



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELIONARA TEIXEIRA BOA SORTE

**PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO:
UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS**

**SALVADOR
2015**

UFBA

EE

ELIONARA TEIXEIRA BOA SORTE

PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO:
UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS

2015

327

ELIONARA TEIXEIRA BOA SORTE

**PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO:
UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Lúcia Ferreira.

SALVADOR
2015

Ficha catalográfica elaborada por Dario C. Assis, Bibliotecário CRB -5.

B662p Boa Sorte, Elionara Teixeira.
Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas. / Elionara Teixeira Boa Sorte. – Salvador, 2015.

110f.

Orientadora: Profa. Dra. Enilda Rosendo do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Cuidado cultural. 2. Câncer do colo uterino. 3. Etno-enfermagem. 4. Saúde da Mulher. 5. Mulher quilombola. I. Nascimento, Enilda Rosendo. II. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 613.99

ELIONARA TEIXEIRA BOA SORTE

**PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM
ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 30 de maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Leila Rangel da Silva _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Jeane Freitas de Oliveira _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico essa pesquisa às mulheres do Quilombo Araçá Cariacá, em especial Rose, por acreditarem em mim e me receberem tão bem. E ao meu primo irmão Rafa, que sempre me perguntava do Mestrado, e agora vê a concretização de um dos meus sonhos lá do céu!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre me carregar em seus braços e me conceder tudo de melhor, sem Ti nada seria possível. Obrigada meu Deus!!!

À minha mãe **Marinês** e ao meu pai **Eliomar**, que sempre acreditaram em meu sucesso e me fazem persistir. Amo vocês!

À minha querida irmã **Mari**, minha “confidentezinha” linda! Amo você!

Ao meu namorado **Rodrigo**, por sua amizade, companheirismo, cuidado, amor e dedicação. Amo você!

À toda **minha família**, que sempre torceu por minha vitória.

À minha Orientadora prof^a **Enilda**, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

À **Comunidade Quilombola Araçá Cariacá**, meu eterno agradecimento pela confiança neste trabalho.

À **Rose**, por caminhar junto comigo nessa pesquisa e por me abrigar em sua casa. Obrigada a toda sua família.

Às colegas **Pri Porto, Pri Falcão, Paula, Moni, Dai, Tici, Amália, Quéssia, Márcia, Flávia**, em especial **Pablito** e **Ane**, que formavam comigo “o trio parada dura”, pela troca de saberes e angústias compartilhadas.

Às Professoras **Sílvia, Leila, Jeane, Marisa, Edméia, Mirian, Norma, Normélia, Nardilene, Carolina, Isa e Darci** pelos ensinamentos durante as disciplinas e atividades.

Ao **Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA (Universidade Federal da Bahia)** por proporcionar meu crescimento profissional.

Ao GEM e ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA. Ao Grupo de Pesquisa Sobre Mulher, Gênero e Saúde e ao GEPERCS – UNEB (Universidade do Estado da Bahia).

À **Taynan (Bi)** pelas longas conversas noite a fora e por suportar minhas lamentações durante um ano.

Aos amigos **Verônica e Vagner**, por torcerem por mim e me proporcionarem momentos de descontração.

Aos que me acolheram durante algumas passagens por Salvador: **Jânio e Carlinha, Diane, Monique e as meninas da república, Pablito, Paula, Lari e André**.

À **Lari** e à **Sandra**, por me incentivarem e acreditarem em mim.

À **UNEB** por proporcionar a minha formação enquanto enfermeira e para onde agora eu volto como docente.

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) por investir nesse trabalho e em minha formação. Muito Obrigada!

**“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para vitória é o desejo de vencer!”
(Gandhi)**

BOA SORTE, Elionara Teixeira. **Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas.** 110f. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMO

A etiopatogenia do câncer do colo uterino é mundialmente conhecida e os meios de prevenção são relativamente simples e de baixo custo. Sua incidência continua alta, sugerindo que o acesso e outros fatores de ordem sociocultural estejam envolvidos neste fenômeno. Objetivou-se conhecer aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas; descrever o conhecimento de mulheres quilombolas sobre o corpo e o câncer cervicouterino, identificando valores culturais relacionados e discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero utilizadas por mulheres quilombolas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e que tem como objeto o cuidado preventivo de mulheres quilombolas para o câncer do colo uterino. O método utilizado foi o da etnoenfermagem e o referencial teórico a Teoria do Cuidado Cultural. O estudo foi realizado na comunidade quilombola Araçá-Cariacá, no município de Bom Jesus da Lapa, Bahia. Participaram da pesquisa 26 mulheres residentes nessa comunidade com idade igual ou maior que 18 anos. O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 2014. Foram utilizados três capacitadores para a obtenção dos dados de etnoenfermagem: observação-participação-reflexão, formulário sócio-econômico-cultural e entrevista semiestruturada. O estudo foi guiado pelo Modelo Sunrise e a análise dos depoimentos foi fundamentada na análise de dados da etnoenfermagem. A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o nº 684.165. A comunidade dispõe de água encanada, luz elétrica, não há saneamento básico, nas casas há eletrodomésticos e os principais meios de transporte são moto e carro de linha. As mulheres do estudo são em sua maioria casadas, negras, de pouca escolaridade e baixa renda. Possuem em média três filhos/as; a maioria dos partos foram normais e realizados em hospital. Comumente não consomem bebida alcoólica e tabaco; possuem apenas um parceiro sexual, não utilizam preservativos e negam Infecções Sexualmente Transmissíveis. As mulheres demonstraram dificuldade de entendimento sobre a doença e sua localização, sendo identificada como perigosa, feia e que mata; está associada ao uso de pílulas anticoncepcionais, à não observância de cuidados tradicionais em relação ao parto e pós-parto, ao exercício livre da sexualidade pelas jovens. Muitas mulheres valorizam os cuidados profissionais e utilizam práticas culturais, como o uso de plantas para prevenção do câncer e tratamento de infecção uterina. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde também foram destacadas. O conhecimento das condições de vida e saúde de populações específicas e do cuidado preventivo para o câncer do colo uterino por parte das mulheres quilombolas possibilita o planejamento de ações que sejam congruentes com a realidade dessas mulheres e, conseqüentemente, com resultados mais efetivos e eficientes.

