

Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas de Alagoas, Brasil

Therapeutical itineraries of quilombolas women's at Alagoas, Brazil

Saulo Luders Fernandes¹

Alessandro de Oliveira dos Santos²

Submetido em 14 de fevereiro e aprovado em 10 de abril de 2016.

Resumo: Este estudo descreve os itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas para lidar com agravos à saúde e/ou doenças. Foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória numa comunidade quilombola de Alagoas. Participaram três mulheres, uma jovem (20 anos), uma adulta (43 anos) e uma idosa (63 anos). Elas foram entrevistadas e o material, submetido à análise de conteúdo dando origem às categorias: (a) vida da mulher na comunidade quilombola e concepções de saúde/doença; (b) itinerários terapêuticos para o cuidado com a saúde da mulher quilombola. Constatou-se que a vida da mulher quilombola envolve obrigações que percorrem três dimensões: trabalho doméstico; atividades na agricultura; e afazeres fora da comunidade. As relações assimétricas de gênero na comunidade estruturam e organizam a vida das mulheres, naturalizando seus afazeres e responsabilidades. Isso impede a autonomia plena delas sobre suas vidas e conduz ao desenvolvimento de agravos à saúde e/ou doenças. A descrição dos itinerários terapêuticos permitiu identificar elementos importantes nos processos de escolha das mulheres no que se refere aos caminhos utilizados no cuidado à saúde: automedicação; uso de ervas, chás, plantas medicinais e crenças religiosas. Os itinerários terapêuticos permitiram compreender como as práticas de saúde tomam forma nos territórios negros e são condicionadas por determinações materiais, sociais e intersubjetivas, como, por exemplo, as relações de gênero. Construir formas de cuidado à saúde e à vida das mulheres negras no âmbito das políticas públicas para as comunidades quilombolas implica superar as relações assimétricas de gênero no universo rural enquanto elemento organizador da vivência dessas mulheres.

Palavras-Chave: Mulheres quilombolas. Itinerários terapêuticos. Pesquisa qualitativa.

Abstract: This study describes the therapeutic itineraries of quilombolas women's to deal with health problems. An exploratory descriptive qualitative study was conducted in a community of Alagoas. Participated three women, one young (20 years), one adult (43 years) and um elderly (63 years). They were interviewed and the analyzed material create the following categories: (a) a woman's life in the community and conceptions of health/disease; (B) therapeutic itineraries of quilombolas women's to health care. It was found that the life of woman involves obligations in three dimensions: housework; activities in agriculture; and activities outside the community. Asymmetrical gender relations in the community structure and organize the lives of women, naturalizing their duties and responsibilities. This situation reduce your autonomy and contribute to development health problems. The description of the therapeutic itineraries allowed to identify important elements in women's choice to health care: self-medication; use of herbs, teas, medicinal plants and religious beliefs; conversations with friends, relatives and neighbors. The therapeutic itinerary allowed us to understand how health practices in black and territories are conditioned by

material, social and inter-subjective determinations, for example, gender relations. Build forms of health care and the lives of black women in the context of public policies for the quilombos communities implies overcoming the asymmetrical gender relations in rural universe as part organizer of the experience of these women.

Keywords: Quilombolas women's. Therapeutic itineraries. Qualitative research.

Introdução

As comunidades quilombolas do Brasil são frutos de um processo histórico de resistência que se inicia com a colonização portuguesa e se estende até os dias atuais, apresentando como características comuns: a luta pela terra, o modo de vida camponês e o pertencimento racial. Trata-se de comunidades formadas por camponeses negros, cujas expressões culturais e formas de lidar com o território estão ligadas ao pertencimento racial, enquanto eixo norteador de sua formação histórico-social.

Desse modo, a categoria raça é fundamental para a compreensão dos problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas no Brasil, visto que esse marcador social é capaz de perpetuar relações de exclusão e violência, ao estabelecer, com base em características fenotípicas, diferenças quanto à moralidade, inteligência, beleza e capacidade dos grupos humanos (SCHUCMAN, 2010).

Estima-se a existência de 3.900 comunidades quilombolas no Brasil, das quais 2.474 já passaram pelo processo jurídico de certificação e reconhecimento pelo governo federal brasileiro, sendo que 217 receberam a titulação definitiva de suas terras, o que equivale a 8,7% do total de comunidades quilombolas certificadas no país (SEPPPIR, 2013).

