim de guiar a entrevista em direção ao conteúdo almejado e para esclarecer possíveis fragmentos que podem apresentar-se de forma vaga no decorrer da narrativa. (RANIERI; BARREIRA, 2010).

O roteiro de coleta de informações foi composto por questões que permitiram uma maior interação com as participantes. Na sua primeira parte, encontram-se perguntas que nos deram subsídios de futuramente construir a historiografia das participantes, ou seja, a dimensão ôntica do ser. Já na segunda parte, tivemos cinco questões norteadoras: "Como é para você mulher, vivenciar o dia a dia na comunidade? Diga pra mim o que é ser uma mulher quilombola? Para você o que significa cuidar de si mesma? Enquanto mulher, quais são as suas necessidades de cuidado à saúde? Conte para mim o que você encontra no seu território que facilita e que dificulta você poder cuidar de si" (ANEXO E).

Durante as entrevistas, resguardada a singularidade de cada encontro, houve a possibilidade de formularmos outras questões que chegaram a uma melhor compreensão dos significados apontados por essas mulheres. As falas das participantes foram gravadas em aparelho de áudio e um diário de campo foi realizado, para registrar a historicidade de cada encontro, ou seja, os modos de se mostrar, expressar, gesticular, as emoções, os silêncios, pausas na fala, olhares, lágrimas, risos e os gestos das depoentes, nos permitindo registrar significados que afloraram nessas mães e que não seriam possíveis de serem captados através da linguagem falada. (PAULA *et al*, 2014; HEIDEGGER, 2011).

4.6 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS E DOS CÍRCULOS DE CULTURA

A análise dos Círculos de Cultura foi realizada através de três momentos dialéticos e interdisciplinarmente entrelaçados: investigação temática e levantamento dos temas geradores, codificação e decodificação (ou descodificação) e problematização ou desvelamento crítico. (HEIDEMANN *et al*, 2017; FREIRE, 2009).

As entrevistas foram ouvidas e transcritas mantendo a fidelidade à linguagem das participantes. Em seguida, as transcrições foram lidas e relidas em busca da captura das estruturas essenciais do fenômeno, visando a compreensão do seu mundo-vida. Na busca por desvelar o fenômeno e refletindo sobre o pensamento de Heidegger, buscamos dar visibilidade a quem é este ente, valorizando e buscando compreender seus sentimentos, comportamentos, suas emoções, atitudes e opiniões, ou seja, aquilo que se faz presença em seu mundo-vida. (HEIDEGGER, 2014).

Concomitante à realização das entrevistas, foi promovida a primeira etapa da análise dos depoimentos, na qual buscou-se destacar o que foi comum entre elas organizando-as em Unidades de Significação (US), com aquilo que as participantes expressaram a partir dos questionamentos realizados. Esta primeira etapa da construção das US almejou alcançar a compreensão vaga e mediana das mulheres quilombolas sobre o fenômeno estudado, conforme proposto no primeiro momento metódico de Heidegger, a compreensão vaga e mediana.

Segundo Heidegger (2014), a compreensão vaga e mediana pode ser considerada como aquilo que o ente pensa e fala do ser, mas que ainda não se enquadra enquanto interpretação, a qual será alcançada no segundo momento, caracterizado pela Hermenêutica. Logo, é neste período que tentar-se-á explicitar e entender qual e o que compreende o ser deste ente, contudo, sem alterar e/ou conferir-lhe o sentido.

Desta forma, no âmbito da análise fenomenológica, realiza-se a epoché, isto é, todo o conhecimento prévio sobre o fenômeno deve ser colocado em suspensão pelo pesquisador, a fim de que consiga alcançar o núcleo essencial do fenômeno. (HEIDEGGER, 2011). Com isso, propõe-se destacar o que se coaduna no decorrer das entrevistas por meio do realce das estruturas essenciais presentes nas falas, já essas mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática”. (HEIDEGGER, 2014, p. 59).

Para realizar o destaque das estruturas essenciais dos discursos dos adolescentes, pretende-se utilizar cores diferentes que façam alusão a um significado comum. Desta forma,

será desenvolvido um quadro cromático que reúne as falas que possuem as mesmas essências. Com isso, serão construídas as Unidades de Significação a partir do agrupamento de trechos congruentes dos discursos, a partir das quais serão identificados possíveis fios condutores para interpretação das experiências compartilhadas.

Por meio da compreensão vaga e mediana, serão revelados os significados captados nos discursos dos participantes, demonstrando aquilo que o ser revela diretamente, o modo-de-ser no cotidiano, encontrado na dimensão existencial dos fatos. (HEIDEGGER, 2014).

Em seguida, partindo-se das US e utilizando os movimentos de intuição e imaginação próprios do pesquisador, compreender-se-á o significado da experiência vivenciada pelo ser, partindo-se para o segundo momento metódico, denominado Hermenêutica, o que possibilitará a interpretação dos sentidos, desvelando o que antes estava velado pelo ser, almejando-se compreender a dimensão ontológica do fenômeno.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CÍRCULOS DE CULTURA

5.1 CÍRCULO DE CULTURA – RESSIGNIFICANDO O CONCEITO DE SAÚDE E DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

No início de 2018, durante uma visita à comunidade quilombola com o intuito de realizar a ambiência do cenário do estudo, encontrei-me com uma das lideranças da Associação Quilombola, com a qual tive a oportunidade de conversar e conhecer um pouco mais sobre a história daquele território. Logo, descobri que tal entidade é formada por um Diretório de Mulheres, criado no ano de 2011, cuja finalidade é promover um espaço de diálogo e debate sobre a qualidade de vida e bem estar dessas mulheres no âmbito de suas famílias e da comunidade.

Neste momento, vislumbrei a possibilidade de desenvolver a pesquisa junto às mulheres participantes do Diretório de Mulheres denominado De Mulher Para Mulher, porém, segundo informações obtidas pela liderança, as atividades estavam paralisadas, visto a dificuldade de conseguir datas e horários, em que todas as participantes pudessem estar realizando os encontros. Nesse sentido, busquei instigá-las a retomar essas atividades, ao propor o agendamento de um encontro com as participantes do movimento, com a finalidade de apresentar a proposta de minha pesquisa de Mestrado.

A partir de um aceno positivo da Associação Quilombola frente a essa minha demanda, foram realizadas mais duas viagens à comunidade com a finalidade de distribuir, a todas as mulheres participantes do Diretório, o convite para participação de um encontro conosco. Neste instrumento, reiterávamos a importância de sua presença, indicando o local de realização e o objetivo do encontro.

Figura 1 - Fotografia ilustrativa sobre os convites produzidos para realização dos Círculos de Cultura.



Fonte: O autor, 2018.

Para o planejamento deste encontro, apoiamos-nos princípios que norteiam a prática educativa de Paulo Freire, no qual as ações de educação em saúde necessitam integrar os princípios do cuidado, da democracia, do respeito ao ser humano, rejeitando qualquer forma de discriminação, dominação, ensejando uma vivência participativa com o grupo de mulheres, que nos permitisse aproximarmos das mesmas em busca da construção de um diálogo profícuo, que promovesse a elaboração coletiva sobre os determinantes sociais em saúde presentes em seu território. Optamos, assim, por utilizarmos a abordagem de ensino dos Círculos de Cultura de Paulo Freire. (BRANDÃO, 2005; FREIRE, 2005).

A abordagem de ensino dos Círculos de Cultura é assim denominada porque todos estão posicionados em círculo, havendo na equipe um animador de debates, mas neste círculo a equipe e os participantes se envolvem em torno de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. (DAMASCENO, 2003). Cabe destacar que a maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, sendo este o único método de estudo nos círculos. Este círculo é denominado de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar.

Cabe destacar o papel que, enquanto pesquisador, desenvolvi nos Círculos de Cultura; me posicionei como sendo o animador, estando atento às falas, às conversas, às frases, às discussões, dentro ou fora do círculo, entendendo que tudo estava carregado de

significados que repercutiam sobre o tema proposto. Sendo que, a partir da autorização das participantes no TCLE, todas as falas foram gravadas e o encontro foi, ao final, registrado em um diário de campo.

Tomando por princípio norteador o delineamento do Método Paulo Freire descrito por Brandão e Fagundes (2016), o desenvolvimento dos Círculos de Cultura consistiu dos seguintes momentos:

a) a investigação temática: a partir da utilização de dinâmicas de apresentação e sensibilização, o animador buscou, no universo vocabular das participantes presentes no seu território, compreender as palavras geradoras da temática que suscitarão o desenvolvimento da próxima etapa;

b) a tematização ou problematização, no qual parte das participantes foi motivada a realizar a exposição daquilo que compreendeu sobre o conceito de saúde e os determinantes sociais em saúde presentes no seu território, tomando assim consciência do mundo vivido, realizando um processo de codificação;

c) desvelamento crítico, no qual buscou-se que as participantes superassem a primeira visão mágica por uma visão crítica, partindo da elaboração individual para uma elaboração coletiva das respostas, conseguindo, ao final, sintetizar o que os conceitos através de um movimento de reflexão teórico-prática.

Vale acrescentar que, nesta pesquisa, acrescentamos um quarto momento denominado de

d) avaliação do encontro, evidenciando um compromisso mútuo do pesquisador animador com o grupo de participantes, o que subsidiou a próxima etapa da coleta dos dados, a entrevista fenomenológica.

O encontro aconteceu no início de setembro, data essa que fora previamente acordada com as mulheres convidadas; deparei-me com um misto de ansiedade e expectativas para a promoção desse encontro. O encontro estava agendado para as 14 horas, mas optei por chegar à comunidade mais cedo, a fim de melhor organizar os últimos preparativos no local. Para tal atividade, contei com a colaboração e auxílio de minha orientadora, a qual conferiu-me suporte e maior tranquilidade para o desenvolvimento das ações que seriam propostas ao longo da realização dos Círculos de Cultura.

Desta forma, reorganizei os bancos na forma de círculo, para que cada mulher pudesse ter uma visão completa do que estaria sendo debatido, além de ser, de certo modo, um meio de acolhimento e de melhor disposição entre as participantes para dinamizar suas exposições no decorrer da reunião.

No círculo, os olhares se entrecruzam, como numa imagem de uma espiral ascendente. Todos se veem, sendo que no círculo não há o primeiro e nem o último, já que como um movimento de progressão, independentemente de onde se parte com o olhar, esse retorna ao mesmo ponto. A palavra é aberta a todos, tendo o diálogo coletivo como fio condutor em que os participantes são motivados a emergirem nas questões indagadoras, não só por si mesmo, mas com o outro, uma vez, como diz Freire (1987, p. 120), “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”.

Tão logo se aproximava do horário do encontro, me posicionei na porta da igreja para recebê-las chegando ao salão da Igreja. Algumas estavam acompanhadas pelos filhos menores, enquanto outras já se sentavam com o olhar atento para mim, tive a impressão que talvez estivessem tão ansiosas quanto eu.

Ao todo, estiveram presentes 12 mulheres, com idades variando de 22 a 58 anos. Primeiramente me apresentei e expus os objetivos e finalidades do meu estudo no âmbito do Mestrado, em seguida distribuí os TCLE e realizamos, juntos, a leitura buscando esclarecer sobre as condicionantes envolvidas para sua participação na pesquisa, permitindo que elas se manifestassem sobre quaisquer dúvidas existentes. Todas as presentes compunham o Diretório de Mulheres, contudo, para essa fase, não houve restrição de participação das mulheres, uma vez que tive o receio de desmerecer a presença em massa do grupo, já que utilizamos o tempo e o espaço de encontro dele para fazer tal atividade.

Seguindo os passos dos Círculos de Cultura, a investigação temática deu-se inicialmente com a distribuição de crachás e a realização de dinâmica com foco na promoção da sensibilização e descontração, na qual empregou-se o conhecimento prévio do grupo - universo vocabular dos usuários. Logo, tal ação denominada como “Dinâmica do Elogio”, foi constituída pela apresentação de cada mulher presente, em que cada uma delas recebeu um crachá, onde deveriam identificar-se, utilizando um adjetivo que fizesse alusão a uma qualidade, uma virtude ou um elogio para si mesma. Por conseguinte, elas precisariam apresentar-se a partir da palavra escolhida, além de justificar tal preferência.