Palavras-chave: Cuidado Cultural. Câncer do Colo Uterino. Etnoenfermagem. Saúde da Mulher. Mulher Quilombola.

BOA SORTE, Elionara Teixeira. **Preventive practices for cervical cancer**: a study with quilombola women. 110f. 2015. Dissertation (Master of Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

ABSTRACT

The ethnopathogenesis of cervicouterine cancer is known worldwide, and its means of prevention are relatively simple and inexpensive. Its incidence remains high, which suggests that access and other factors of sociocultural order are involved in this phenomenon. This study aims to know social, economic, cultural, demographic aspects and sexual and reproductive health of quilombolas women; to describe the knowledge of quilombola women about its body and the uterine cervix cancer, by identifying related cultural values and discuss the practices of prevention of cervical cancer used by quilombola women. This is a descriptive study with qualitative approach which objective is the preventive care of quilombola women with the cervicouterine cancer. The method used was ethnonursing and the theoretical reference is the Theory of Cultural Care. The study was conducted in the quilombola community Araçá-Cariacá, in the city of Bom Jesus da Lapa, Bahia. Participated in the survey 26 women living in this community aged equal or over 18 years. Fieldwork was conducted between July and September 2014. Three trainers obtained the following ethnonursing data: observation-participation-reflection, socio-economic and cultural data and semi-structured interviews, beyond feminist workshop. Model Sunrise guided the study and the analysis of the reports was based on the ethnonursing data analysis. The study followed the ethical principles of Resolution nº. 466/2012 and was approved by the Ethics Committee of the Bahia State University Research under nº. 684,165. The community has piped water, electricity, no sanitation, appliances in the houses and the main transportation modes are motorcycles and car lines. The women in the study are mostly married, black-skinned, with low education and low income. They have an average of three children; most child-births were normal and performed in a hospital. In general they do not consume alcohol or tobacco; they have only one sexual partner, do not use preservatives and deny having Sexually Transmitted Diseases. The women demonstrated difficulty in understanding the disease and its location on the woman body, being identified as dangerous, ugly and “as something that kills”; it is associated with the use of birth control pills, the non-respect of traditional care for childbirth and postpartum, and the free exercise of sexuality by young people. Many women value professional care and the use of cultural practices such as the utilization of plants for cancer prevention and treatment of uterine infection. Access difficulties to health services were also reported. The knowledge of living conditions and health of specific populations and preventive care for cervicouterine cancer by the quilombola women enables the planning of actions that are congruent with the reality of these women and, consequently, more effective and efficient in results.

Keywords: Cultural Care. Cervical Cancer. Ethnonursing. Women's Health. Quilombola woman.

BOA SORTE, Elionara Teixeira. **Prácticas preventivas para el cáncer del cuello uterino: un estudio con mujeres quilombolas.** 110f. 2015. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2015.

RESUMEN

La etiopatogenia del cáncer del cuello uterino es mundialmente conocida y los medios de prevención son relativamente simples y de bajo costo. Su incidencia es aún elevada, sugiriendo que el acceso y otros factores de orden sociocultural estén envueltos en este fenómeno. Este estudio tuvo el objetivo de saber aspectos socioeconómicos y culturales, demográficos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres quilombolas; describir el conocimiento de mujeres quilombolas sobre el cuerpo y el cáncer cérvico uterino, identificando valores culturales relacionados y discutir las prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino utilizado por las mujeres quilombolas. Tratase de un estudio descriptivo con abordaje cualitativa y que tiene como objeto el cuidado preventivo de mujeres quilombolas para el cáncer do cuello uterino. El método utilizado fue el de la etnoenfermería y el referencial teórico la Teoría del Cuidado Cultural. El estudio fue realizado en la comunidad quilombola Araçá-Cariacá, en el municipio de Bom Jesus da Lapa, Bahía. Participaron de la pesquisa 26 mujeres residentes en esa comunidad con edad igual o mayor que 18 años. El trabajo de campo se realizó entre julio y septiembre 2014. Fueran utilizados tres capacitadores para la obtención de los datos de etnoenfermería: observación-participación-reflexión, formulario socio-económico-cultural y entrevista semiestructurada, más allá del taller feminista. El estudio fue dirigido por el Modelo Sunrise y el análisis de las deposiciones fue fundamentada en el análisis de datos de la etnoenfermería. La búsqueda siguió los principios éticos de la Resolución n. 466/2012 e fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad del Estado de Bahía bajo el nº 684.165. La comunidad dispone de agua canalizada, luz eléctrica, no hay saneamiento básico, en las casas hay electrodomésticos y los principales medios de transporte son moto y el coche de línea. Las mujeres del estudio son en su mayoría casadas, negras, de poca escolaridad y baja renda. Poseen por media tres hijos/as; la mayoría de los partos fueran normales y realizados en hospital. Comúnmente no consumen bebida alcohólica y tabaco; tienen solamente una pareja sexual, no utilizan condones y niegan Infecciones Sexualmente Transmisibles. Las mujeres demostraran dificultad de entendimiento sobre la enfermedad y su localización, siendo identificada como peligrosa, fea y que mata; está asociada al uso de píldora anticonceptiva, el incumplimiento de cuidados tradicionales en relación al parto y postparto, al ejercicio libre de la sexualidad por las jóvenes. Muchas mujeres valoran los cuidados profesionales y utilizan prácticas culturales, como el uso de plantas para prevención del cáncer y tratamiento de infección uterina. Dificultades de acceso a los servicios de salud también fueran destacadas. El conocimiento de las condiciones de vida y salud de poblaciones específicas y del cuidado preventivo con el cáncer del cuello uterino por parte de las mujeres quilombolas posibilita el planeamiento de acciones que sean congruentes con la realidad de esas mujeres y, en consecuencia, con resultados más efectivos y eficientes.