Costa (2102), indica que as maiores dificuldades enfrentadas pelas comunidades quilombolas no Brasil referem-se à ausência de serviços públicos básicos como energia, água tratada, saneamento básico e transporte. Dados do governo federal brasileiro revelam que das 80 mil famílias quilombolas cadastradas, 64 mil, ou seja, 79,78% são beneficiárias do Programa Bolsa Família, sendo que 74,73% vivem em situação de extrema pobreza, 55,21% não possuem água canalizada e 54,07% não têm saneamento básico (SEPPPIR, 2013).

Para Oshai e Silva (2013), uma das dificuldades prevalentes das populações quilombolas no cuidado da saúde refere-se à distância das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais, associada à inexistência ou precariedade de transporte público.

No Estado de Alagoas, localizado na região nordeste do Brasil, Oliveira (2011), ao investigar as comunidades quilombolas, constatou que a maioria dos serviços públicos de saúde encontra-se distante dessas comunidades e, quando estão presentes, possuem limitações quanto à aceitabilidade dos saberes tradicionais de cuidado e cura, e de diálogo com o modo de vida local.

Ferreira et al. (2011), avaliaram a condição nutricional de 973 crianças de 6 até 59 meses de 39 comunidades quilombolas de Alagoas. O estudo constatou que 35,1% das famílias das crianças não tratavam a água consumida e 46,3% viviam com esgoto a céu aberto. Tais condições contribuíram para que 33,8% das crianças avaliadas apresentassem elevado índice de diarreia e 52,7% tivessem anemia.

A precariedade das condições de vida aumenta os níveis de vulnerabilidade aos agravos em saúde e/ou doenças que acometem as famílias quilombolas, bem como sua capacidade de formular respostas que permitam a solução dos mesmos, refletindo uma situação de negligência e/ou violação de seus direitos fundamentais por parte do poder público brasileiro. Esta situação é ainda mais grave quando se toma em consideração as mulheres quilombolas, visto que suas experiências são atravessadas por relações assimétricas de gênero e raça.

Em uma comunidade quilombola, as mulheres ocupam um papel central. No plano político, apresentam-se como lideranças comunitárias e chefes de família. No plano econômico, são ativas na realização dos serviços agrícolas e em atividades fora da comunidade, como, por exemplo, a venda de produtos no comércio das cidades próximas. No plano cultural, são responsáveis pela transmissão dos conhecimentos passados de geração em geração. E, no plano familiar, além do trabalho doméstico são as responsáveis pelo cuidado com a saúde dos filhos, cônjuges e parentes. (SOUZA; ARAÚJO, 2014).

A necessidade de reflexão sobre as experiências de mulheres negras atravessadas por relações assimétricas de gênero e raça encontra em Wane (2013) uma referência importante. A autora realizou uma pesquisa com 400 mulheres negras que residiam no Canadá, com idade entre 22 e 67 anos, utilizando-se de entrevistas face a face ou por telefone e por meio de grupos focais. Uma diversidade de mulheres compôs seu estudo: estudantes, mães solteiras e casadas, mulheres que trabalhavam em casa e que trabalhavam

fora, ativistas comunitárias, acadêmicas, sindicalistas, profissionais da saúde, assistentes sociais, advogadas, e mulheres que ocupavam cargos políticos. O estudo constatou que diante da diversidade de modos de vida das mulheres negras canadenses, não se pode falar de suas experiências sem ao menos apontar a dupla interseccionalidade entre os marcadores de gênero e raça, já que a noção de dupla ou múltipla interseccionalidade de relações de opressão se fizeram presentes na maior parte dos relatos das entrevistadas.

Para Souza e Araújo (2014), essa intersecção de relações assimétricas de gênero e raça intensifica as desigualdades e formas de opressão a que são submetidas as mulheres quilombolas, ampliando sua vulnerabilidade aos agravos em saúde e/ou doenças. Na medida em que naturalizam as expectativas e obrigações sociais atribuídas a elas, aliadas a um contexto de políticas públicas incipientes na promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil.

Neste estudo, descrevemos os itinerários terapêuticos de mulheres de uma comunidade quilombola do Estado de Alagoas. O estudo tem como meta dar visibilidade aos caminhos percorridos por elas para lidar com os agravos em saúde e/ou doença, considerando que o levantamento e descrição de itinerários terapêuticos permite compreender os caminhos e práticas adotados por sujeitos e coletividades diante das condições sociais, políticas e intersubjetivas disponíveis para o cuidado com a vida e o tratamento do adoecimento (GERHARDT, 2006). Conforme a Portaria nº 104, do Ministério da Saúde do Brasil, de 25 de janeiro de 2011, os agravos em saúde se referem a qualquer dano à integridade física, mental e social provocado por circunstâncias nocivas, como por exemplo: acidentes, intoxicações, abuso de álcool e outras drogas e lesões auto ou heteroinfligidas. Já as doenças, por sua vez, referem-se às enfermidades ou estados clínicos, independentemente de sua origem ou fonte, que representem ou possam representar um dano significativo para o ser humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Método