O transcurso dessa atividade foi uma experiência magnífica, visto que, ao longo das falas das participantes, foram construídos relatos sobre a dificuldade por elas encontradas para olharem para si e as mulheres relatavam o quão árduo foi o exercício de olhar para si e identificar aspectos positivos de quem elas são. Depois desta primeira etapa, sugerimos a realização de uma nova atividade com a tarefa de estabelecermos um contrato de boa convivência, a fim de que tal espaço fosse o mais harmonioso e respeitoso possível. Para isso,

traçamos ações e atitudes que deveriam embasar nossa conduta perante o coletivo, justamente com o objetivo de fortalecer o Círculo, sendo estabelecido pelo grupo como um todo, em que as mulheres definiram os seguintes princípios: a) saber dialogar; b) respeitar a opinião do outro; c) sigilo; d) confiança e e) participação. Conforme os princípios iam sendo apresentados, estes iam sendo escritos por um membro da equipe de pesquisa em um papel *craft* que foi fixado na parede em um local que o grupo todo pudesse vê-lo.

Finda essa parte, a partir disso, iniciamos a etapa da tematização através da dinâmica “Recorte e Colagem”, a qual integra o escopo metodológico de minha pesquisa, com o objetivo de estimular a discussão em torno do conceito ampliado de saúde e dos determinantes sociais em saúde, a partir de duas perguntas iniciais: **“Para você, o que significa ‘saúde?’”** e **“E que comportamentos influenciam nos problemas de saúde?”**. Para isso, distribuimos várias edições de uma mesma revista para cada mulher, a qual seria usada para que pudesse recortar uma ou mais figuras que representassem suas respostas. Posteriormente, na etapa do desvelamento crítico, cada participante apresentou o que significava suas figuras e explicar o porquê que elas foram escolhidas, sendo que, em seguida, eram entregues ao segundo pesquisador para serem coladas no papel *craft* contendo o título referente a imagem, o qual estava fixado na parede em local visível a todos.

Foi interessante perceber como as mulheres, a partir da explanação de cada participante, seguiam debatendo e incorporando novas provocações sobre a temática proposta, em que cada figura exibida transformava-se em muitas outras falas e participações entre as próprias mulheres. Conforme reitera Freitas (2014), a etapa da problematização é o momento no qual os participantes, a partir de seus relatos de experiências e vivências, expõem suas próprias percepções e apreensões referentes à tematização proposta. Por isso, é imprescindível destacar quão rico e instigante foi tal momento junto a essas mulheres, uma vez que, cada uma, de forma subjetiva e particular, conseguiu expor a sua compreensão do que consistia a saúde e quais os comportamentos que influenciavam na sua promoção e cuidado, como ter boa alimentação, fazer exercícios físicos, ter uma boa relação com a vizinhança e estar próximas dos entes queridos.

Ou seja, percebemos como os conceitos presentes por detrás de cada pergunta feita anteriormente, emergiram ao longo das vivências, relatos e exposições coletivas proferidas pelo grupo como um todo, em que o diálogo foi o principal instrumento de interlocução para que elas, em conjunto, conseguissem alcançar e transmitir uma melhor compreensão de como elas mesmas definem seus significados. Isso, por sua vez, foi retratado através da confecção dos cartazes com as figuras, em que neles estavam expostas, as

narrativas e subjetividades de tais apreensões dos conceitos de “saúde” e “determinantes sociais em saúde” numa visão do coletivo das mulheres ali presentes.

Figura 2 -Fotografia ilustrativa sobre os cartazes produzidos coletivamente pelas mulheres ao longo dos Círculos de Cultura



Fonte: O autor, 2018.

Vale acrescentar que, nesta pesquisa, acrescentamos um quarto momento denominado de avaliação do encontro, momento no qual cada mulher posicionou-se sobre a sua opinião em relação às atividades desenvolvidas a partir do uso de uma palavra ou expressão que a representasse. Nesta etapa, surgiram falas cujos adjetivos referentes à reunião foram: “proveitoso”, “aprendizado”, “gostoso”, “satisfatório”, “rico em conhecimento” e “prazeroso”. Isto é, foi possível perceber como tal momento foi importante e conseguiu envolver as mulheres participantes já que, ao final, elas reiteraram o convite para que pudessem voltar numa próxima oportunidade. No momento seguinte, com um caráter mais extrovertido e de festa, realizamos um sorteio de brindes, em que todas as mulheres puderam ser contempladas. Além disso, pudemos seguir conversando ao longo de uma confraternização ofertada através de um lanche compartilhado.

No decorrer desse processo de despedida, senti-me ainda mais acolhido e realizado, durante o qual fui surpreendido com muitos abraços, mensagens de agradecimentos e sorrisos. Contudo, é necessário destacar que, apesar da minha presença, estou ali como mero

mediador-expectador, visto que são as mulheres quilombolas ali presentes, as verdadeiras protagonistas de todo o decurso de construção dos Círculos de Cultura apreendido.

6 ANÁLISE COMPREENSIVA

Na fase subsequente da pesquisa, propomos a realização de entrevistas fenomenológicas com as mulheres participantes do Círculos de Cultura, com a finalidade de compreender o-cuidar-de-si-da-mulher-quilombola no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território.

Atendendo aos critérios de exclusão e inclusão, nesta fase que se inicia com a entrevista fenomenológica, apenas nove mulheres foram aptas a participar desta etapa do presente estudo, visto que, do quantitativo total de integrantes dos Círculos de Cultura – 12, três enquadraram-se nos critérios de exclusão previamente definidos.

6.1 HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE DAS MULHERES QUILOMBOLAS

A historiografia e a historicidade mostram o movimento realizado pelo *Dasein*, caminhando da dimensão ôntica para a ontológica respectivamente. A historiografia mostra o *Dasein* factual, enquanto a historicidade significa a constituição do ser, mostrado por si mesmo, dentro de um tempo que não é cronológico e sim fenomenológico, fornecendo continuamente a estrutura do acontecer. (HEIDEGGER, 2011).

Se a história pertence ao ser da pre-sença, e esse ser se funda na temporalidade, então a análise existencial da historicidade deve começar com *as* características do que é histórico, que possuem, visivelmente, um sentido temporal. Por isso uma caracterização mais precisa do curioso primado do “passado” no conceito de história é que deve preparar a exposição da constituição fundamental da historicidade (HEIDEGGER, 2011, p.186).

Foram entrevistadas nove mulheres quilombolas integrantes do Diretório de Mulheres Quilombolas, existente na comunidade estudada, as quais tinham idades que variavam entre 22 a 58 anos. Dentre essas, três continuam estudando através da Educação de Jovens e Adultos (EJA), enquanto apenas uma detém título de Ensino Superior e as demais paralisaram seus estudos ao longo do Ensino Fundamental I (4ª série). Quanto à cor da pele, todas se autodeclararam negras. Em relação ao número de filhos, apenas uma das participantes afirmou não possui-lo, duas delas possuem três filhos, quatro delas têm dois

filhos e duas apenas um filho. Em relação ao estado civil de cada participante, apenas uma respondeu não ser casada. Sobre a participação no Diretório das Mulheres Quilombolas, oito destas declararam participar desde a fundação em 2011 e uma relatou que iniciou a frequentar as reuniões em meados de 2018.

A cada encontro, me propus a reconhecer os atributos que, de forma particular, integravam a historicidade do momento da entrevista. Sendo assim, a historicidade é um retrato do encontro que nos revela a intersubjetividade deste momento, ou seja, constitui-se como um olhar do pesquisador sobre a dimensão fenomenal do encontro, onde, pela descrição, é possível perceber as subjetividades do humano naquele período.

Os encontros foram realizados no interior de seus lares, em que elas nos aguardavam ansiosas, em que algumas participantes demonstravam timidez, insegurança, emoção ou ficaram um tempo em silêncio antes de começarem a conversar. Enquanto pesquisador, respeitei cada momento que compreendi como sendo único e respeitosamente busquei acolhê-las da melhor forma possível.

Após uma chegada surpreendente devido à manhã chuvosa, encontrei-me com E1, a qual admitiu que duvidou sobre minha ida à comunidade por causa do mau tempo. Prontamente, ela preparou nosso almoço, durante o qual pudemos conversar um pouco mais sobre o cotidiano de sua família e as novidades na comunidade em geral. Logo depois, me disse que preferiria fazer a entrevista ali, na sua casa, ao invés de irmos para o Salão da Igreja, conforme havíamos combinado. Informou que o motivo era não poder deixar o marido adoentado sozinho em casa. A entrevista aconteceu na varanda de sua casa, E1 se manteve alegre e bem humorada, durante um café e uma tragada de cigarro, ela dirigia o olhar para o marido que estava na sala deitado, porém sempre atenta a nossa conversa que durou cerca de 40 minutos.

Ao sair da casa de E1, deparei-me com E2 na rua principal da comunidade segurando dois sobrinhos no colo. Ao nos encontrarmos, perguntei se lembrava de quem eu era e ela, prontamente, respondeu que sim e me indagou se já faríamos a nossa entrevista. Nesse tempo, aproveitei a oportunidade para convidá-la para nos reunirmos no Salão da Igreja, porém, ela também me convidou para estar realizando-a no conforto de sua casa. Dirigimo-nos para sua residência conversando no transcorrer do percurso para chegarmos a sua residência, E2 me pediu para que rerepresentasse os objetivos de minha pesquisa e eu o fiz prontamente. Ao entrarmos no recinto de seu lar, fomos recebidos por uma senhora mais velha, que estava lá para cuidar dos filhos de E2, cumprimentamo-la e nos dirigimos para o terreiro da casa, local reservado por ela para dialogarmos. Ao iniciarmos a entrevista, pude

perceber por parte de E2 certa timidez, falava baixinho, apareceu meio incomodada com o gravador, porém com desenvoltura e bastante atenção, ia respondendo as questões que lhe eram direcionadas.

Ao final, E2 transformou-se em minha guia para as casas das demais participantes, e que, ao me deixar na casa de E3, explicou-me como eu poderia estar chegando em seguida à casa de E4 e posteriormente, retornou para o seu lado. Sendo assim, quando me encontrei com E3, ela estava lavando roupa no quintal. Recebeu-nos com um sorriso no rosto, nos cumprimentou e aproveitei para lhe perguntar qual seria o melhor horário para realizarmos a entrevista e ela respondeu que poderia ser naquele momento. Interrompendo seus afazeres, me convidou para entrarmos em sua casa, pois gostaria que a entrevista fosse ali, na sala de estar. Durante a entrevista, apresentou-se tímida, segura e confiante de suas respostas mas, no decorrer da entrevista, ficou mais desinibida, contando seus casos e suas vivências cotidianas

Dirigi-me à casa de E4 que já estava me aguardando e ao me ver, abriu um sorriso e me deu um forte abraço, demonstrando estar feliz e animada para nossa entrevista. Dirigimo-nos para sua sala, onde me convidou para sentar ao sofá e que poderíamos fazer a entrevista ali mesmo. Ela demonstrou dificuldade em responder as perguntas, pedindo que as repetisse algumas vezes, pensava um tempinho na resposta e com desenvoltura, ia respondendo cada uma delas.

Na correria de seu trabalho, E5 recebeu-me e me perguntou se a entrevista necessariamente precisava ser na Igreja ou se, por acaso, haveria a possibilidade de estarmos nos reunindo em uma sala reservada do seu serviço. No decorrer da entrevista, E5 apresentou-se por vezes reflexiva e, em um determinado momento, ao relembrar fatos, começou a chorar, segurou minha mão com carinho, foi se acalmando e, ao finalizar a entrevista, me abraçou e me agradeceu. Percebi que, naquele momento, ela demonstrava o quanto confiava em mim por ter compartilhado com ela aquelas lembranças.