Palabras-clave: Cuidado Cultural. Cáncer do Cuello Uterino. Etnoenfermería. Salud de la Mujer. Mujer Quilombola.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário/a de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCU	Câncer do Colo do Útero
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OPR	Observação-Participação-Reflexão
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNEB	Universidade do Estado da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E QUILOMBOLAS	17
2.2	RACISMO, SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS	20
2.2.1	Racismo e desigualdades em saúde	20
2.2.2	Comunidades Quilombolas no Brasil	23
2.3	A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DAS MULHERES	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	31
3.1	TEORIA DO CUIDADO CULTURAL	31
3.2	MÉTODO	34
3.2.1	Natureza da pesquisa	34
3.2.2	Local da pesquisa	35
3.2.3	Aspectos éticos da pesquisa	37
3.2.4	Participantes da pesquisa	37
3.2.5	Técnicas para coleta dos dados	38
3.2.6	Tratamento e análise dos dados	40
4	MODOS DE VIDA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES QUILOMBOLAS RURAIS	41
5	CONHECIMENTO DE MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE O CÂNCER DO COLO UTERINO	57
6	PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: PRÁTICAS DE CUIDADOS ENTRE MULHERES QUILOMBOLAS	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	101
	ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é um importante problema de saúde pública no mundo e ocupa a terceira posição entre as neoplasias mais comuns. Sua incidência em países menos desenvolvidos é cerca de duas vezes maior em relação aos países mais desenvolvidos. No Brasil, é o terceiro tumor maligno mais incidente entre as mulheres e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Por ano, são estimados 17.540 novos casos, correspondendo a uma taxa de 17 casos por 100 mil mulheres e 4.800 mortes (BRASIL, 2011a).

A etiopatogenia do CCU é conhecida e os meios de prevenção são relativamente simples e de baixo custo, no entanto, sua incidência continua alta, sugerindo que a utilização/acesso de serviços de saúde e outros fatores de ordem sociocultural estejam envolvidos no fenômeno.

As desigualdades raciais/de cor na utilização de serviços preventivos foram apontadas por estudo realizado na Bahia. De modo geral, esse estudo indica que as mulheres negras estão em desvantagem quando comparadas às brancas, na pior qualificação do acesso a tais exames (GÓES; NASCIMENTO 2013).

A residência em área rural restringe o acesso aos cuidados de saúde. Além disso, não estão disponíveis e nem são dirigidas ou aplicadas à realidade rural avaliações de qualidade e efetividade do cuidado prestado (TARGA *et al.*, 2013).

Por outro lado, estudos têm demonstrado que algumas características culturais ou comportamentais ligadas à vida no campo como a ingestão de frutas e verduras, inspiração de um ar mais puro, tranquilidade em desempenhar as ações do dia-a-dia, além da monoparceria tem efeito protetor para o câncer. O câncer é uma doença do “mundo industrializado”, sendo bem menos frequente no século passado, visto que certos fatores como a qualidade dos alimentos, a poluição do ar e o estresse psicológico estão diretamente relacionados com o estresse oxidativo, que contribui para o desenvolvimento de doenças como o câncer (PRADO, 2014; SILVA; JASIULIONIS, 2014).

O câncer do colo uterino está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano). Vale destacar que características reprodutivas, comportamento sexual e certos hábitos parecem influenciar na regressão ou persistência da infecção por esse vírus. Desse modo, o tabagismo, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero (RAFAEL; MOURA, 2012).

Nesse sentido, é preciso atentar para a diversidade sociocultural que caracteriza a situação das mulheres no Brasil, notadamente daquelas residentes em áreas rurais e/ou pertencentes a grupos étnicorraciais invisibilizados socialmente, tendo em vista a efetividade do cuidado a essas populações com adoção de abordagens que levem em conta suas histórias, vivências e valores (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Dentre esses grupos, destacam-se as comunidades quilombolas, definidas “segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (SOUZA; LARA, 2011, p. 564).

Uma das características das comunidades quilombolas é o esforço para manter ou resgatar saberes e expressões culturais de matriz africana herdadas de ancestrais. E é no cuidado dispensado às pessoas nos processos que envolvem a saúde ou a cura de doenças onde a cultura muitas vezes é preservada, ou transformada na interface com os saberes pautados no modelo biomédico.

A participação das mulheres no processo de preservação da cultura é intensa. Algumas práticas de saúde são utilizadas em muitas comunidades tradicionais, como rezas, benzeduras e chás para cura de doenças. O uso de plantas medicinais foi reportado por índias do sertão de Pernambuco com a finalidade de promover a cicatrização e curar infecção do útero no pós-parto (SILVA, 2014).