Foi realizada uma pesquisa do tipo qualitativa descritiva exploratória com base em um estudo de caso em uma comunidade quilombola localizada no agreste do Estado de Alagoas, Brasil. Para a escolha da comunidade investigada utilizaram-se três critérios:

ser a comunidade quilombola reconhecida há mais tempo no Estado; ser a comunidade quilombola com maior número de famílias no Estado; ser a comunidade quilombola com presença de um serviço de saúde em seu território.

A comunidade de Pau D'arco, selecionada para o estudo, conta com aproximadamente 510 famílias e tem como atividade laboral central o plantio da mandioca, feijão e fumo, para consumo próprio e venda nas feiras locais. Alguns moradores também trabalham na cidade do município de Arapiraca, localizada a 12 km da comunidade. Pau D'Arco tem uma escola de tempo integral e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que foi inaugurada em 2012. A Associação Comunitária local é bastante ativa e promove todos os anos, no mês de novembro, para comemorar o Dia Nacional da Consciência Negra: apresentações de danças afro-brasileiras e roda de capoeira, e mesa de debates com pesquisadores e moradores.

Para levantamento e identificação dos itinerários terapêuticos das mulheres da comunidade foram realizadas entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado, focalizando os significados de ser mulher, as concepções de saúde/doença e os caminhos utilizados para lidar com os agravos em saúde e/ou doenças.

Foram entrevistadas três moradoras da comunidade que apresentaram em comum um histórico de agravo em saúde e/ou doenças, sendo elas: uma jovem de 20 anos com histórico de enxaqueca, uma adulta de 43 anos, com histórico de dengue, e uma idosa de 63 anos de idade com histórico de hipertensão e diabetes. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os nomes das entrevistadas não foram identificados nem substituídos por nomes fictícios, optando-se pela utilização da seguinte nomenclatura: J (jovem da comunidade); A (adulta da comunidade); I (idosa da comunidade).

Após a transcrição das entrevistas gravadas em áudio, o material foi submetido à análise de conteúdo. Para isso, inicialmente buscou-se reconhecer os significados emergentes nos relatos. Em seguida, identificamos os conteúdos frequentes e a seleção de excertos de falas das entrevistadas que os exemplificassem. Posteriormente, conforme orientações propostas por Franco (2005), houve o agrupamento dos principais significados emergentes em duas categorias, construídas com base na convergência dos conteúdos que surgiram: (a) a vida da mulher na comunidade quilombola e suas concepções de saúde/

doença; (b) itinerários terapêuticos para o cuidado com a saúde da mulher quilombola. A construção dessas categorias foi feita com base nas similaridades temáticas presentes nas falas das entrevistadas de modo a permitir agrupamentos e discussões mais homogêneas sobre os conteúdos das mesmas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com o número de protocolo: 30892514.0.0000.5561.

Resultado e discussão

• A vida da mulher na comunidade quilombola e suas concepções de saúde/doença

Para as entrevistadas, a vida da mulher quilombola envolve obrigações que percorrem três dimensões: o trabalho doméstico (cuidado com a casa, com os filhos e o marido); as atividades na agricultura (arar a terra, plantar e colher); e os afazeres fora da comunidade (estudar e buscar serviço na cidade), como exemplificam as narrativas a seguir:

"[...] ser mulher aqui é vida de trabalho. A gente não para nunca. Quando está na casa trabalha. Depois vai para roça, e ainda tem dia de trabalhar na cidade. A cidade é um lugar que a gente sempre está indo para resolver um problema e trabalhar. (I, idosa da comunidade).

Aqui no sítio tem essa coisa da mulher ser obrigada a fazer muita coisa que o homem não faz. Ser mulher deste jeito é mais uma obrigação. Eu não quero isso para minha vida, não. Por isso, estou estudando muito. Meu sonho não é só casar, ter casa e trabalhar. Quero mais do que isso." (J, jovem da comunidade).