Logo, ao ser recebido na casa de E6, deparei-me com uma situação triste, já que devido à chuva, sua sala estava aparentemente alagada por causa da chuva matinal. Sensível àquele momento, questionei se haveria outro momento para realizarmos nossa entrevista, porém, ela me disse que, caso não me importasse, preferiria que pudéssemos fazê-la, afirmei que sim e neste momento, ela largou a vassoura e me convidou para adentrar e nos dirigimos para sua sala. Convidou-me para sentar à mesa de jantar, a fim de dialogarmos de maneira mais reservada; solicitou um momento, pegou um pedaço de papel e uma caneta e, dizendo que deixaria um bilhete para o filho, que dormia no quarto ao lado, pedia-lhe para que não nos

incomodasse naquele período. Apesar do seu jeito mais despojado, foi possível perceber a sua ansiedade em estar participando de uma entrevista, mas, assim que iniciamos a conversa, ela foi demonstrando-se mais tranquila e aberta a novos questionamentos.

Ao retornar à igreja, encontrei-me com uma mulher à porta já me aguardando para o nosso encontro. Ao contrário das demais entrevistadas, E7 optou por realizarmos a entrevista naquele local previamente agendado. Ao nos cumprimentarmos, ela demonstrou-se desconcertada em não poder me convidar para irmos até a sua casa, justificando que lá, naquele horário, não conseguiríamos a privacidade necessária para dialogarmos. E7 estava bem humorada e divertida, brincou comigo dizendo que apenas entrava ali, no salão da Igreja, quando, de fato, julgava ser importante, visto que não costuma frequentar tal espaço na comunidade. Com sorriso largo e animada, soltou-se ao longo da entrevista e, ao final, não pude deixar de notar sua aparente satisfação em ter alguém com quem conversar sobre suas histórias e suas lutas diárias.

Já E8 rendeu-me um bom tempo de caminhada, pois era a participante que morava mais distante do ponto de encontro. Logo que ela me convidou para entrar em sua casa, percebi que havia acabado de chegar do serviço, já que estava guardando as compras feitas recentemente. No mesmo momento que eu me preparava para entrar, o seu marido e seus netos chegaram e ela, logo, falou que eles iriam atrapalhar no diálogo. Por isso, nos deslocamos até a Igreja, onde realizamos nossa conversa, durante a qual ela parecia interessada em responder aos questionamentos.

No horário combinado, me dirigi para a casa de E9, chegando lá precisei aguardá-la até chegar do trabalho. Não demorou muito e ela chegou, nos dirigimos para o Salão da Igreja, onde sentamos em um dos bancos e iniciamos a entrevista. Sua voz era meiga e, em alguns momentos se emocionou, chorou dizendo que eram lágrimas de satisfação e de alegria por considerar-se uma vencedora.

6.2 COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA: O CUIDAR-DE-SI-DA-MULHER-QUILOMBOLA FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SEU TERRITÓRIO

Ao longo da obtenção de cada depoimento, busquei realizar uma escuta atenta, procurando recordar-me de cada momento, sensação e apreensão que vivenciei durante os

encontros com as participantes. Em seguida, realizei a transcrição de cada diálogo com o objetivo de ter maior clareza e compreensão dos ditos e não-ditos dispostos através das explicações proferidas pelas participantes. Concomitantemente, realizei leituras exaustivas das falas e ponderações feitas por cada uma delas. Ademais, com o apoio do “Diário de Campo”, pude adentrar-me ao encontro da dimensão ôntica do cuidar de si dessas mulheres, a partir do qual busquei alcançar onde os fatos se configuram-

Desta forma, o meu encontro com as mulheres através da realização das entrevistas individuais, fez emergir a percepção dos significados, isto é, aquilo que é mostrado prontamente. Logo, ao questionar o ente em sua cotidianidade, pude ir construindo as Unidades de Significação (US), as quais trazem consigo os significados comuns e diversos, atribuídos pelas mulheres quilombolas aos questionamentos que lhes foram feitos. Nesse processo, surgiram seis US, sendo assim alocadas:

Unidade de significação 1: A Vizinhança como rede de apoio à saúde na comunidade;

Unidade de significação 2: Os determinantes sociais em saúde e a vivência na comunidade;

Unidade de significação 3: O impacto da família no cotidiano das mulheres e a mulher na centralidade do cuidado;

Unidade de significação 4: As necessidades de cuidado à saúde relacionadas ao acesso ao serviço de saúde;

Unidade de significação 5: As facetas do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola;

Unidade de significação 6: A importância do diretório de mulheres no cuidar das mulheres quilombolas.

6.2.1 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Unidade de significação 1: A Vizinhança como rede de apoio na comunidade.

Em suas falas, as mulheres salientaram como a vizinhança compõe um dos principais elementos para tornar o viver na comunidade prazeroso. O fato de conhecer todos que moram em sua volta e deter um bom relacionamento com eles, transforma a vizinhança

em uma grande rede coletiva de apoio social, de confiança, proteção e bem estar, além do sentimento de serem todos uma grande família, o que se reflete na manutenção da saúde.

Viver aqui na comunidade é tranquilo, igual aqui, todo mundo é parente né, então a gente vai vivendo bem, um precisa, o vizinho ajuda, se eu preciso eles vem e me ajuda, então a convivência é isso aí, torna aqui gostoso de viver, graças a Deus até tranquilo (E1).

(...) vizinho ajuda a gente toda hora, é família da gente mesmo (E2).

O bom que aqui na comunidade é tranquilo, todo mundo se conhece, dá para confiar sabe, é uma comunidade mais tranquila (E3).

Viver aqui na comunidade é gostoso demais, a gente que já teve oportunidade de sair, quando tá em outro lugar quer voltar, porque o que tem aqui você não acha na cidade, lá na cidade você não conhece seu vizinho, nem bom dia eles te davam, aqui é todo mundo igual, vivemos no mesmo lugar né? (E4).

Pra mim, é muito bom, assim, igual eu nascida e criada aqui na comunidade, já conhece todo mundo, tem um bom relacionamento com todo mundo, aí é bem legal e eu gosto, Acho muito importante assim, você ter uma vivência boa com as pessoas, você tem amizade, isso tudo ajuda na saúde (E5).

Eu gosto de morar aqui, a gente pode contar com todo mundo, da vivência, eu gosto de tudo (E7).

Unidade de significação 2: Os determinantes sociais em saúde e a vivência na comunidade.

As participantes destacaram a presença de determinantes sociais que têm afetado o bem estar delas e de suas famílias no seu território são: o consumo de álcool e drogas, a ausência de espaços de lazer, a carência de empregos e a intensificação da violência na comunidade.

Afirmam que estes determinantes sociais têm emergido nelas: preocupação, medo, insegurança, aborrecimento e de certa forma, ansiedade e depressão.

Só fico triste hoje é que eu vejo que a violência está chegando, antigamente saia, deixava a casa aberta, Tem também o vício da bebida, que aqui cresceu muito, das drogas. Mulheres mais envolvidas na bebida (E9).

Trabalho não tem, quem nasce aqui só vai embora por causa do trabalho, se aqui tivesse fábrica essas coisas, ninguém precisaria tá lá fora, na verdade um monte de problema aqui estaria resolvido (E6).

Aqui o que tá tirando o nosso sono é as drogas né? Tem o negócio de serviço também, eu já saí da comunidade porque não tinha serviço (E4).

No geral aqui eu sempre reclamo é o lazer, não tem, assim, final de semana, para passear, nós vai para onde? Aqui só tem boteco, essa parte é ruim também (E3).

De repente começam a brigar, na maioria das vezes é por causa da droga e da cachaça. Mas o problema não é só usar, quando não tem dinheiro já aconteceu de ter roubo, aí é um tumulto danado (E2).

Igual te falei, eles usa droga, a mãe fica em casa aborrecida e preocupada né, aborrecimento na gente dá depressão, se não tiver Deus meu filho, a gente morre de desgosto (E1).

Unidade de significação 3: O impacto da família no cotidiano das mulheres e a mulher na centralidade do cuidado

Nos depoimentos, as mulheres relatam se preocuparem com seus familiares, sendo que é nelas que está centrada a responsabilidade pelo cuidado de suas mães, seus filhos e maridos. Expressam que buscam satisfazer as necessidades de saúde de seus entes em detrimento das suas, negligenciando assim, o próprio autocuidado. Relatam terem obrigação de cuidar de suas mães. O cuidado com os filhos é considerado exaustivo e preocupante, tanto no presente quanto no futuro. Aquelas cujos maridos encontram-se desempregados queixam-se de maior sobrecarga de trabalho e preocupação, mas existem aquelas que acham que eles, estando em casa, ajudando-as nos afazeres domésticos, diminuindo, assim, a sobrecarga de trabalho.

Minha mãe não aguenta andar direito, então, quem cuida da casa é eu, quem leva ela no medico é eu, às vezes eu deixo de fazer as minhas coisas para fazer as dela,ela é mãe, ela me deu a vida, então o que eu puder fazer, aguentando, eu vou fazer. Pessoal aqui do posto, fala pra mim: você tá tão preocupada com sua mãe com seu marido, porque ele já enfartou duas vezes, esquece de você, você vai e eles vão ficar. Mas eu sou assim, fazer o que! Com os filhos é igual, eu falo, eu quero fazer para eles mas não quero que eles fazem pra mim (E1).

Eu sou aquela pessoa que preocupa muito com o outro, então prefiro cuidar dele do que de mim. Igual, falei para você me entrevistar aqui, porque meu marido tá ali, se ele sente qualquer coisa eu já fico preocupada, aí eu quero que ele vá no médico, eu quero cuidar dele, aí esqueço de mim, eu não penso que eu tô sentindo alguma coisa, nessa hora esqueço de tudo (E1).

As coisas em casa às vezes é muito difícil, a gente é mãe tem que preocupar com os filhos, ele aqui não faz nada de errado. Mas na escola tem que ficar de olho, quer namorar tem que ficar de olho. Marido também só traz problema na cabeça da gente, tá desempregado, sabe! (E3).

Agora que meu marido faleceu, é começar a preocupar comigo, porque antes a gente mulher, vive mais para o marido do que para nós mesmo, de agora a diante não me deixar abater de agora para frente, cuidar de mim (E4).

O emocional tem que tá bem, se não, nossos exames ficam todos elevados, preocupação com filho, com o esposo sem trabalho, . Mas eu vejo que eu tenho que me cuidar mais, meu filho me suga muito, tá numa fase que precisa muito de mim. Às vezes acho que mãe tinha que se dividir em mil sabe! Cansa mas como muito amor à gente vai levando. Marido é outra coisa, a gente tem sempre que ficar preocupando, as vezes passa o dia inteiro fora trabalhando, volta e não participa das coisa de casa (E9).

Unidade de significação 4: As necessidades de cuidado à saúde e aquelas relacionadas a acesso ao serviço de saúde

As mulheres associam que a promoção do cuidado à saúde depende do que lhes é ofertado, se conseguem ter, através do SUS, atendimentos médicos, consultas e exames. Elas relatam que, em virtude da carência de oferta de tais serviços no posto de saúde localizado na comunidade quilombola, faz-se necessário que busquem tais atendimentos em cidades próximas. As mulheres atrelam o cuidado com sua saúde quando são portadoras de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e depressão, pelo receio que tais enfermidades também atinjam seus parentes mais próximos, como irmãos, filhos e sobrinhos.

Ó a minha saúde infelizmente, tá difícil porque eu não tô indo na cidade, assim, para fazer acompanhamento. Porque tava indo do Hiperdia, por causa da diabetes, agora tem uns seis, oito meses que eu não vou. Não porque não quis, mas dizem que trocou de lugar, ficaram de ligar para marcar, mas até hoje nada (E1).

Aqui na comunidade a gente passa mal não tem muito para onde correr, não tem hospital perto nem nada. Tipo assim queria que tivesse um hospital aqui dentro, para cuidar da sua saúde, de todo mundo (E2).

Eu tenho dificuldade de fazer dieta, tenho colesterol e diabetes alta, o que eu tenho eu sei que é hereditário, porque eu sei que minha mãe teve, minha irmã tem, meu filho já tem, não tem como fugir, mas dá para cuidar, e tem a cabeça também, mas é isso (E3).

Ah, isso é mais difícil, porque se a gente sente alguma coisa aqui, é igual, se eu passo mal de noite, tem que arrumar um sobrinho, um vizinho para levar, aqui não tem pronto socorro que eles fala né, apesar que chega lá, já chama o SAMU e conduz a gente para cidade (E8).

Ah o meu é colesterol... Tá elevadíssimo, eu tenho que me policiar mais, tem muito o emocional, tem coisas que acontece na vida da gente, mas eu falo assim, preciso segurar na alimentação, me policiar mais (E9).