Comunidades quilombolas mantêm conhecimentos e costumes sobre a utilização de recursos vegetais; na comunidade de Casinhas, município de Jeremoabo, caatinga da Bahia, por exemplo, o chá, banho e maceração da aroeira (*Schinus terebinthifolium Raddi*), bem como o banho da imburana-branca (indeterminada) são utilizados para a inflamação do útero (GOMES; BANDEIRA, 2012). Esse mesmo estudo evidencia que a comunidade estudada mostrou conhecimento e dependência de recursos vegetais para a prática da medicina tradicional, seja por questões culturais, econômicas ou por dificuldades de acesso à medicina convencional, onde as mulheres demonstram um maior conhecimento acerca da utilização das plantas medicinais quando comparadas aos homens.

Em algumas comunidades quilombolas da Bahia, como Araçá Cariacá, localizada na região do Médio São Francisco, a atenção à saúde é precária, restringindo-se às visitas de Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS). Os serviços de saúde estão localizados a aproximadamente 20 km do município, visto que a comunidade se encontra em área rural e aqueles que não têm transporte próprio, dependem dos chamados carros de linha (carros particulares ou do município que transportam pessoas). Além disso, não foram identificados

estudos sobre saúde nem relacionados à prevenção do câncer do colo do útero nessa comunidade. Informações como estas foram coletadas em visita inicial ao quilombo e conversa com a ACS, que também informou quanto à ausência de casos de câncer do colo uterino na comunidade.

Além disso, poucos são os estudos sobre a saúde desenvolvidos nas comunidades quilombolas, que se encontram em maior número no Nordeste, mais especificamente na Bahia (GOMES; BANDEIRA, 2012). Em busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o termo “mulheres quilombolas”, apenas dois estudos foram encontrados relacionado com a temática: “Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas” e “As relações de gênero e raça na saúde: um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade Quilombola”.

Assim, surge a seguinte indagação: como se dá o cuidado preventivo da mulher quilombola para o câncer do colo uterino?

Tendo como objeto o cuidado preventivo de mulheres quilombolas para o câncer do colo uterino, são objetivos desta pesquisa:

- Conhecer aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas.
- Descrever o conhecimento de mulheres quilombolas sobre o corpo e o câncer cervicouterino, identificando valores culturais relacionados.
- Discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero utilizadas por mulheres quilombolas.

O interesse pela temática surgiu desde a graduação em Enfermagem, realizada na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Campus XII (Guanambi-BA), durante atividades práticas desenvolvidas em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) – em área periférica do município. Identificou-se à época baixa adesão ao exame Papanicolaou e pouco conhecimento das usuárias sobre a importância da prevenção do CCU. Com o desenvolvimento de pesquisa como bolsista de Iniciação Científica identificou-se ainda a vulnerabilidade de profissionais do sexo ao câncer do colo do útero (BOA SORTE; RODRIGUES; SOUZA, 2013).

Somam-se às observações na prática e à atividade de pesquisa, a experiência de monitoria na disciplina de Sociologia e no Projeto de Extensão Inter-Agir, coordenado pela professora socióloga Sandra Célia. Essa experiência despertou-me para atenção à saúde de grupos marginalizados socialmente.

O ingresso no curso de mestrado em Enfermagem da UFBA favoreceu a discussão durante as aulas sobre questões referentes ao modelo biomédico, que não contempla o ser humano de maneira holística, bem como sobre gênero, raça e racismo em disciplinas e no Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia, concretizando a intenção de investigar sobre a prevenção para o câncer de colo uterino entre mulheres quilombolas.

Essa investigação é relevante, pois, apesar dos avanços, muito ainda há que se fazer para efetivação da melhoria dos serviços de atenção à mulher, em especial as que se encontram em maior situação de vulnerabilidade, como as quilombolas. Além disso, não se conhece a realidade local de saúde, nem o cuidado preventivo para o CCU.

Os danos causados para a vida de mulheres acometidas pelo CCU são irreparáveis e os gastos do Estado para o tratamento dessas mulheres poderiam ser reduzidos demasiadamente através de medidas simples e baratas de prevenção e rastreamento para esse câncer.

Por outro lado, consideramos importante destacar que a utilização de exames preventivos do colo do útero extrapolam as questões de acesso, influenciando no bem estar e na qualidade de vida das mulheres, revelados na avaliação subjetiva da própria saúde. Essa questão é apontada por Domingues (2013), ao identificar associação entre a autoavaliação do estado de saúde e a raça/cor positiva e estatisticamente significativa, onde as mulheres negras referiram saúde negativa em 19% quando comparadas às mulheres brancas, após ajuste por idade e escolaridade.

Destaca-se também a contribuição do presente estudo para as comunidades quilombolas, já que seus resultados poderão subsidiar a elaboração de políticas públicas mais equânimes.

Finalmente, consideramos que os resultados do estudo poderão contribuir para a emergência de um novo conhecimento, pautado nas experiências de um grupo invisibilizado socialmente, contrapondo-se ao conhecimento hegemônico branco, masculino e abastado.

Esta dissertação está estruturada em 7 capítulos. Os capítulos 4, 5 e 6 referem-se aos resultados do estudo e são apresentados na forma de artigos, preparados a partir das normas de submissão dos periódicos escolhidos.

O primeiro manuscrito é intitulado “Modos de vida e saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas rurais”, contempla o primeiro objetivo do estudo e foi formatado para atender aos critérios de submissão de manuscritos dos Cadernos de Saúde Pública.