As entrevistadas compreendem a saúde como uma experiência do cotidiano que as capacita a resolver seus problemas. Como exemplifica a narrativa abaixo:

"Eu acho, assim, saúde, eu acho que não passa só pela questão de você só sentir a ausência de dor [...] é ter condição de resolver os problemas que acontecem. Isso é muito bom, porque hoje se a gente for analisar a história da mulher, por exemplo, que nós temos aqui na comunidade; tem muita mulher doente, adoecendo até o corpo e a cabeça. Porque é quem assume toda a responsabilidade da casa. Hoje ela tem pressão alta, desenvolve diabetes". (A, adulta da comunidade).

A saúde é o que permite a realização dos afazeres do dia a dia. Porém, quando a vida passa a ser mediada por relações de gênero, que enquadram a mulher em obrigações sociais rígidas, como a responsabilidade da casa, da família e do trabalho na roça, surgem as assimetrias. Como exemplifica J (jovem da comunidade): “Aqui no sítio o povo tem o negócio do machismo. ‘O homem não pode lavar prato, o homem não pode varrer a casa’. Acho muito errado. A mulher é mulher e homem, duas vezes.”.

As relações assimétricas entre os gêneros masculino e feminino na comunidade estruturam e organizam a vida das mulheres quilombolas, naturalizando seus afazeres e responsabilidades, o que impede a autonomia plena delas sobre suas vidas e conduz ao desenvolvimento de agravos e/ou doenças. Como afirma I (idosa da comunidade): “A saúde não está muito boa, não. Tenho o tal do diabetes. E o meu é dos mais inquietos, que é emocional, aparece quando tem raiva, desgosto, alegria. Eu passo muito nervoso, dá muito cansaço.”. Segundo J (jovem da comunidade): “Muitas mulheres aqui sofrem de problema de nervo. Se na casa tem algo errado a culpa é da mãe. Se o marido fica mal também. Aqui no sítio toda a culpa é da mãe. Acho que isso sobrecarrega.”.

Para as entrevistadas, a doença é compreendida como qualquer acontecimento e vivência que as impede na realização de suas atividades, ou limita suas capacidades de escolha: “doença é tudo que faz a gente não realizar nosso trabalho, atividade, ficar incapacitado de viver. O que limita nossas escolhas. Por exemplo, as mulheres aqui do quilombo que adoecem por tanto ter que trabalhar e cuidar da família.” (A, adulta da comunidade).

As relações assimétricas de gênero produzem sofrimentos nas mulheres quilombolas e são associadas a doenças como hipertensão e diabetes. Assim, “sofrer dos nervos”, ter uma diabetes “inquieta e emocional”, pode ser significado como um modo de essas mulheres expressarem as condições sociais de exploração às quais suas vidas estão submetidas.

• **Itinerários terapêuticos para o cuidado com a saúde da mulher quilombola**

O levantamento e descrição dos itinerários terapêuticos permitiu identificar elementos importantes nos processos de escolha das mulheres quilombolas no que se refere aos caminhos utilizados no cuidado à saúde como: a automedicação; as crenças religiosas; e o hábito de conversar com amigos, parentes e vizinhos sobre o uso de ervas,

chás e plantas medicinais. Como é o caso de J (jovem da comunidade), quando acometida de um agravo leve de saúde e/ou doença, ela costuma adotar a prática da automedicação; somente quando o agravo e/ou doença não é solucionado através dessa prática, J (jovem da comunidade) busca a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o médico. De acordo com Rosa et al. (2014), a prática da automedicação está associada à facilidade de aquisição dos medicamentos e o baixo custo, bem como às dificuldades de acesso e à insuficiência dos serviços públicos de saúde em oferecer solução aos agravos em saúde e/ou doenças que acometem as mulheres negras de baixa renda.

J (jovem da comunidade) além da automedicação, também costuma adotar práticas associadas a sua religião (evangélica) como orações para auxiliar no processo de cura. Nas suas palavras: “Aí quando eu fico doente eu tomo algum remédio, que eu vejo se serve para aquilo, e quando não serve eu procuro um médico. Mas, às vezes, o médico não pode atender e eu espero passar. Rezo e faço oração.”.

A religiosidade, quando associada aos cuidados em saúde, mobiliza recursos espirituais, que adensados ao pertencimento de grupo, fortalecem o apoio individual, a interpretação positiva sobre a condição de adoecimento e a aderência ao tratamento. A importância da religiosidade tem sido reconhecida no enfrentamento dos agravos em saúde e/ou doenças pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que incluiu, em seus instrumentos de avaliação sobre qualidade de vida, um domínio referente à religiosidade e crenças pessoais (SANTOS; RIBEIRO, 2015). Para Rocha e Fleck (2011), o fortalecimento de modelos explicativos religiosos sobre os processos de saúde/doença está relacionado tanto às dificuldades das populações de baixa renda às instituições de saúde quanto à facilidade de inserção destes grupos em centros religiosos.