Unidade de significação 5: As facetas do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola

O cuidado de si aparece nas falas das mulheres de duas formas: uma na hora que adocece quando corre para a emergência e procura usar os remédios, mas também há aquelas que realizam práticas saudáveis para cuidar da saúde tais como ter uma boa alimentação e atividades físicas e o uso de ervas medicinais. Ademais, relatam como o fato de exercerem funções, seja trabalhando quanto em casa, transforma-se numa forma de se cuidarem.

Eu costumo fazer umas coisas sem açúcar e às vezes com adoçante. Eu tomo insulina, duas vezes ao dia, 20 ml de manhã e 8 ml à noite. Sendo que a noite, procuro estar sempre controlando a boca (E1).

Faço chá: Essas coisas, a gente sempre pergunta para alguém mais velho, qual que é melhor erva cidreira, funcho, casca de laranja... Quando tá sentindo uma dor mais forte, corremos para cidade (E2).

Eu procuro fazer caminhada, apesar que até para caminhar aqui é difícil, porque tem morro ou só a estrada. Igual te falei, a boca, controlo a boca mesmo (E3).

Vou no médico, mas não sou de ficar lá incomodando. Porque eu acho assim, médico quando o negócio tá ruim mesmo, tem coisas que a gente pode fazer em casa, tem coisas a gente mesmo dá um jeito (E4).

Evito comer essas coisas que eu estava te falando, doce também eu evito, faço minha caminhada essas coisas (E6).

Eu vou ao médico quando preciso, gosto das minhas plantas, vejo minhas televisãozinha, me relaxa, tomo minha cervejinha, mas só final de semana ou quando tem festa- Sempre comer direitinho. Uma vez veio uma moça aqui e disse que a gente tem que comer de três em três horas. Eu dou conta não! Mas pelo menos como bem as vezes que eu como (E7).

Eu tenho problema de diabetes e coração, hipertensão só né. Nós tenta primeiro resolver por aqui mesmo, igual para hipertensão tenho chá de alho, melissa, se diabetes tá descompensada a gente toma bardana. Evito comer besteira, tomo remédio para pressão, insulina. Mas às vezes a gente acaba tendo que ir lá na cidade, eu vou duas vezes ao mês por causa da diabetes. Isso dá uma mão de obra danada (E8).

A gente acha sempre que tá bem e não precisa de cuidado, quando as coisas apertam, aí corro atrás, igual no caso do colesterol, eu procuro me alimentar bem, faço aqueles sucos detox, tô chique! Até ora-pró-nobis estou colando, agua de berinjela, vou no médico direitinho, faço preventivo, mamografia, eu também danço, faço zumba (E9).

Unidade de significação 6: A importância do Diretório de Mulheres no cuidar das mulheres quilombolas

As mulheres relatam que a participação no Diretório de Mulheres Quilombolas lhes traz momentos de alegria, lazer e conhecimento. Desta forma, apontam como tal espaço permite a ampliação do diálogo e da partilha o que, conseqüentemente, favorece a dissolução de problemas e melhora na promoção da autoestima, já que as mantém atualizadas das atividades que envolvem a comunidade, como as campanhas públicas da área da saúde tipo as de preventivo e mamografia. Destacam como a presença e a união das mulheres fortalecem a organização política e coletiva da comunidade, já que potencializam iniciativas apreendidas pelo Diretório como um todo, como da agregação de novos visitantes, os quais seguem enriquecendo as atividades e ações propostas.

Uai lá a gente fala da gente né, que tem que se cuidar, igual ficar fazendo preventivo, fazer tomografia da mama. Aqui tem mulher que não gosta de fazer, né, aí lá a gente tem espaço para falar. Mas lá é bom, cada um vêm falando os problemas, procura sempre está conversando, falando sobre a vida, aconselha... Tem gente que não pode confiar, mas sempre tem as pessoas certas, a gente procura as meninas novas, explica as coisas, igual gravidez cedo. Filho é saúde, não é doença, mas a gente fala para ela evitar porque são novas ainda, não tem marido, é hora de estudar e não dar para mãe cuidar (E1).

Eu acho que contribuí em tudo, saúde do corpo inteiro. Assim, estando no grupo a gente cria amizade tem sempre alguém para ajudar nós quando precisa, além da gente poder sair de casa um pouco. Além disso, lá a gente vê sempre gente diferente, igual você e a outra moça, é um momento da gente ficar tranquila (E2).

Uai, lá ajuda e ajuda muito, porque lá eu vou estar conversando com você e com as outras mulheres, ficando sabendo de coisas que a gente não sabe ainda, não descobriu ainda, e com isso, vai melhorar, posso começar a usar o que for falado lá. E tá saindo né, igual comento com outras pessoas, conversando com outras pessoas, porque lá vou estar expondo o meu problema, elas também vão estar expondo, aí o problema de um pode ser o meu também, aí ajuda eu melhorar dia na minha saúde (E3).

Ir lá na reunião é bom, igual nós, assim lá da associação, tem que ter isso, faz parte da regra, momento que as mulheres quilombolas reúne para falar de problema, assim, ver gente bonita igual você, sai de casa. Pena que as próprias pessoas desanima. Era para ter evento aqui todo segundo sábado, tá no estatuto, mas as vezes não tem porque? Porque o pessoal desanima (E4).

Eu acho muito importante, que a partir do momento que a gente tá reunido ali, aí já não é eu sozinho, é um grupo, aí um ajuda o outro, igual, a conversa em si já ajuda. Tô aqui no bate papo com você, tô esquecendo dos problemas, assim é que acontece no grupo, se eu dividir o problema no grupo, parece que vai amenizar, né! Ajuda muito se tiver alguma pessoa nova, a gente conhecer é muito bom, igual tem campanha do outubro rosa, é a maneira de falar com todas juntos (E5).

Ele é bom demais, porque lá vamos compartilhando os casos da vida (E6).

O diretório trabalha a auto estima né, de querer mais, de se precaver de doença, sem ser doença normal mas doença da mente também (E7).

Lá é muito bom, vê todo mundo junto, igual aquele dia que fizemos aquele encontro lá, então tá todo mundo junto, é muito bom, vem gente da cidade falar coisa nova pra gente, traz coisa pra gente, lembrancinha também, a gente sai de casa, isso é muito bom também! As vezes umas coisas que tã na cabeça da gente que faz a pressão subir, a glicose subir, lá a gente fala e não acontece nada, sai da mente da gente, e você volta como se tivesse ido no médico, mais aliviado, que as vezes tem coisa que você não quer conversar em casa, por cauda da criança, do marido, essas coisas... Aquele dia, só nós adulto, cada uma conversou, passou aqueles retrato, é bom também, ajuda muita a gente (E8).

Quanto mais informação melhor, teria que ter esses encontros, primeiro porque é uma obrigação da associação dos moradores, depois porque informa a gente do que tem de novo, igual às vezes lá, igual aquele dia, a gente trabalha muito a questão da autoestima, mas seria interessante trazer mais coisas do cuidado da saúde da mulher, por exemplo, as coisas mais importantes, tipo cuidar do filho, preparar o emocional, quando fazer preventivo, essas coisas (E9).

6.2.2 O FIO CONDUTOR

Após a leitura exaustiva dos relatos das participantes, buscando compreender os significados emergidos na compreensão vaga e mediana, chegamos ao fio condutor que estrutura a elaboração do sentido do ser. Nele, de forma consolidada, apresentamos a dimensão ôntica do vivido no cotidiano das participantes deste estudo.

O fio condutor do pensamento de Heidegger, sua meta é a elaboração da questão do sentido do ser. Como a questão do ser só surge e repercute num ente determinado, que compreende e está disposto afetivamente, o ponto de partida deverá ser o esclarecimento deste ente, chamado *Dasein*. Heidegger acredita que, tornando mais originariamente acessível o ser deste ente, obtém-se um horizonte seguro, um fundamento para a investigação do sentido do ser em geral, uma ontologia fundamental (SEIBT, 2010, p 248).

Para as mulheres quilombolas, o vivido do cuidar de si frente aos determinantes sociais de saúde significa destacar o papel importante da vizinhança na manutenção da sua saúde, transmitindo confiança, proteção e bem estar. Em contrapartida, o consumo de álcool e drogas, falta de lazer e emprego, além da intensificação da violência, aparecem como principais determinantes sociais que interferem no seu cuidado à saúde, gerando medo, insegurança e aborrecimento.

Os cuidados com os familiares são centrados na figura da mulher o que, por vezes, mostra-se exaustivo e preocupante, além de que denotam dada pressão sobre

algumas mulheres, as quais veem a necessidade de que tais cuidados com os entes, sejam maiores dos que consigo mesmas. Suas necessidades de cuidado à saúde estão relacionadas ao que lhes é ofertado pelo serviço de saúde, tais como atendimento médico, consultas e exames através do SUS.

O cuidar de si aparece somente de forma emergencial, quando dada doença se manifesta, porém há aquelas que realizam práticas saudáveis enraizadas nos conhecimentos tradicionais provenientes do saber popular das pessoas mais antigas da comunidade como o uso de ervas, chás, benzeção, para promover o cuidado, além da utilização de alguns alimentos por elas cultivados, sem a utilização de agrotóxicos.

Neste contexto, o Diretório de Mulheres Quilombolas aparece como um espaço que permite a ampliação do diálogo e da partilha, no qual partilham seus momentos de alegria, de lazer e conhecimento.

7 COMPREENSÃO INTERPRETATIVA OU HERMENÊUTICA

A partir das Unidades de Significado construídas no âmbito do primeiro momento metódico proposto por Martin Heidegger, da Compreensão Vaga e Mediana, foi possível desenvolver o Fio Condutor da dimensão ôntica do ser, que nos dá suporte para avançar rumo ao segundo momento metódico: a Compreensão Interpretativa ou Hermenêutica. Nesta etapa, nos apropriamos das interpretações e postulações deste autor, apresentadas no seu livro “Ser e Tempo” (HEIDEGGER, 2014), a fim de desvelar o sentido do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola frente aos determinantes sociais em saúde presentes em seu território.

Para Heidegger, o significado de ente e ser são postulados fundamentais, onde ente é tudo aquilo que é, tudo o que está diante do homem no mundo. Desta forma, como o próprio homem está no mundo, ele também é um ente. Porém em meio a tantos entes, somente o homem possui os requisitos e condições de pensar e questionar sobre o sentido do ser para que sua existência seja real. Segundo Heidegger (2011, p. 33) “este ente que cada um de nós somos e que, entre outras, possui a possibilidade de questionar, nós o designamos com o termo pré-sença”, constituindo-se no que o filósofo designa como *Dasein*.

Com base nisso, o *Dasein* pode ser entendido enquanto o sentido da pré-sença ou ser-aí que detém dada constituição ontológica, apontando assim, para o conceito de existência, enquanto um movimento que ocorre de dentro para fora, sendo esse um processo dinâmico e contínuo de estruturação do ser, pois, é na pré-sença que o homem constrói seu modo de ser, de viver e de existir no seu cotidiano. Desta maneira, o *Dasein* é o ser-no-mundo, em que tal ser é uno, pertencente a sua história e de tamanha complexidade que ainda está em constante construção, visto que se baseia no passado, vivencia o presente e planeja o futuro. Posto isto, ele não é fixo ou estável, mas apresenta-se com diversas possibilidades de estar a ser no mundo. Logo, o ser-aí aparece como aquele ente capaz de responder a questão do Ser. (HEIDEGGER, 2014).

O *Dasein*, como ser-no-mundo, está imerso na sua existência e a experimenta, encontrando-se lançado em várias possibilidades que fugiram à sua escolha, sendo um ser-aí entregue a facticidade, ou seja, o homem não é e sim ele está sendo. Neste contexto, os seres humanos estão imersos na cotidianidade envolvidos em situações imprevisíveis, isto é, a sua existência está lançada em uma realidade que independe do seu querer.

No presente trabalho, encontramos mulheres-quilombolas expostas como ser-aí aos Determinantes Sociais em Saúde presentes em seu território, ou seja, lançados no mundo

em uma realidade que não foi por elas estabelecida e que, no modo impróprio da cotidianidade, não poderiam ser evitadas em detrimento de sua própria vontade.