O segundo manuscrito tem como título “Conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino”, contempla o segundo objetivo do estudo e seguiu as normas da Revista Baiana de Enfermagem.

E o terceiro manuscrito, “Prevenção do câncer do colo uterino: práticas de cuidados entre mulheres quilombolas”, que corresponde ao terceiro objetivo desse estudo, foi preparado segundo as normas de submissão adotadas pela Revista Saúde e Sociedade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E QUILOMBOLAS

O acesso universal e equânime aos serviços de saúde depende de diversos fatores que se relacionam, tais como o racismo, o sexismo, as condições socioeconômicas e culturais. Assim, as mulheres negras, sobretudo as com baixa condição socioeconômica são as que apresentam menor acesso aos serviços de saúde e os piores indicadores de saúde (GÓES, 2011).

Condições de escravização, colonização, patriarcado e exclusão determinaram a realidade na qual se encontram as mulheres negras no Brasil, em relação à sua saúde e aos determinantes para o adoecimento (CRUZ, 2004).

As desigualdades raciais e de gênero são barreiras determinantes no processo de saúde e de doença das mulheres, especialmente das negras. Essas barreiras, geralmente ocasionadas pelo racismo institucionalizado, privam as mulheres negras aos serviços de saúde, o que dificulta o acesso e traz prejuízos à saúde (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007; GÓES, 2011).

O cenário da desigualdade racial e social é revelado por dados como o risco de morte por aborto, que no Brasil é quase três vezes maior para as mulheres negras do que para as mulheres brancas e é 4,5 vezes maior nas mulheres com menos de quatro anos de estudo, quando comparados com aquelas com mais de oito anos de estudo (SIMONETTI; SOUZA; ARAUJO; 2008).

Um estudo realizado em Recife mostrou que o risco de morte para as mulheres negras é quatro vezes maior que para as mulheres brancas (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007). As mulheres negras tem maior prevalência de miomatoses, hipertensão arterial, anemia falciforme e diabetes, além disso, a maioria das doenças que matam as mulheres negras está diretamente ligada à falta de acesso (LOPES, 2004).

As mulheres negras têm maior risco de morrer por determinadas doenças do que as mulheres brancas, como é o caso do CCU, que é duas vezes mais frequente nas negras (BRASIL, 2006).

A análise de dados desagregados por raça/cor da pele demonstra que parcelas das mulheres, representadas pelas negras, exibem os piores indicadores de utilização dos serviços preventivos, apontando para a reprodução das relações desiguais de raça/cor da pele em nossa sociedade.

De fato, estudo realizado por Domingues (2013) mostra que no Brasil 68,2% das mulheres realizaram preventivo do CCU nos últimos 2 anos anteriores à coleta de dados; entretanto, 18,1% das mulheres negras não realizaram o Papanicolaou até 2 anos antes da entrevista, enquanto que para as brancas esse número foi de 15,5%.

A análise do acesso aos serviços preventivos de saúde na Bahia, realizada pelo estudo de Goés (2011), indica que 15,4% das mulheres brancas consideram esse acesso como bom, 11,8% como regular e 72,8% como ruim, enquanto que para as negras o acesso é bom para 7,9%, regular para 13,6% e ruim para 78,6%.

As comunidades quilombolas se encontram mais comumente em meio rural e afastadas dos serviços de saúde, mantendo uma distância geográfica, cultural e dos modelos de estratégias de atenção (IANNI *et al.*, 2007). Diante desse cenário, inclui-se a dificuldade de acesso das mulheres de comunidades quilombolas às ações preventivas, como a prevenção para o CCU, visto que, de maneira geral, as mulheres negras, apesar de lhe ser garantido o direito à saúde, ainda são vulneráveis a diversas patologias, dentre elas o câncer do colo uterino.

Em relação à prevenção de problemas relacionados ao útero, estudo realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista verificou prevalência de 27% de não realização do Papanicolaou e dentre os fatores associados à não realização destaca-se a faixa etária de 18-29 anos e 50-59 anos, não ter nenhum nível de instrução, não ter companheiro, nunca ter feito o exame clínico das mamas, ou tê-lo executado há um tempo maior ou igual a 3 anos e ter buscado atendimento relacionado à saúde em diferentes unidades (BEZERRA *et al.*, 2013).

Esses fatores, provavelmente, são explicados pelo fato de que mulheres mais jovens e aquelas com idade superior a 50 anos, normalmente, acham desnecessária a realização deste exame; há maior cobrança entre os casais em relação à busca de práticas preventivas e curativas de saúde e as mulheres que possuem companheiro procuram mais os serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame Papanicolaou (BEZERRA *et al.*, 2013).

O baixo nível de escolaridade entre as mulheres quilombolas é um importante fator de vulnerabilidade; os baixos níveis socioeconômicos têm sido associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero, e as populações mais vulneráveis sempre têm sido as que apresentam maiores barreiras para o acesso à detecção e ao tratamento precoce e para a integralidade dos serviços de saúde disponíveis para a população quilombola (BEZERRA *et al.*, 2013).

Relatos de moradores mostra que as comunidades quilombolas passam por problemas de saneamento básico, alimentação, moradia, educação e saúde, isso pela história traçada ao longo dos anos, em que foram sempre inferiorizados, oprimidos pela cor, pela naturalização da violência contra a pessoa negra e pela ideologia do branqueamento (SOUZA; LARA, 2011).