Desse ponto de vista, a Unidade Básica de Saúde pode ser compreendida no itinerário terapêutico de J (jovem da comunidade) como um espaço gerenciado por uma racionalidade biomédica que tem, no tratamento medicamentoso, seu fim: “E parece que lá no posto [de saúde] é só isso, só dar remédio. É, medicamento, medicamento.”. Tal relato vem ao encontro do estudo de Oshai e Silva (2013), que aponta a operacionalização das Unidades Básicas de Saúde como espaços de medicalização da vida nas comunidades quilombolas.

De modo diferente, A (adulta da comunidade) busca realizar seus cuidados a partir dos saberes populares adquiridos nas experiências de seu dia a dia. O uso de chás e ervas torna-se a base que orienta as suas práticas de cuidado da saúde. O modo como essa entrevistada apreendeu a usar as plantas medicinais é corroborado pelos estudos de Rosa et al. (2014) e Franco e Barros (2006), que apontam que a transmissão de saberes sobre o uso de plantas e ervas ocorre no cotidiano comunitário, tendo como cenário a vida familiar e as relações entre vizinhos. Como diz A (adulta da comunidade):

“Dependendo do problema você toma um chá, mas quando aquilo não resolve procura o médico. A primeira coisa realmente é essa, você fazer o uso que você já tem do conhecimento que é útil. Aquela velha ali [vizinha] era uma mulher sábia, a mãe só levava [no médico] no último caso. Nas panelas de barro que estão com um burquinho ela plantava tudo que era planta, ela sabia para o que elas serviam.”.

Utilizando dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), Gadelha et al. (2013), mostrou que 80% da população mundial já fez uso de práticas terapêuticas populares como o uso de plantas medicinais e que, no Brasil, esse percentual corresponde a 82%. Tais práticas terapêuticas são transmitidas no país por uma multiplicidade de atores como vizinhos, familiares, benzedeadas e vão além da simples passagem de informação, revelando uma experiência que fortalece os vínculos e a participação comunitária no ato de compartilhar saberes comuns que integram elementos naturais, religiosos e espirituais. Como diz A (adulta da comunidade):

“É no dia a dia que a gente aprende estas coisas [uso de chás e ervas], em casa, com os vizinhos também. Quando a gente toma um chá, usa uma erva, não é só a planta que tá ali, é muito mais. É a mãe que passou, às vezes é a planta de um Santo, isso tudo vêm junto.”.

Há uma relação estreita dos moradores dos quilombos com as plantas de uso medicinal disponíveis no território. Franco e Barros (2006), ao investigar o uso dessas plantas em uma comunidade quilombola do Estado do Piauí, mostraram que 68% das espécies utilizadas cresceram espontaneamente na comunidade, 28% foram cultivadas e apenas 4% foram adquiridas fora da comunidade. Desse modo, os remédios caseiros são feitos a partir de plantas cultivadas no próprio quintal dos moradores ou cedidas pelos

vizinhos, o que mostra a capacidade das comunidades quilombolas, por meio do uso das ervas e chás, de construir relações com o seu ambiente e com seus pares de modo a se apropriar das riquezas materiais disponíveis no seu território.

Partindo do uso de chás e ervas, A (adulta da comunidade) problematiza como o medicamento ganhou, para os moradores da comunidade de Pau D'Arco, um significado de cura imediata e individualizada dos agravos em saúde e/ou doenças, até mesmo para os moradores que antes faziam uso de plantas de uso medicinal:

“Eu acho que tem essa falta do conhecimento e de ter se perdido essa questão da prática popular, né! Então, isso, essa coisa do imediato, de fazer o efeito imediato, até essas pessoas, que gostavam dos chás, começaram a perceber isso e começaram a deixar de lado [uso de chás e ervas].”

Como afirmam Franco e Barros (2006), as práticas terapêuticas populares apresentavam-se como meio eficaz de lidar com os agravos e/ou doenças mais leves nos quilombos. Com a chegada das Unidades Básicas de Saúde em seus territórios, outras práticas terapêuticas tornam-se acessíveis aos seus moradores.

A (adulta da comunidade) apresenta um posicionamento crítico quanto à função da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Pau D'Arco. Para ela, além do tratamento medicamentoso, a UBS poderia desenvolver ações de educação em saúde, incluindo discussões sobre gênero e o modo de vida quilombola. Segundo ela: “As pessoas devem descobrir o que é a unidade básica [de saúde], mas para isso a unidade [UBS] tem que falar para que veio aqui.”