O conceito de facticidade abriga em si o ser-no-mundo de um ente ‘intramundano’, de maneira que este ente possa ser compreendido como algo que, em seu destino, está ligado ao ser daquele ente que lhe vem ao encontro dentro do seu próprio mundo. (HEIDEGGER, 2014, p. 94).

É possível compreender que o próprio território quilombola constitui-se a partir de aspectos materiais e simbólicos apreendidos ao longo do processo sócio-histórico de formação e apropriação deste dado espaço. (SILVA; CARNEIRO, 2016). Sendo assim, a realidade conhecida e vivenciada pelas mulheres quilombolas, na verdade, é conformada por diversos fatores que extrapolam as dinâmicas do cotidiano da comunidade, já que resultam da reprodução de um complexo jogo de relações sociais e de poder que ali se fazem presentes, interferindo no modo de vida destes entes.

Em seus relatos, as participantes deste estudo, ao se verem lançadas no mundo, deparam-se com uma dicotomia de sentimentos frente ao lugar em que vivem, pois da mesma forma que relatam sentirem-se bem residindo neste território, também identificam que ele está impregnado de aspectos negativos que influenciam seu modo de vida e a forma como cuidam de si. Prates (2015), em suas pesquisas sobre o cuidado das mulheres quilombolas no Rio Grande do Sul, reitera o caráter contraditório dos sentimentos e das perspectivas desses sujeitos em relação às suas comunidades, já que, ao mesmo tempo que possuem orgulho e reconhecem-se pertencentes a esse espaço, enxergam-no como limitado frente às expectativas de um futuro melhor.

Logo, queixam-se da falta de áreas de lazer, do aumento do número de jovens usuários de drogas, da elevação da taxa de violência, além da escassa oferta de empregos. Isso, por sua vez, evidencia a ocorrência do primeiro nível de identificação para intervenções de políticas propostas, já que se constituem como fatores comportamentais e de estilos de vidas que estão interligados à compreensão das normas culturais e sociais que os influenciam. Neste sentido, essas mulheres-quilombolas relataram que viver neste ambiente é algo que lhes dá a sensação de felicidade, acolhimento e alegria, mas remetem-no à incerteza, receio, insegurança e falta de visão de melhoria das condições básicas de vida, já que são afetadas pela sua localização distante em relação aos centros urbanos que possuem melhor infraestrutura socioeconômica.

As mulheres-quilombolas salientam as dificuldades que enfrentam para ter o acesso aos serviços de saúde quando efetivamente precisam, pois a cidade não dispõe de

serviços especializados, clínicos e laboratoriais, nem oferece atendimentos de urgência-emergência. Para terem acesso ao serviço de saúde, precisam se deslocar para as cidades mais próximas, a fim de ter condições de realizarem exames e consultas médicas. Contudo, por serem referendadas para atendimento médico em outras localidades, essas mulheres esbarram na dependência de terceiros para fazer tal traslado, uma vez que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não consegue ir até suas residências; elas relatam que isso onera o orçamento familiar, pois também são obrigadas a custear sua estadia na cidade para onde forem encaminhadas.

Ademais, Freitas *et al* (2011) expõem que outros fatores socioeconômicos e políticos interferem no usufruto dos serviços de saúde destes grupos, como a falta de saneamento básico e abastecimento de água, a ausência de profissionais de saúde atuando periodicamente em seus próprios territórios o que, conseqüentemente, tanto retarda quanto condiciona o acesso a tais serviços por meio de deslocamento para as cidades mais próximas, além de que, o próprio atendimento e a promoção dos cuidados da saúde desconsideram os modos e os instrumentos que comumente as comunidades quilombolas utilizam na sua prática cotidiana do cuidar.

Durante os encontros, as mulheres-quilombolas elencam patologias que as acometem, como diabetes, hipertensão e taxas de colesterol altas, porém, suas falas enunciam a sua escassa preocupação em dar continuidade aos tratamentos iniciados com os profissionais da saúde que comumente as atendem. Assim, há uma debilidade no modo como interpretam os próprios problemas de saúde, uma vez que não compreendem a necessidade de dar continuidade ao acompanhamento médico, ou seja, ao tratamento de forma contínua e com supervisão profissional. Essas apreensões mostram-se evidentes no falatório ou falação, o qual pode ser apreendido pela harmonia que se move dentro da fala comum que ainda não atingiu a referência ontológica primária e que não se comunica numa apropriação originária, mas, sim, repete-se e passa adianta à fala, faltando-lhe assim, solidez. (HEIDEGGER, 2014).

Heidegger (2014) reitera que, através do falatório, acontece a dispersão que, por sua vez, gera a curiosidade, levando o ente a outras possibilidades do ser. Desta maneira, é notório afirmar que as mulheres quilombolas limitam-se a reproduzir o senso comum de que os cuidados estão ligados apenas ao modelo biomédico proposto, por isso, não questionam ou indagam o que está posto, transformando-se assim, em uma forma imprópria e inautêntica do ser.

O falatório também reage aos caminhos da curiosidade. É ele que diz que se deve ter lido e visto. Esse estar em toda parte e em parte alguma entrega-se a responsabilidade do

falatório. A curiosidade se ocupa em providenciar um conhecimento apenas para tornar conhecimento. (HEIDEGGER, 2011, p. 233).

Por consequência, é evidente como a busca pelo acesso às infraestruturas dos serviços de saúde como hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros se restringem ao momento que julgam ser mais crítico em relação à gravidade do desconforto e dos sintomas que sentem naquele momento. Isto, por sua vez, constitui-se como o reflexo dos impactos provocados pelos determinantes sociais de saúde no pleno exercício do cuidado de si e de seus familiares, quando expõe a contradição do seu modo de enxergar a prática da saúde como aquela vinculada ao modelo biomédico. É neste momento, portanto, que se observa as mulheres-quilombolas descaírem no falatório, uma vez que repetem as falas umas das outras, como ao relatar sobre a escassa infraestrutura que a comunidade possui, a busca por incorporar a prática de exercícios físicos em seu cotidiano, bem como a necessidade de controlar os tipos de alimentos que podem vir a prejudicar ou agravar o seu quadro de saúde, mas que, no entanto, não o fazem.

Essas novas possibilidades que se abrem frente ao que se compreende, assume a premissa de que tudo que foi emitido através do falatório ou falação é investigado e compreendido pela curiosidade, caracterizando-se assim, como o que Heidegger denomina como o fenômeno de ambigüidade. (HEIDEGGER, 2014). Nele, por sua vez, tudo parece ter alcançado sua real autenticidade, porém, concretamente, isso não procede. Logo, no caso das mulheres quilombolas, torna-se evidente como transformam os recursos estruturais de saúde ofertados pela Prefeitura e demais instâncias governamentais como sua base de procura para a promoção do cuidado para consigo mesma e para a sua família, visto que não reconhecem as práticas cotidianas e ancestrais enquanto meios de ter saúde.

Isso, conseqüentemente, é um reflexo do descumprimento dos princípios norteadores que baseiam a proposta do SUS como o da integralidade, da universalidade e da equidade, pois retratam como há dificuldades de se atender e ofertar os serviços básicos para tais grupos, o que vem afetando no modo de usufruírem de seu direito pleno à saúde.

As mulheres-quilombolas comumente correlacionam suas necessidades de cuidado à saúde com aquelas intrinsecamente vinculadas ao acesso aos serviços de saúde que lhes são ofertados através do SUS. Isso, por sua vez, demonstra a associação entre o exercício da saúde como aquele unicamente relacionado às práticas de exames laboratoriais e ligado à figura da equipe médica. De acordo com Scheffel (2017), as condições de vida e de trabalho influenciam, de forma preponderante, nos modos de saúde e doença do indivíduo. Sendo assim, é possível inferir que as populações vulneráveis, como as comunidades quilombolas,

que são social e ambientalmente marginalizadas, tendem a sofrer com a intensificação das iniquidades, o que, conseqüentemente, reduz as chances de que tais grupos sociais possam, de fato, exercer plenamente sua própria cidadania.

Na vivência de ser mulher-quilombola, foi possível perceber como o impacto em seu modo de vida é notório, uma vez que o cuidado com o outro, por vezes, se sobressai ao cuidado de si. Ela deixa-se dominar pela cotidianidade em que, na convivência com os outros entes no mundo, manifesta comportamentos e falas que, na maioria das vezes, ela não é ou não o faz, sendo o que os outros falam que ela é, se mostrando no “modo próprio do ser do cotidiano que é a inautenticidade e da impropriedade aos se desconsiderar como ser de possibilidades”, afastando-se do cuidado de si. (HEIDEGGER, 2012, p. 187).

Neste modo de ser, que não se reduz à condição de simples pré-sença, Heidegger mostra que a identidade existencial do ser-aí e o mundo estão misturados de tal forma que não há como separá-los, pois durante sua existência o ser-aí se relaciona com o seu ser, com as coisas e com os outros. Neste poder ser-no-mundo, surge a essência do ser-aí que é o Cuidado. A partir disso, observa-se que o cuidado para a mulher-quilombola está intrinsecamente relacionado à saúde, pois reproduzem uma visão de que é por meio dele que se detém condições físico-psicológicas para realizar tarefas cotidianas, como aquelas relacionadas ao afazeres domésticos, cuidar dos filhos, maridos, parentes mais próximos além do trabalho na agricultura familiar.

Em vários momentos, é possível perceber como as participantes do estudo se veem na obrigatoriedade de oferecer cuidados para as mães na Terceira Idade, como se fosse um pacto firmado desde a infância, visto que foram elas que lhes geraram e acompanharam ao longo da vida. Isso, por sua vez, é reafirmado quando expõem as suas expectativas em torno dos cuidados que necessitarão nesta mesma fase por parte de seus filhos, reiterando-se, assim, como o ato do cuidar perpassa as gerações e é algo que está imbricado em seu próprio modo de ser e de viver.

Nesta comunidade quilombola, os laços de parentesco estão presentes entre seus membros, uma vez que, a sua formação sócio-histórica remete à descendência de quatro famílias de ex-escravos, exercendo assim, uma função primordial na vida mental destas mulheres, já que tal fator influencia em suas decisões, seu estilo de vida, seus gostos e seus comportamentos. A mulher “como ente que é, sempre faz com que os entes venham à proximidade”, já que o que elas não querem é se verem sozinhas, longe daqueles com os quais se identifica e se pré-ocupa. Logo, as mulheres se apoiam umas nas outras, no modo impróprio do outro, ganhando dimensão, o que provoca que ela se disperse de si,

permanecendo na inautenticidade. Para as mulheres-quilombolas, o cuidar perpassa o ambiente familiar, pois é também conformado e promovido em prol do coletivo, visto que se identifica com os outros que ali estão e sentem-se pertencente àquele local. (HEIDEGGER, 2012, p. 153).

O cuidar e o ser cuidado são entendidos numa perspectiva coletiva, isto é, a partir de um para o outro, já que a mulher-quilombola busca privilegiar as necessidades do seio familiar que, por vezes, se estende à vizinhança em detrimento das suas próprias necessidades. Todavia, é neste íterim que a mulher-quilombola reconhece-se como aquela responsável por exercer o cuidado como sua principal tarefa, exigindo de si mesma que desenvolva cuidados ligados à promoção da saúde e à prevenção de doenças para que, assim, consiga perpetuar-se no processo de cuidar da família e do coletivo.

As inter-relações de compadrio e ajuda vivenciadas por estas mulheres revelam o segundo nível de identificação para intervenções de políticas proposto por Dahlgren e Whitehead e Diderichse, pois escancara como a interação social entre os membros da comunidade é um pressuposto fundamental para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Heidegger, em sua célebre obra “Ser e Tempo”, abre seu capítulo seis com o título “O cuidado como ser do *Dasein*” (2014, p. 203), onde estabelece que o cuidado designa ontologicamente a ligação de todos os existenciais do ser, ou seja, uma estrutura que se demonstra na cotidianidade e manifesta-se de diversas maneiras. Sendo assim, o ser-aí que constitui a mulher-quilombola se apresenta por diferentes facetas, já que é ela a responsável pela reprodução dos saberes e fazeres oriundos da ancestralidade negra, que cuida dos afazeres da casa e dos filhos, ampara os familiares e vizinhos, bem como exerce a liderança sociopolítica na comunidade. Ou seja, se revela como ser-no-mundo a partir da ideia do cuidado, no qual relata o impacto que o processo de cuidar, frente aos determinantes sociais presentes no seu território, exerce em sua vida.