Assim, o direito à saúde não é exercido de forma igualitária devido às desigualdades relacionadas ao sexismo e racismo. Uma prova disso são os indicadores de mortalidade materna, infantil e de expectativa de vida, que demonstram a desigualdade embutida na dificuldade de acesso aos serviços de saúde de negras e negros em relação às brancas e brancos (MATTAR, 2008).

Dados obtidos sobre racismo, violência e as implicações destes para saúde da mulher confirmam a grande vulnerabilidade a qual estão submetidas as quilombolas pelo desconhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a falta de práticas preventivas para essas doenças, as péssimas condições de vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Assim, há a necessidade de intervenções na saúde e educação no que se refere à violência contra mulher, em especial à negra, visto a vulnerabilidade a qual estas estão expostas pelas desigualdades (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Questões ligadas à reprodução das relações desiguais de gênero também desempenham um papel importante. O uso do preservativo nas relações heterossexuais é geralmente decidido pelos homens, o que leva muitas mulheres a uma maior vulnerabilidade para contrair ISTs.

Apesar das relações de gênero possuírem uma dinâmica própria, encontram-se articuladas com outras, como as de dominação social, racial ou de classe e a violência de gênero e racial, afetando os direitos humanos e trazendo graves prejuízos à equidade em saúde, o que torna a união de diversos setores sociais e governamentais imprescindível ao seu enfrentamento (SANTOS; GUIMARÃES; ARAUJO, 2007).

Assim, o entendimento das condições de vida, as representações e as necessidades de saúde das usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como a compreensão socioambiental em que estão inseridas são de extrema importância para que se compreenda os fatores envolvidos no acesso aos serviços de saúde e para efetivação de um cuidado que seja congruente com a realidade de cada mulher.

2.2 RACISMO, SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

2.2.1 Racismo e desigualdades em saúde

Do começo do século XVI até meados do século XIX, o termo raça entrou na língua inglesa e foi usado para designar características comuns à uma mesma ascendência; a partir daí outros sentidos foram dados e os componentes fenotípicos ganharam destaque (LOPES, 2004).

Assim, por se basear nas características aparentes das pessoas, o termo raça pode estar enquadrado como uma categoria analítica da Antropologia. Para as Ciências Biológicas, entretanto, o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) é o material hereditário e não tem como definir quem é geneticamente negro ou branco, visto que o que herdamos são genes e não caracteres (OLIVEIRA, 2004).

Já o movimento negro utiliza esse termo como paradigma da luta contra a opressão do racismo, apresentado como

Um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e/ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões “desviantes” que justificam o tratamento desigual. O racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos. Uma vez programadas as pessoas reproduzem atitudes racistas, consciente ou inconscientemente, atitudes estas que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião (LOPES, 2004, p. 12).

No Brasil, o racismo surge associado à escravidão e se consolida com a abolição, quando se concretiza a ideia da inferioridade biológica das pessoas negras e, assim, o preconceito e as desigualdades raciais não só continuaram, como se fortaleceram. Desse modo, juntos o racismo, a discriminação e o preconceito operam na naturalização da pobreza e essa, por sua vez, na naturalização do racismo, trazendo influências importantes para a situação da população negra brasileira (JACCOUD; OSÓRIO; SOARES, 2008).

Como solução harmoniosa para a questão racial, no final do século XIX, o ideal de branqueamento foi apresentado com a finalidade da desaparecimento gradual da população negra e consequente absorção dos brancos a partir da imigração europeia, já que o projeto de um país moderno dependia de uma nação progressivamente mais branca, de modo que no passado e ainda hoje sejam mais aceitos os que se aproximam da brancura (LOPES, 2004; JACCOUD; OSÓRIO; SOARES, 2008).

O desafio para a população negra é reconstruir sua história marcada desde o sofrimento nos navios negreiros, das revoltas nas senzalas, da fuga para os quilombos, dos movimentos antirracistas, da reação à repressão cultural e religiosa até as inúmeras práticas racistas observadas atualmente (ZAMORA, 2012).

Mesmo com o princípio da igualdade e não discriminação promulgado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi fortemente reafirmado na Conferência mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias, realizada em Durban, em 2001 (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010), o que se observa são cenas cada vez mais explícitas de ofensas por conta da cor da pele, o que vai refletir na assistência à saúde.

O racismo institucional atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições, o que provoca uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (LÓPEZ, 2012). Essa autora aponta que a implementação de políticas públicas e a motivação para reflexões acadêmicas de como operam esses mecanismos poderão desconstruir esse conceito (LÓPEZ, 2012).

As mulheres estudadas na pesquisa de Domingues *et al* (2013) relataram que a partir de suas próprias experiências e de outras mulheres percebem discriminação no atendimento e associam a baixa qualidade do cuidado com a discriminação social; denunciam que profissionais dispensam maior tempo na realização do cuidado às mulheres brancas quando comparadas às negras.

Na área da saúde, o racismo pode ser analisado a partir de dispositivo de biopoder, visto que a vida da população é gerenciada sob um olhar racial, ao se eleger quem é ou não assistido, a vida ou morte de determinada parcela da população (LÓPEZ, 2012).

Há uma dificuldade em admitir que haja discriminação racial entre pessoas brancas e negras no Brasil, assim as diferenças raciais na saúde são também desconhecidas, o que leva a interpretarem a inclusão do item raça/cor nas informações de saúde como algo desnecessário e até como uma atitude racista, o que ficou constatado no constrangimento das mulheres entrevistadas no estudo de Sacramento e Nascimento (2011) ao serem questionadas sobre o quesito raça/cor.