A terceira entrevistada, I (idososa da comunidade), em sua narrativa, afirma ir com frequência à UBS. A busca por esse serviço objetiva fazer exames e adquirir medicamentos. Quando tem um agravo e/ou doença mais leve, ela costuma se automedicar, recorrendo à UBS quando não obtém melhora. Também relatou que costuma fazer uso de chás e ervas:

“Quando estou doente assim, vou para aquele posto [de saúde] ali. É fazer consulta, para fazer exame e pegar remédio. Tem vezes que a gente vai com o enfermeiro. Quando a doença é de todo mês. Porque tem que pegar remédio, comprimido. Pegar logo aquele monte [de comprimidos] que dura três meses. Quando é o doutor, se [eu] for [é] para mostrar

exame. Tá fazendo três meses que eu não vou. Só vou mais porque é para pegar remédio. Às vezes uso chá, mas só depois de pegar os exames.”.

Quando o agravo em saúde e/ou doença requer cuidados maiores, I procura o serviço privado, com receio do atendimento e da fila no serviço público de saúde. I contou que quando fez uma cirurgia foi bem-atendida e gostou do serviço prestado, mas justifica a qualidade recebida pelo fato de o serviço de saúde ter sido pago: “O atendimento foi bom. Agora, não sei como é de quem vai sem ser pago. Fui me operar, mas paguei. Agora, não sei quem vai assim... tem vezes que [a pessoa] não acha bom. Eu paguei e foi bom.”.

Uma queixa de I (idososa da comunidade) e J (jovem da comunidade), em relação aos serviços de saúde, diz respeito ao atendimento de médicos que realizam exames sem tocar nas pacientes. Como relata J: “Ele não tocava no corpo, não. Só ficava na conversa e passava o exame. Nunca tocava.”. Nas palavras de I: “Na consulta ele nunca tocava no corpo. Não, não. Nunca, nunca.”.

A realização de exames médicos sem tocar no corpo leva a prejuízos quanto ao diagnóstico e à qualidade do atendimento. A ausência desse procedimento tem sido mais comum no Brasil em mulheres negras, sendo uma expressão da negligência e violação de seu direito à saúde por parte dos serviços públicos de saúde do país (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012).

De fato, no Brasil, embora o direito à saúde seja garantido pela Constituição brasileira (acesso universal e equânime), a população negra tem tido experiências desiguais no que diz respeito ao nascimento, à vida, ao tratamento de agravos e/ou doenças e às causas de óbito. No caso das mulheres negras essa situação é mais grave, pois estudos mostram que elas têm menor chance de fazer consultas ginecológicas e consultas pré-natal, e de receber as informações necessárias sobre o parto. Também apresentam maior probabilidade de ter o primeiro filho antes dos 16 anos de idade e maior índice de mortalidade materna (LOPES, 2005).

Com base na identificação dos itinerários terapêuticos das três mulheres quilombolas foi possível sistematizar quais são as formas de tratamento e os passos em relação ao cuidado conforme o nível de agravo à saúde e/ou doença enfrentados pelas entrevistadas. O quadro 1, apresentado a seguir, contém essa sistematização:

Quadro 1. Formas de tratamento frente ao tipo de agravo em saúde

Forma de Tratamento	Passos ao cuidado	Nível de agravo em saúde e/ou doença (leve/contínuo/grave)
Automedicação	1º passo	Leve
Chás e Ervas	1º passo	Leve
Rezas e orações	1º passo	Leve
Busca por medicamentos na UBS	2º passo	Leve e Contínuo
Atendimento Enfermeira (UBS)	2º passo	Contínuo
Atendimento Médico (UBS)	2º passo	Contínuo e Grave
Serviços particulares	3º passo	Grave

Os primeiros passos são a automedicação, o uso de chás e ervas recomendado por parentes ou vizinhos e o amparo em crenças religiosas. Estes passos são realizados quando o agravo em saúde e/ou doença é considerado leve como, por exemplo: dor de cabeça, cansaço, ansiedade e mal-estar.

De acordo com Santos e Ribeiro (2015), as práticas religiosas associadas às formas de cuidado à saúde operam como uma tecnologia que possibilita o acolhimento da pessoa no momento de sofrimento e angústia, ajudando a lidar com situações estressoras. Nesse sentido, auxiliam na obtenção de um estado integral de saúde (física, psíquica, espiritual), que vai muito além de um determinado procedimento ou etapa de tratamento que deve ser seguido.