O ato de cuidar da saúde é construído e constantemente modificado de acordo com questões socioculturais e práticas vivenciadas pelas mulheres quilombolas, em um processo no qual as experiências do cotidiano e o aprendizado ancestral se fazem presentes no modo como enxergam e exercem-no junto aos entes. Desta maneira, a resistência da sua cultura e empregadas no seu dia-a-dia, como o uso de chás e ervas medicinais, de uma alimentação saudável e livre de agrotóxicos, não são concebidas por tal grupo como estratégias que efetivamente supram, em um primeiro momento, as próprias dificuldades de acesso e locomoção para ter acesso a esse suporte tradicional.

As mulheres quilombolas, ao assumirem para si tais cuidados, o mundo se apresenta a elas como sendo uma sobrecarga excessiva de novos afazeres e preocupações, gerador de exaustão e cansaço. (HEIDEGGER, 2014). Para estas mulheres, o cuidado é visto como sendo mais que um ato, isto é, ele constitui-se como atitude que exige, não só um momento de atenção, zelo e carinho, mas representa em si, uma ocupação, preocupação e responsabilização com o outro. Isso, por sua vez, também traz uma série de inquietações e prejuízos por parte de quem cuida, pois, tanto relega a cuidados escassos consigo mesmo para estar disponível para o outro, como pode gerar desgastes físicos e psicológicos posteriores àquele que assume tal compromisso.

É preciso entender que o mundo no qual as mulheres quilombolas estão atuando e reconstruindo continuamente é um território que transcende o espaço geográfico, pois é constituído por disputas sociais e de poder expressos sob a forma de conflitos econômicos, sociais e culturais, como pela influência do centro urbano e dos atrativos que eles têm, por exemplo. Ao perceberem-se lançadas nesta cotidianidade, a mulher-quilombola toma, para si, a possibilidade do vir a ser no cuidado, em que entes próximos são entregues no mundo da ocupação, incorporando-se, assim, um vivido de dedicação e responsabilidade integral sobre a manutenção da saúde de sua família.

Neste sentido, a ocupação, por vezes, entendida como o mundo-ocupação ou estar-com, vê-se na decadência, já que as mulheres relatam que descuidam de si mesmas, apesar de reconhecerem a importância de tal ação para dar continuidade a seus afazeres e atividades cotidianas. A partir disso, destacam-se relatos como, por exemplo, aqueles em que mencionam que já deixaram de alimentar-se para poder aprontar o filho a tempo de ir para a escola, bem como de ter dores musculares devido ao trabalho excessivo no lar, além de faltarem consultas médicas para que pudessem atender demandas de seus familiares. Sendo assim, o cuidado do outro sobressai-se perante os cuidados consigo mesmas, provocando assim, um esquecimento de si, visto que para elas, tal gesto torna-se algo primordial e de extrema importância para o bem-estar e qualidade de vida do seu eixo familiar.

Desta maneira, o ser mulher-quilombola exige cotidianamente desta mulher desempenhar um papel de líder em sua comunidade, uma vez que são elas que mobilizam, articulam e organizam o fazer e o agir, símbolo da resistência desta comunidade quilombola, além de ser a referência no âmbito familiar e coletivo. Logo, são elas que se envolvem nos enfrentamentos e buscam solucionar os problemas que surgem, e isto afeta diretamente o seu modo de vida, pois, ao refletirem sobre seu modo de vida, elas se percebem desgastadas e

pressionadas a assumir tamanhas tarefas, e isto as leva a renegar o cuidado de si, a fim de manter o equilíbrio socialmente definido da estrutura familiar e da comunidade em si.

O cuidado na contemporaneidade destaca-se pelo contraste na orientação moral entre os gêneros, em que o ato de cuidar é interpretado como uma obrigação para as mulheres, sendo que para os homens, é tido como um dever de respeito e de proteção de sua autonomia. (PRATES, 2015). Nas falas das participantes, evidencia-se que para elas o ato de cuidar é um encargo atrelado à figura da mulher, reconhece-o como uma construção cultural que vem sendo produzida e reproduzida inerente ao ser-aí ao longo da sua ancestralidade.

Ao desvelar o sentido do cuidar-de-si-da-mulher-quilombola-frente-aos-determinantes-sociais-em-saúde, presentes no seu território, torna-se notória a perpetuação das discrepâncias morais e de gênero entre as responsabilidades e as tarefas definidas no seio social que devem ser exercidas por elas e pelos homens-quilombolas, como se o exercício do trabalho fosse de responsabilidade deles, que a elas cabe a responsabilidade pelo cuidado da família e da comunidade. Tais estruturas socioculturais corroboram para a perpetuação de relações machistas e sexistas que perpassam as gerações e constituem as dinâmicas que seguem sendo reproduzidas no âmbito da comunidade quilombola, transformando-se em potenciais determinantes sociais de saúde presentes em seu território, uma vez que afetam diretamente na qualidade de vida e na capacidade de promoção do cuidar de si destas mulheres-quilombolas.

Ademais, observa-se que há também o desconhecimento por parte desses grupos sobre as políticas públicas que lhes são direcionadas e que constituem seu direito à saúde, como aquelas presentes no PBQ lançado em 2004 referentes à sua inserção no Programa Saúde da Família e Saúde Bucal, bem como os princípios basilares da Constituição Federal de 1988 e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A partir disso, fica-se evidente como o terceiro e o quarto nível de identificação para intervenções de políticas proposto por Dahlgren e Whitehead e Diderichse se entrelaçam, uma vez que revelam os gargalos e hiatos existentes entre as políticas que possuem ações direcionadas às condições materiais e psicossociais sob as quais essas populações vivem, bem como as políticas macroeconômicas que visam a promoção de um desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e econômicas que estão sujeitos.

Deste modo, Vieira e Monteiro (2013) ressaltam a importância de que os profissionais da área da saúde que atuam em e com comunidades-quilombolas, sejam efetivamente capacitados e busquem trabalhar ativamente nestas localidades, a fim de que possam contribuir na redução das disparidades socioeconômicas, políticas e culturais que se

perpetuam no exercício do direito à saúde por tais populações. Conforme aponta Prates (2015), é imprescindível que tais profissionais busquem se aproximar dos olhares e percepções dos próprios sujeitos envolvidos, para que, assim, alcancem melhor compreensão sobre o processo saúde-doença.

Além disso, é necessário destacar a necessidade de uma melhor capilaridade e aplicação do Programa Saúde da Família dentro das próprias comunidades quilombolas através do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que pode contribuir para que tais grupos enxerguem-no como intermediador capacitado para que tenham e se apropriem do acesso aos serviços de saúde públicos. Para isso, é preciso que os serviços e as infraestruturas presentes em seus territórios, como os postos de saúde, sejam ampliados e melhorados, com intuito de congrega os recursos e estratégias de saúde que os moradores necessitam, aproximando-os tanto dos profissionais de saúde, como da efetivação do seu direito à saúde. (GOMES *et al*, 2013).

O ser-aí com os outros pode vir ao encontro do ente de variadas maneiras, sendo: ficando aí, *modus* de ser da ocupação, ou vindo de encontro com o modo de ser-aí-com no mundo, *modus* de ser da pré-ocupação. Desta maneira, enquanto pré-sença na vida diária, a mulher-quilombola não é uma figura solitária, desde que vê a figura da vizinhança da comunidade como ponto de apoio, ou seja, compartilha com o coletivo seu mundo circundante, o qual é a convivência do *Dasein* do seu cotidiano. (HEIDEGGER, 2014).

No ser com e para os outros, subsiste, portanto, em uma relação ontológica entre pré-senças. Esta relação, pode-se dizer, já é cada vez mais constrictiva da própria presença, a qual possui por si mesma um compreensão de ser e, assim, relaciona-se com a pré-sença. A relação ontológica com os outros torna-se, pois, projeção do próprio ser para si mesmo num outro. O outro é um duplo de si mesmo. (HEIDEGGER, 2012, p. 181).

Neste contexto, o ser-aí-com manifesta-se quando essas mulheres percebem que o cuidado torna-se menos desgastante e mais suave, quando estão em contato com as demais mulheres pertencentes ao Diretório de Mulheres “De Mulher para Mulher”, familiares ou vizinhos da comunidade, expresso através do respeito, companheirismo, amizade e solicitude de umas com as outras. Por isso, nas reuniões de tal grupo, é possível evidenciar a dimensão do cuidado dispensado pelas próprias mulheres entre si, o que provoca um sentido ontológico do cuidar, o qual ultrapassa o que podem perceber e entender, já que o reconhecem como uma forma de cuidar de si. São os momentos de encontro do Diretório, em que elas compartilham entre si o que aprenderam com seus antepassados, isto é, expõem os conhecimentos e saberes

que foram sendo construídos e perpassados pelas suas mães e avós e demais membros da comunidade quilombola.

A participação dessas mulheres no Diretório de Mulheres Quilombola fortalece a dinamicidade das práticas do cuidado, uma vez que são construídas e reproduzidas a partir da interlocução dos saberes ancestrais com aqueles oriundos das experiências vivenciadas em seu cotidiano e pelos conhecimentos científicos que perpassam o modelo biomédico. Desta forma, tal ambiente transforma-se em uma ferramenta primordial para que elas concentrem-se em si próprias, isto é, destinem poucos períodos de tempo para se cuidarem e, ao mesmo tempo, também cuidarem umas das outras, a partir da aproximação e do diálogo entre elas. Conforme aponta Heidegger (2014), o cuidado é diferente de ter piedade, mas sim, é o ato de compreender a necessidade do outro.

Através dos Círculos de Cultura realizado com as mulheres participantes do Diretório, foi notório como no interior deste grupo acontecem as trocas de conhecimentos e experiências concretas que, conseqüentemente, suscitam nessas mulheres o potencial de se transformarem em agentes determinantes de mudança de seu próprio mundo, pois propicia um momento dialógico de expressarem suas vivências particulares e não socialmente estabelecidas, favorecendo o desvelamento do modo existencial da autenticidade que acontece, principalmente quando retratam em suas falas o resgate histórico das práticas pretéritas presentes na própria comunidade, dos conhecimentos tradicionais das práticas de benzeção e o uso de chás e ervas plantadas e colhidas em seus quintais.

Conforme apontam Vieira e Monteiro (2013), as mulheres-quilombolas apropriam-se de alternativas a fim de reduzir as iniquidades socioeconômicas a que estão sujeitas, com intuito de dar continuidade às suas próprias práticas de cuidado e, assim, garantir que sua família e sua comunidade, possam usufruir de boa qualidade de vida e bem-estar, apesar das disparidades e dificuldades que enfrentam no seu dia-a-dia. Prates (2015) reitera tal perspectiva ao afirmar que, entre as formas de cuidar das mulheres-quilombolas, há a hierarquia de recursos, onde buscam utilizar os meios mais próximos para promover os cuidados à saúde como o aporte dos conhecimentos ancestrais expressos através de práticas fitoterápicas em detrimento de ir em busca de outras alternativas, como a medicalização do corpo, com intuito de evitar os estresses e os desgastes que perpassam o enfrentamento das dificuldades inerentes ao acesso aos serviços de saúde, aos quais estão sujeitas.

Assim, a essência da pré-sença está na existência, o que conseqüentemente, transforma-a numa composição de sua historicidade. Logo, a dinâmica de existir sendo mulher-quilombola é um resgate de seu passado e da sua ancestralidade, numa busca

constante de encontrar forças para seguir r-existindo, pois percebe esse processo como a única alternativa que lhe resta frente ao que está posto. Isso, por sua vez, determina a construção ontológica própria do ser mulher-quilombola: a que não desiste, mas persiste, mesmo que abrindo mão de seus cuidados e de seus desejos em prol do coletivo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os tempos coloniais, as comunidades quilombolas são símbolos de luta e resistência frente aos ditames do *status quo*, em especial, as mulheres-quilombolas que, com força e determinação, exercem os papéis de liderança e de referência na organização social, política e comunitária destes espaços. Desta maneira, o presente estudo surge a partir de inquietações sobre quem são essas mulheres-quilombolas e, principalmente, como elas usufruem de seu direito à saúde, buscando desvelar os cuidados apreendidos frente aos determinantes sociais de saúde presentes em seu território.