Com isso, apesar dos esforços do movimento negro desde a década de 1990 para a obrigatoriedade do quesito raça/cor como item de formulários de identificação pessoal nos serviços de saúde, ainda hoje, quando há o campo para marcação deste quesito raramente a pessoa responsável o preenche, dificultando os estudos epidemiológicos relacionados à

população negra, o que leva à escassez de dados sobre o estado de saúde da população negra, sobretudo, das mulheres.

Os dados nacionais, geralmente, estão diretamente relacionados com as classes sociais, o que leva a crer que mulheres negras sejam mais vulneráveis, pois grande parcela se encontra nas faixas de menor renda. O diagnóstico epidemiológico de saúde da população negra é de fundamental importância para o planejamento da saúde coletiva, o que implica a necessidade de melhorar os dados existentes.

O relatório *Retrato das desigualdades: gênero e raça* mostra que quase 8% dos homens e 10,6% dos brancos se encontravam desempregados em 2003, no caso de mulheres e negros, respectivamente, esses valores passam para 12,4% e 12,6% (PINHEIRO, 2008).

Em relação às mulheres negras, observa-se menor escolaridade e elevada taxa de desemprego, pois têm, em média, 7,4 anos de estudo contra 9,3 apresentados pelas mulheres brancas, que tem uma taxa de desemprego de 9,2%, enquanto que, para as mulheres negras, esta é de 12,2% (PINHEIRO, 2008).

Os dados epidemiológicos revelam a diminuição da qualidade e expectativa de vida da população negra, que, em geral, apresenta nível mais baixo de instrução, reside em locais com menos serviços de infraestrutura, com menor acesso ao SUS e quando o tem é de menor qualidade. Assim, em diferentes dimensões, essa parcela da população vivencia situações de discriminação, marginalização e/ou exclusão, o que a torna mais vulnerável aos agravos de saúde, adoecendo por enfermidades de fácil prevenção e falecendo por mortes evitáveis (ZAMORA, 2012).

Ao longo do processo político, as mulheres negras entenderam que as desigualdades são construídas historicamente, através de relações de gênero e raça e tendo a classe social como mediadora, o que acarreta em concretas exclusões pelo processo discriminatório do racismo e do sexismo (RIBEIRO, 2008).

Além da discriminação de gênero, as mulheres negras são vítimas de discriminação racial, o que as impede de se inserirem na sociedade e repercute na sua situação de saúde; devido às desigualdades decorrentes do racismo e sexismo, são identificadas diferenças no acesso aos serviços de saúde e na maneira de adoecer dessas mulheres.

Em estudo com adolescentes negras do Rio de Janeiro, constatou-se que estas sofrem discriminação racial no seu cotidiano, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e induz a um atendimento de baixa qualidade. Assim, a discriminação racial vivida por estas adolescentes influencia o desenvolvimento da autoestima e contribui para a construção de

uma identidade negativa que, aliada à pobreza, se configura num contexto de vulnerabilidade às IST/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (TAQUETTE, MEIRELLES, 2013).

O racismo vivenciado por quilombolas parece ser diferenciado, pois além da cor da pele, agrega-se a baixa condição socioeconômica, a localidade de moradia, em sua maioria na zona rural, e o fato de viverem em um quilombo, entendido, muitas vezes como local de fugitivos, ocasionando maiores dificuldades de acesso, prevenção e promoção da saúde.

Estudo realizado com mulheres quilombolas aponta para o racismo sofrido cotidianamente identificado com palavras que denotam sofrimento; além disso, o racismo institucional também foi identificado por meio do depoimento das mulheres em relação ao tratamento diferenciado, repleto de preconceito, que é dado às mulheres negras por pessoas profissionais de saúde (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Assim, no tocante à saúde da mulher, o racismo deve ser considerado a fim de possibilitar a efetivação das políticas públicas e foi o movimento de mulheres negras que trouxe tal reflexão, tão pertinente e propulsora de mudanças. Para isso, entretanto, a educação permanente para profissionais de saúde é essencial e a união entre governantes, movimentos sociais, sociedade acadêmica e civil imprescindível para desconstrução do racismo e assistência à saúde sem desigualdades.

2.2.2 Comunidades Quilombolas no Brasil

A palavra “quilombo”, que em sua etimologia bantu quer dizer acampamento guerreiro na floresta, foi popularizada no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos, para se referir às unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no País. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos. O fato mais emblemático é o do Quilombo dos Palmares, movimento rebelde que se opôs à administração colonial por quase dois séculos (LEITE, 2008, p.965).

A população negra traficada da África para ser utilizada como mão de obra escrava por anos no Brasil sofreu repressão para lutar contra a opressão sofrida e reencontrar sua identidade perdida, ao se refugiar na mata e formar os quilombos.

Mesmo com a abolição da escravatura, a população negra que passou por séculos de repressão continuava a não exercer sua cidadania, sem condições mínimas de subsistência, de trabalho, de moradia, de saúde e educação. As pessoas ex-escravas não possuíam um estatuto social condizente com a condição de livres, sendo assim consideradas inferiores e excluídas, o

que reforçava ainda mais a dependência diante dos brancos (OLIVEIRA, 2013). Assim, mesmo após a abolição muitos quilombos foram formados, pois representavam a única forma de se viver em liberdade.