No que se refere ao uso das plantas medicinais em comunidades, de acordo com Gadelha et al. (2013), o que está em jogo não é a cientificidade comprovada da planta, mas sim o efeito de resposta dela no cotidiano de seus usuários. O conhecimento popular é produzido por meio do valor empírico aliado à crença sobre seus efeitos, que é fortalecida

diante da capacidade de resposta sobre os agravos e/ou doenças, enquanto conhecimento tradicional passado de geração em geração.

Um aspecto que chamou a atenção nas entrevistas foi a diferença geracional envolvida nos modos de cuidar da saúde. Notamos uma diminuição, da mulher quilombola idosa para a mulher quilombola jovem, nas recomendações de vizinhos e parentes no uso das ervas e chás. Tal observação também se faz presente no estudo de Franco e Barros (2006), que constataram que a transmissão dos saberes tradicionais sobre uso de plantas medicinais entre idosos e jovens da Comunidade Quilombola Olho D'água dos Pires, no Piauí, é recebida de forma desinteressada pelos mais jovens. De acordo com os autores, este desinteresse pode ser entendido como expressão da tensão existente entre os saberes tradicionais e os conhecimentos modernos presentes na vida das comunidades quilombolas atualmente.

É sobre estas tensões entre universo tradicional e moderno que a UBS aparece como o segundo passo no itinerário terapêutico dessas mulheres. Em suas narrativas, as palavras remédio e medicamento foram sempre associadas a este serviço de saúde. Houve poucos relatos sobre a realização de grupos operativos ou de educação em saúde realizados pela UBS na comunidade. Quando estes foram citados pelas mulheres entrevistadas estavam associados à obtenção de medicamento (por exemplo, grupo de hipertensão).

Por fim, o terceiro passo do itinerário terapêutico das mulheres entrevistadas aparece associado aos agravos em saúde e/ou doenças de alta complexidade que necessitam de serviços especializados e de intervenções hospitalares. Segundo as entrevistadas, este terceiro passo se inicia pela UBS, podendo migrar para os serviços privados, conforme a condição financeira das mulheres da comunidade, dada a morosidade e descrédito do sistema público de saúde.

A identificação e análise dos itinerários terapêuticos das mulheres quilombolas permitiram compreender que a inserção do serviço de saúde na comunidade pode ser analisada sob a ótica do encontro/desencontro dos programas e profissionais de saúde com os saberes tradicionais acerca dos processos de saúde/doença produzidos e transmitidos de geração a geração dentro do quilombo.

Considerações finais

O estudo de itinerários terapêuticos de mulheres de comunidades quilombolas é um elemento importante para compreender como as práticas de saúde tomam forma nos territórios negros e são condicionadas por determinações materiais, sociais e intersubjetivas, como, por exemplo, as relações de gênero.

Por meio da análise das entrevistas foi possível identificar e descrever os significados de ser mulher em uma comunidade quilombola e as concepções de saúde e doença vigentes, assim como os caminhos percorridos pelas mulheres para lidar com os agravos em saúde e/ou doenças e para acessar os serviços de saúde. Compreender tais significados, concepções e caminhos é importante para todos aqueles que estão envolvidos com a proteção e a promoção da saúde nas comunidades quilombolas.

Nesse sentido, é importante destacar nos itinerários terapêuticos das mulheres quilombolas, o papel das práticas terapêuticas populares baseadas no uso de chás e ervas, associados ou não às crenças religiosas. Compreender a relação entre os saberes populares e as práticas de saúde abre possibilidade de potencializar ações de cuidado nas comunidades que associem os usos das ervas, chás e práticas religiosas aos conhecimentos técnico-científicos presentes nos serviços de saúde, fortalecendo a participação popular das comunidades em seus processos de cuidado.

Destarte, apesar dos avanços existentes na ampliação do Sistema Único de Saúde no Brasil, por meio da Política de Atenção Básica nas comunidades quilombolas, a lógica que ainda gerencia os serviços de saúde instalados nestes territórios está atrelada a uma compreensão técnico-instrumental da saúde, incapaz de oportunizar a construção de práticas e ações que vislumbrem a saúde como uma dimensão plena de sentidos e um direito.

A instalação dos serviços de atenção básica à saúde, como as UBSs, nas comunidades quilombolas, apresenta-se como possibilidade à transformação da realidade dos territórios negros rurais na luta pela equidade. Porém, sua atuação deve ser dirigida em consonância às necessidades dessas comunidades, que apresentam sobre seus processos de adoecimento marcadores sociais como gênero, ruralidade e religiosidade, que direcionam seus modos de viver e de lidar com os agravos à saúde e/ou doenças. As

vidas e os modos de viver que devem ser cuidados nas comunidades quilombolas são reais, concretos e cotidianos, não cabendo em pressupostos abstratos e universalistas.