Ao ir ao encontro das mulheres-quilombolas em sua comunidade, seu território - que é morada, é lugar por excelência - isto me proporcionou um olhar mais humanístico, integrado e próximo às participantes, o que favoreceu uma melhor compreensão sobre o seu modo de viver e de ser, já que ali estavam expressas as dinâmicas socioeconômicas, culturais, comunitárias e familiares que perpassam o seu cotidiano e afetam, direta e indiretamente, o seu bem-estar e qualidade de vida. Desta maneira, a incorporação do referencial teórico-filosófico de Martin Heidegger foi de extrema importância, pois, foi a partir do entendimento do Ser e do Ente, que pude desnudar a pluralidade de modos de vida de cada ser, revelando-se, assim, as suas próprias especificidades e singularidades que lhes são características.

Os lugares de falas são específicos e identificá-los se fez necessário, para que não ousemos falar por ou para, mas sim, reconhecer de onde e como construímos aquelas narrativas apresentadas. Eis o desafio que me instigou ao longo de tal pesquisa, uma vez que, como homem branco, mestrando de uma universidade pública, abarcando assuntos relacionados à Saúde da Mulher, tive que ter a cautela de evitar gerar quaisquer desconfortos entre as participantes, apesar de saber que, em dados momentos, isso poderia acontecer.

Todavia, a proposta dos Círculos de Cultura desenvolvida pelo educador Paulo Freire foi uma ferramenta elementar para dirimir as distâncias existentes entre nós e os nossos locais de falas, principalmente porque foi através destes espaços que tive a oportunidade de construir, em um primeiro momento, a minha aproximação com o contexto vivido pelas participantes. Além disso, os Círculos de Cultura transformaram-se em um espaço de diálogo e de emancipação humana para tais mulheres-quilombolas, já que se constituíram no lócus de seu protagonismo, onde podiam relatar, compartilhar e reviver a sua própria história. Logo, era nestes ambientes que elas tiveram a oportunidade de problematizar os desafios cotidianos enfrentados na comunidade, bem como relatar seus anseios, sonhos, medos e inseguranças.

Dado o exposto, o presente estudo permitiu identificar que o ser mulher-quilombola é algo que traz, consigo, toda uma carga de sentimentos de alegria e orgulho, já que sentem-se tranquilas e satisfeitas no território onde habitam. Contudo, os encargos domésticos e demais funções, o de ser mãe, esposa, dona de casa, responsável pelos cuidados com a família, liderança na comunidade, constituem-se como determinantes sociais em saúde que vêm afetando a sua qualidade de vida e bem estar. Acrescentam-se a isso, os demais fatores socioeconômicos, políticos, culturais e de gênero, que aprofundam e reproduzem as iniquidades sociais vivenciadas e enfrentadas pelas mulheres-quilombolas no seu dia a dia. Logo, os determinantes sociais em saúde influenciam e condicionam diretamente a sua forma de enxergar e de lidar com o cuidado à saúde, já que relegam a si próprias para o segundo plano, em detrimento dos entes e familiares, como pais, filhos e maridos.

Com base nos depoimentos das mulheres-quilombolas entrevistadas, foi possível perceber gargalos no acesso à informação e na aplicabilidade das políticas públicas voltadas para tais populações, principalmente considerando-se as dificuldades enfrentadas na garantia do acesso aos serviços de saúde como, por exemplo, na percepção da escassa presença dos profissionais do Programa Saúde da Família, dentre eles, o Enfermeiro, na própria comunidade. Isso, por sua vez, contrapõe-se quando analisamos o modo como as mulheres-quilombolas seguem reproduzindo uma percepção de que “ter saúde” está atrelado aos procedimentos e instrumentos desenvolvidos sob a perspectiva biomédica, seja indo a consultas, fazendo exames e acompanhamento médico.

As comunidades quilombolas enfrentam os desafios para garantir o acesso equitativo aos serviços e ações vinculadas ao seu direito à saúde, a partir da percepção dos determinantes sociais de saúde presentes em seu território e da influência que estes exercem sobre o processo saúde-doença desta população. Entretanto, é notório como ao longo de suas falas, os saberes ancestrais e as práticas cotidianas vão sendo reveladas, evidenciando-se assim, que tais grupos desenvolvem novas estratégias de resistência frente aos determinantes sociais em saúde que estão presentes em seus territórios. Para isso, é preciso que se promovam capacitações e formações desses profissionais, nas quais se incorporem as práticas de cuidado que já estão presentes e são comumente utilizadas por esses grupos, a fim de que eles próprios consigam reconhecê-las como meios de promoção da saúde.

O pleno exercício do direito à saúde e a real equidade tão almejada nos serviços de saúde, conforme os princípios da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde, só serão alcançados quando as populações, que são vulneráveis, sejam verdadeiramente incorporadas e consigam, a partir de suas experiências e vivências, construir

ações conjuntas e dialógicas de saúde, as quais, de fato, considerem a cultura como fator basilar para a promoção da saúde. Assim, torna-se imprescindível inserir discussões e instigar pesquisas na área da saúde, cuja problemática seja as comunidades quilombolas, com intuito de melhor capacitar a atuação dos profissionais da saúde para atuarem junto a essas comunidades.

Torna-se salutar que, durante a formação acadêmica, as questões relativas às comunidades tradicionais sejam referendadas e oportunidades para a construção dialógica do saber se façam presentes, de forma que possamos reconhecer nestas comunidades a oportunidade do resgate de nossa história e de nossa ancestralidade, o que nos proporcionará o afastamento do paradigma biomédico e a incorporação de um saber que valoriza os determinantes sociais presentes no território, o que influencia nitidamente o ente no cuidado de si, possibilitando ao profissional de saúde aprimorar seu saber, a partir do conhecer e incorporar outras formas e estratégias de promoção do cuidado, para que assim, desenvolva um ofício que seja, de fato, mais democrático, plural e justo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. W. B. de. Os quilombos e as novas etnias. In: O'DWYER, E. C. (Org). **Quilombos** – Identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: FGV e ABA, 2002.

ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.8, p.1547-54, 2006.

ARAÚJO, P. A. de. **Introdução às Beitrage Zur philosophie**. 08 ago.2017, 21 nov.2017. Notas de aula.

ARREGUY-SENA, C *et al.* O processo de comunicação da satisfação da equipe de enfermagem na atividade de punção venosa periférica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM; 2000, Ribeirão Preto. **Anais do CIBRACEN**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. p. 105-110.

BILIBIO, E. **A Fenomenologia do tempo em Heidegger e Husserl**: uma aproximação. *Analecta*, v. 6, n. 2, p. 77-83, 2013. ISSN 1518-6520.

BOCLIN, K. L. I; FAERSTEIN, E.; SKLO, M. Does life-coursesocioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pro-Saúde Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, Feb. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X000025413>. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

BOEMER, M. R. A fenomenologia do cuidar: uma perspectiva de enfermagem. In: PEIXOTO, A. J; HOLANDA, A. F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar**: perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá, p. 61-6, 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRANDÃO, C. R.; FAGUNDES, M. C. V. Cultura popular e educação popular: expressões da proposta freireana para um sistema de educação. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 61, p. 89-106, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602016000300089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de junho de 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 99/2017 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2017.

_____. Ministério da Saúde, Informação, Educação e Comunicação. **Promoção da Saúde Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá**. Brasília, DF: [s.n], 1996. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 de abril de 2017.

_____. Poder Executivo. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 nov. 2003. Seção 1, p. 4.

_____. Poder Executivo. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 abr. 2004a. Seção 1, p. 1.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Seppir, 2004b. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-comunidades-tradicionais/brasilquilombola_2004.pdf/view>. Acesso em: 7 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS. 2007. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 68p. Série B, Textos Básicos em Saúde. Disponível em:

<<http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/495/1/Agenda%20nacional%20prioridades%20pesquisa%20sa%C3%BAde%202ed.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero** – Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010. 2010a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **@Cidades – Bias Fortes**, Minas Gerais. 2010b. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bias-fortes/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>. Acesso em: 29 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** – Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: [s.n], 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 26 de abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Carta aos Eleitores.** 2016. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/folder.php?lang=&codmun=311530&search=minas-gerais|cataguases|carta-aos-eleitores-e-folder-informativo>>. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

BUSANA, J. de A. Participação popular em um conselho gestor de saúde. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129242>>. Acesso em: 04 de julho de 2019.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M; FILHO PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93. Disponível em: www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCIAIS_E_SAUDE.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

CABRAL, I. E. *et al.* Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 984-989, 2012.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 21 de abril de 2019.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2017.** Brasília: IPEA; FBSP, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 04 de junho de 2019.

CORRÊA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p- 83-88, janeiro 1997.

CPISP, **Comissão Pró-Índio de São Paulo: comunidades quilombolas**. Disponível em: www.cpisp.org.br. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

DAMASCENO, C. F. Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus adulto (DM2) e profissionais **[Dissertação]**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2003.

DE FREITAS, A. L. S. **Leituras de Paulo Freire: uma trilogia de referências**. Passo Fundos, Méritos, 2014.

DE OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 376-380, p. 2011.

DE SIQUEIRA NUNES, Neuza Maria; VERDAN, Tauã Lima; JIMÉNEZ, Luis Ortiz. POLÍTICA DE COTAS ÉTNICAS NO BRASIL: A INCLUSÃO POR MEIO DA ISONOMIA SOCIAL. **SCIENCE PLACE - Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 6, n. 1, 2019.

DUARTE, M. R.; ROCHA, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2011. ISSN 2176-9133.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMAN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Determinantes sociais de uma comunidade quilombola e sua interface com a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, e03451, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de julho de 2019.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, 2014, p. 154-168. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

FERREIRA, H. S. *et al.* Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes de quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 30, n. 1, 2011. p. 51-58. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1a08.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

FREITAS, D. A. *et al.*, Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **CEFAC**, n. 13, 2011, p. 937-943. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf. Acesso em: 09 setembro de 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 1º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

_____, **Pedagogia do Oprimido**. 17º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____, **Pedagogia do Oprimido**. 31º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 184 p.

_____, **Pedagogia do Oprimido**. 42º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

_____, **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 16ª ed. 2009.

_____, **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43º ed. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 2011.

FREIRE, E. C. *et al.* A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do sus entre travestis, transsexuais e transgêneros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.477-484, set. 2013.

FREYRE, G. **Casa Grande & Senzala** – Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio, 1933.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Quadro geral de comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) referentes aos dados atualizados até a Portaria nº 240 de 31/08/2017. 2017. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

GILES, T. R. **História do Existencialismo e da Fenomenologia**, São Paulo: E. P. U. 1989.

GOMES, K. de O. *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

GONZALEZ, A. D. *et al.* Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 42, p. 809-817, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3612.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2019.

GOUVÊA, G. A. Divulgação Científica para Crianças: o caso da Ciência Hoje das Crianças. **Tese** (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Educação, Gestão e Difusão em Biociências da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. 5ª ed. Tradução: Márcia S. Cavalcanti. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____, **Ser e Tempo**. 6ª ed. Petrópolis: Universitária São Francisco, 2012.

_____, **Ser e tempo**. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schuback. 9ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes. 2014.

_____, Interpretações fenomenológicas sobre Aristóteles. Petrópolis: Vozes, 2011.

HEIDEMANN, I. B. S. *et al.* Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf>>. Acesso em: 05 de julho de 2019.

_____ *et al.* REFLEXÕES SOBRE O ITINERÁRIO DE PESQUISA DE PAULO FREIRE: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE. **Textocontexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de junho de 2019.

HOLANDA, S. B. (1936), **Raízes do Brasil**. 1ª edição. São Paulo, José Olympio.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 08 de maio de 2019.