Ademais, acreditamos que construir formas de cuidado à saúde e à vida das mulheres negras no âmbito das políticas públicas para as comunidades quilombolas implica superar as relações assimétricas de gênero no universo rural enquanto elemento organizador das vivências dessas mulheres. Nesse sentido, o fortalecimento de um feminismo negro, como defende Wane (2009, 2013), pode ser uma alternativa para elas na criação de um espaço possível de resistência, respeito mútuo, compartilhamento de conhecimentos, experiências e cuidados. Vale dizer, na produção de uma concepção e discurso capazes de reinterpretar o papel político das mulheres nos territórios quilombolas.

Referências

COSTA, Eliane Silva. *Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, 2012.

FERREIRA, H. S.; LAMENHA, M. L. D.; XAVIER Júnior, A. F. S.; CAVALCANTE, J. C.; SANTOS, A. M. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 01, p. 50-57, 2011.

FRANCO, E. A. P.; BARROS, R. F. M. Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, Botucatu, v. 8, n. 3, p. 78-88, 2006.

GADELHA, C. S.; PINTO JUNIOR, V. M.; BEZERRA, K. K.; PEREIRA, B. B.; MARACAJÁ, P. B. Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. *Revista Verde*, Mossoró, v. 8, n. 5, p. 208-212, 2013.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil, p. 9-48. In: Brasil (Org.). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), 2005.

OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro. A atenção básica e a saúde da população negra, p. 33-44. In: RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista (Org.).

Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidade. Maceió: Edufal, 2011.

OSHAÍ, C. M. A.; SILVA H. P. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. *Anais do 12º congresso de medicina de família e comunidade.* Belém; 12:1426, 2013.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. *Análise de Conteúdo.* Brasília: Liber Livro, 2005.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista Psiquiatria Clínica,* São Paulo, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

ROSA, P. L. F. S.; HOGA, L. A. K.; SANTANA, M. F.; SILVA, P. L. Uso de plantas medicinais por mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* São Paulo, n. 48, p. 46-53, 2014.

SANTOS, Alessandro Oliveira; RIBEIRO, Ronilda. Saúde, doença e cura no Candomblé: ação profilática e terapêutica em espaço de religiões brasileiras de matrizes africanas, p. 23-41. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (Org.). *Candomblés: encruzilhadas de ideias,* Coleção E-Livro, Salvador: EDUFBA, v. 01, 2015.

SCHUCMAN, L. V. Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. *Psicologia Política,* São Paulo, v. 10, n. 19, p. 41-55, 2010.

SEPPPIR. *Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas.* Brasília: SEPPPIR, 2013.

SOUZA, Patrícia Borda; ARAÚJO, Klariene Adrielly. A mulher quilombola: da invisibilidade à necessidade por novas perspectivas sociais e econômicas, p. 163-182. In: ESTEVES, Juliana Teixeira; BARBOSA, José Luciano Albino; FALCÃO, Pablo Ricardo de Lima. *Direitos, gênero e movimentos sociais II.* Florianópolis: CONPEDI, 2014.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1.007-1.013, 2012.

WANE, Njoki. Uncovering the Well: Black Feminism in Canada, p. 3-22. In: WANE, Njoki; JAGIRE, Jennifer; MURAD, Zahra. *Ruptures: Anti-colonial & Anti-racist Feminist Theorizing.* Toronto: sense publishers, 2013.

WANE, N. Black Canadian Feminist Thought: Perspectives on Equity & Diversity in the Academy. *Journal of Race, Ethnicity and Education,* Memphis, v. 12, n. 1, p. 65-77, 2009.

Notas

¹ Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Unidade de Ensino de Palmeira dos Índios. Alagoas – Brasil. E-mail: saupsico@gmail.com.

² Docente do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo – Brasil. E-mail: alos@usp.br. Os autores trabalharam em diferentes etapas da produção do manuscrito e de modo conjunto na fase final de preparação. O primeiro autor foi responsável pela formulação da questão básica de pesquisa e pela coleta dos dados junto às mulheres quilombolas do

Estado de Alagoas, Brasil. O segundo foi responsável pelo aprofundamento da análise de conteúdo dos dados coletados, a revisão conceitual do manuscrito, o alinhamento das lições aprendidas e recomendações suscitadas pelo trabalho, e pela preparação final do manuscrito para submissão à *Interfaces*.