JACQUES, C. O.; LEAL, G. M. DETERMINANTES SOCIAIS E TERRITÓRIO EM SUA INTER-RELAÇÃO COM AS FAMÍLIAS E OS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA. **Revista Sociais e Humanas**, [S.l.], v. 30, n. 1, jun. 2017. ISSN 2317-1758. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/26620>>. Acesso em: 07 de julho de 2019

KOINONIA, **Atlas Observatório Quilombola. Verbete sobre Colônia do Paiol– MG.** 2015. Disponível em: <<http://www.koinonia.org.br/atlasquilombola/comunidades/MG/colonia-do-paiol/2237/historia/>>. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: Desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965, jan. 2008. ISSN 0104-026X. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000300015>>. Acesso em: 26 de abril de 2017.

MACHADO, R. A fenomenologia como fundamento filosófico da Pedagogia Libertadora: uma análise histórico-crítica da teoria de Paulo Freire. **Revista Educação e Emancipação**, v. 12, n. 2, p. 292-320, 2019.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**. v. 17, n. 2, 2011. Disponível em: www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695. Acesso em: 10 de setembro de 2017.

MONTEIRO, C. F. D. S. *et al.* Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Rev. Escola Anna Nery**, v. 10, n. 2, p. 297-301, 2006. ISSN 1414-8145.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p.723-731, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a07.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

MOURA, G. **Quilombos contemporâneos: resistir e vencer.** Coletânea Conheça Mais. Brasília: FCP, 2012.

MOURA, C. **Rebeliões da Senzala:** quilombos, insurreições, guerrilhas. São Paulo: Anita Garibaldi, 5 ed., 2014.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes Sociais da Saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 16, n. 2, 2012, p. 481-491. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1536>>. Acesso em: 05 de julho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>. Acesso em: 29 de junho de 2019.

PAULA, C. C. *et al.* Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 468-72, 2014.

PEIXOTO, A. Fenomenologia, ética e educação: uma análise a partir do pensamento de Husserl. **Revista Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 21, n. 7/9, p.489-503, jul./set. 2011.

Disponível em:

<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8635482/3275>>. Acesso em: 30 de junho de 2019.

PINTO, A. C. S. Círculo de Cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS. 2013. 128 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4615>>. Acesso em: 02 de julho de 2019.

PINTO, M. B.; SILVA, K. L. Promoção da Saúde no Território: Discursos e Representações sobre uma Comunidade. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1206-1215, 2019.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 391p.

PORTO-GONÇALVES, C. W. Da Geografia às Geo-grafias: um mundo em busca de novas territorialidades. In: CECENÁ, Ana Ester; SADER, Amir (Orgs). **La Guerra infinita: hegemonia y terror mundial**. Buenos Aires: Clacso, 2002.

PRATES, L. A. O olhar feminino sobre cuidado à saúde da mulher quilombola. Santa Maria, 2015. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7436/PRATES%2C%20LISIE%20ALENDE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 de junho de 2019.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993.

RANIERI, L.P.; BARREIRA, C.R.A. A entrevista fenomenológica. In: IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 4., 2010, Rio Claro, SP. **Anais...** Rio Claro, SP: UNESP, 2010. p. 01-08.

RISCADO, J. L. S; OLIVEIRA, M. A. B. de; BRITO, A. M. B. B. de; Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/10.pdf. Acesso em: 12 de setembro de 2017.

SAUPE, R. As concepções do educador Paulo Freire: Como vem sendo utilizada pela Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2016.

SEIBT, C. L. Temporalidade e propriedade em Ser e Tempo de Heidegger. **Revista de Filosofia Aurora**, v. 22, n. 30, p. 247-266, 2010.

SILVA, A. E. F.; CARNEIRO, L. de O. Reflexões sobre o processo de ressemantização do conceito de quilombo. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE GEOGRAFIA: Geografia e contemporaneidades; IV SEMINÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA, 2016, Juiz de Fora-MG. **Anais eletrônicos...** Juiz de Fora: PPGeo-UFJF, 2016. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B-ZTI4h4_8xIbG9NUk15eUZ0R1U/view. Acesso em: 08 de setembro de 2017.

SILVA, D. A. da. O passeio dos quilombolas e a formação do quilombo urbano. **Tese** (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2005.

SILVA, J. M. de O. e; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p.254-257, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a18v61n2.pdf>>. Acesso em: 19 de junho de 2019.

SOUZA, B. O. Aquilombar-se: panorama histórico, identitário e político do Movimento Quilombola Brasileiro. 2008. 204 f. **Dissertação** (Mestrado em Antropologia Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/2130>. Acesso em: 26 de abril de 2017.

TERRA, M. G. *et al.* Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. Texto contexto - enferm. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 672-678, 2006. ISSN 0104-0707.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>>. Acesso em: 02 de julho de 2019.

WATSON, J. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem. Porto: Lusociência; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 7ª Conferência Global para a Promoção da Saúde. Nairobi, 2009. **Boletim informativo nº 1** – 27 de outubro de 2009. Disponível em: <cspace.eportuguese.org/tiki-read_article.php?articleId=139>. Acesso em: 11 de setembro de 2017.

XAVIER, E. C. O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanas de Porto Alegre. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (Orgs). **Saúde da população negra**. Brasília, DF: ABPN, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHER QUILOMBOLA E O CUIDAR DE SI FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE PRESENTES EM SEU TERRITÓRIO

Pesquisador: Zuleyce Maria Lessa Pacheco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89110218.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.692.129

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão

adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador

responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_1047790.pdf	02/05/2018 16:51:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/05/2018 16:51:06	Lucas Matos Roque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodeloplataforma.pdf	02/05/2018 16:50:55	Lucas Matos Roque	Aceito
Outros	roteirocirculodecultura.pdf	31/03/2018 12:27:21	Lucas Matos Roque	Aceito
Outros	entrevista.pdf	31/03/2018 12:27:09	Lucas Matos Roque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoFaculdadedeEnfermagem. jpg	31/03/2018 12:21:17	Lucas Matos Roque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfraestruturaDiretoriode mulheres.jpeg	31/03/2018 12:20:44	Lucas Matos Roque	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	31/03/2018 12:20:11	Lucas Matos Roque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Junho de 2018

ANEXOS

ANEXO A – Carta de apresentação da pesquisa a Faculdade de Enfermagem**ANEXO A – Carta de apresentação da pesquisa a Faculdade de Enfermagem**

Eu,

DENISE B. DE C. FRIEDRICH

_____, na qualidade de responsável pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo a realização de a pesquisa intitulada O cuidar de si da mulher quilombola frente aos determinantes sociais em saúde presentes em seu território, a ser conduzida sob a responsabilidade da Profª. Drª. Zuleyce Maria Lessa Pacheco e do Mestrando Lucas Roque Matos. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 20 de maio de 2018.

(carimbo da Instituição)

Prof. Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-MG 024.833

ANEXO B – Autorização da realização da pesquisa com o Diretório das Mulheres Quilombolas

DECLARAÇÃO

Eu, **CARMEM ANA DE JESUS**, na qualidade de responsável pelo **“DIRETÓRIO DAS MULHERES QUILOMBOLAS”**, autorizo a realização de a pesquisa intitulada **“O CUIDAR DE SI DA MULHER QUILOMBOLA FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE PRESENTES EM SEU TERRITÓRIO”** a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **ZULEYCE MARIA LESSA PACHECO** e de **LUCAS ROQUE MATOS** e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 11 de janeiro de 2018.



Carmem Ana de Jesus

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “O CUIDAR DE SI DA MULHER QUILOMBOLA FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE PRESENTES EM SEU TERRITÓRIO” sob responsabilidade do pesquisador Lucas Roque Matos – Enfermeiro e Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – com orientação da Prof.^a. Dr.^a. Zuleyce Maria Lessa Pacheco. Essa pesquisa tem como objetivo desvelar o-cuidar-de-si-da-mulher-quilombola no contexto da promoção da saúde frente aos determinantes sociais presentes em seu território, com intuito de compreender quais ações e práticas cotidianas em seu dia a dia que estejam relacionadas ao cuidado de sua saúde. Acreditamos que a partir disto, poderemos colaborar, a partir das apreensões da Enfermagem, na promoção de sua saúde.

Os dados serão coletados no decorrer de 2018, a partir de duas etapas, sendo que na primeira, ocorrerão 3 encontros constituídos basicamente por cinco momentos importantes, a saber: i) No primeiro dia, focaremos na apresentação da pesquisa e dos objetivos gerais e específicos, enquanto nos demais, serão retomadas as discussões anteriores de cada reunião, a partir da definição dos objetivos que permeiam sua realização; ii) Promoção da dinâmica estimuladora de discussão; iii) Desenvolvimento dos diálogos e debates no âmbito dos círculos de cultura; iv) Apresentação da síntese coletiva; e, v) Avaliação do Encontro. Em relação ao tempo de duração destes encontros, prevê-se uma média de três horas, a fim de garantir que não ocorra nenhum tipo de desgaste físico e mental dos participantes. Em seguida, nós a convidaremos para estar participando da segunda etapa da pesquisa, onde serão realizadas entrevistas individuais com cada partícipe a fim de melhor compreender e identificar os possíveis determinantes sociais em saúde presentes em seu território, considerando-se a Fenomenologia apreendida por Heidegger. Os encontros serão realizados em um espaço reservado e de escolhido de acordo com a preferência de cada participante. Neste local, o pesquisador

realizará uma entrevista que será gravada em áudio, ficando os registros sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, as quais serão destruídas após o término deste prazo.

Os resultados da pesquisa são públicos e estarão à disposição dos participantes após sua conclusão. Eles serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, não sendo mencionada a identificação destes em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. No que se refere aos riscos, esses procedimentos podem causar risco mínimo ao participante, ou seja, riscos correspondentes ao vivenciado no cotidiano de uma pessoa.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “O CUIDAR DE SI DA MULHER QUILOMBOLA FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE PRESENTES EM SEU TERRITÓRIO”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

Assinatura

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900.

Pesquisador Responsável: Lucas Roque Matos

Endereço: Travessa Vicente Rosa, n. 597 apto 301, Bairro: Eldorado, Juiz de Fora (MG).

Celular: (32) 9 8862-3934

E-mail: lucasroque.enf@gmail.com

ANEXO D – Roteiro do Itinerário de Paulo Freire

OBJETIVOS

1. Realizar a apresentação da pesquisa;
2. Construir coletivamente o conceito de determinantes sociais em saúde;
3. Realizar uma avaliação acerca dos momentos vivenciados no encontro.

MATERIAIS DIDÁTICOS

- Caneta Hidrocor;
- Cartolinas;
- Fitas adesivas;
- Revistas;
- Tesouras;

OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA

1º MOMENTO - Realização da mística de apresentação;

2º MOMENTO - Exposição dos objetivos da pesquisa e no caso de aceite de colaboração com o estudo, as participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a assinatura, a partir da qual, será feita entrega dos crachás;

3º MOMENTO - Realização do “Contrato da Boa Convivência”, onde será acordado o compromisso com o sigilo e respeito quanto a fala de cada pessoa, com as datas e horários dos encontros, além de outros itens que as participantes julgarem necessários;

4º MOMENTO - Utilização da técnica de Recorte e Colagem a fim de construir o conceito de determinantes sociais em saúde. Logo, as participantes serão convidadas a criar um álbum de imagens retiradas de revistas aleatórias a partir dos seguintes questionamentos:

Para você o que significa saúde?
Que comportamentos influenciam os problemas de saúde?

5º MOMENTO - Realização de um resumo do encontro com espaço aberto para que as mulheres possam fazer alguma ponderação e/ou esclarecer alguma dúvida sobre a discussão.

AVALIAÇÃO

Ao fim do resumo sobre as discussões apreendidas neste encontro, será promovida uma avaliação do momento vivido pelas mulheres presentes. Em seguida, serão proferidos os agradecimentos finais e a realização da confraternização entre as participantes e os pesquisadores.

ANEXO E – Roteiro de coleta dos dados sócio demográficos

Dados Sócio Demográficos		
Data da Entrevista:	Data de Nascimento: Idade:	Código da Participante: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Estuda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual ano está cursando? _____		
Cor da pele declarada: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Casada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Quantos filhos? _____		
Questões Norteadoras		
Como é para você, vivenciar o dia a dia na comunidade?		
Me diga, quais são as suas necessidades de cuidado à saúde?		
Conte para mim o que você faz para cuidar da sua saúde?		