Os africanos também são responsáveis pela nossa formação social e cultural, mesmo assim a sociedade atual ainda vê as comunidades quilombolas como algo do passado. Os conhecimentos sobre comunidades negras no Brasil ainda são escassos, entretanto, muitas dessas comunidades ainda preservam tradições de seus antepassados, como práticas religiosas, agrícolas, de cuidados à saúde física e espiritual, culinária, artesanato, dentre outras (GOMES; BANDEIRA, 2012).

As comunidades quilombolas se constituíram por uma diversidade de processos tanto no período escravocrata quanto após a abolição, enfrentando desigualdades que se arrastam até os dias atuais. Assim, a Sociedade Brasileira de Antropologia define as comunidades quilombolas como grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar (BRASIL, 2012c).

A organização dos quilombos se deu desde o início do período escravista em todas as regiões em que se instaurava a escravidão, o primeiro deles é datado de 1522, na ilha de Hispaniola, e diversos nomes foram dados aos quilombos a depender da região onde se estabelecia: *quilombos*, *mocambeiros* ou *mocambos* no Brasil; *palenques* na Colômbia e em Cuba; *cumbes* na Venezuela; *maroons* no Haiti, Jamaica e nas demais ilhas do Caribe francês (BRASIL, 2012c).

As comunidades quilombolas começam a ganhar destaque no cenário social e político com as lutas dos movimentos sociais, de militantes negros, estudiosos e políticos progressistas, a partir da década de 1980, resultando no reconhecimento da propriedade das terras aos remanescentes das comunidades de quilombos que as ocupam, na Constituição Federal de 1988 (MACÊDO, 2008).

As comunidades quilombolas se caracterizam pelo uso comum de suas terras, sendo este um espaço coletivo, ocupado e explorado por meio de regras consensuais aos diversos grupos familiares que compõem as comunidades, através de relações de solidariedade e ajuda mútua. (BRASIL, 2012c).

Segundo Souza e Lara (2011), o Decreto nº 4.887/2003 acelerou o reconhecimento das comunidades quilombolas imposto pela Constituição, trazendo a auto-atribuição como o único critério para identificação dessas comunidades.

A partir desse Decreto, o Ministério do Desenvolvimento Agrário, através do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária), tem a incumbência de identificar,

reconhecer, delimitar, demarcar e emitir a titulação das terras de remanescentes de quilombos. A Fundação Cultural Palmares tem o dever de inscrever os quilombos no Cadastro Nacional e emitir a certidão a fim de definir as comunidades e suas áreas (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Existem mais de três mil comunidades remanescentes de quilombos, no entanto apenas 2474 foram certificadas até fevereiro de 2015, destas, 638 estão na Bahia, sendo 11 em Bom Jesus da Lapa, dentre essas a comunidade de Araçá Cariacá.¹

Após o Decreto, inúmeras outras ações governamentais foram instauradas, como o Programa Brasil Quilombola, em 2005, que consolida os marcos da política de Estado para áreas quilombolas, constituindo a Agenda Social Quilombola, um conjunto de ações voltadas às comunidades em várias áreas: acesso à terra, saúde, educação, saneamento básico, eletrificação, dentre outras.

Para o Ministério da Saúde (MS), a política de inclusão das comunidades quilombolas se dá efetivamente a partir da Portaria nº 1.434 de 14/07/2004, ao incentivar a ampliação das Estratégias de Saúde da Família em áreas quilombolas (FREITAS *et al.*, 2011a).

Em 2007 foi instituída a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável para povos e Comunidade Tradicionais, que em seu art. 2º traz seu principal objetivo:

[...] promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra, objetivando a promoção da equidade para essa parcela da sociedade, em suas linhas de ação prioritária, busca: a) reforçar a utilização do incentivo financeiro para fixação de profissionais em áreas de difícil acesso, incluindo aquelas em que estão localizadas as comunidades quilombolas; b) realizar inquérito nacional sobre as condições gerais de vida e de saúde da população quilombola; c) garantir a cobertura da Estratégia de Saúde da Família nas comunidades quilombolas de áreas rurais e urbanas; e d) fortalecer as ações de segurança alimentar e nutricional dirigidas à população negra, priorizando a população quilombola (MATTAR, 2008).

1 FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>> Acesso em: 17 mai. 2015.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, resultante de trabalho coordenado pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, tem como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, objetivando sempre a promoção da equidade em saúde” e menciona “metas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas” (MATTAR, 2008, p.21-23).

A cultura quilombola contribuiu para formação da cultura afrobrasileira e com muita luta esse povo vem buscando preservar suas tradições; entretanto, ainda são alvo de discriminação e vivem em áreas geográficas com os mais baixos índices de desenvolvimento humano no país (BRASIL, 2012c).

São precárias as condições de vida encontradas em estudo com a população quilombola de Caiana dos Crioulos, pois o acesso aos serviços de saúde é insatisfatório, as condições ambientais e sanitárias são deficientes, o sistema de ensino atende apenas até a oitava série (SILVA, 2007).

Em estudo realizado nas comunidades quilombolas de Santarém no Pará foi constatada elevada taxa de mortalidade infantil (38,6 óbitos por mil nascidos vivos) (GUERRERO *et al.*, 2007). Em comunidade quilombola do município de Senhor do Bonfim (BA), altas taxas de enteroparasitos e comensais são influenciadas por más condições de higiene pessoal e dos domicílios (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010). Do mesmo modo, uma grave situação de insegurança alimentar e um precário acesso às políticas públicas foi constatada em comunidade quilombolas da Bahia (CARVALHO; SILVA, 2010).

O pouco conhecimento de populações quilombolas brasileiras acerca do modo de contaminação e transmissão de IST/AIDS foi identificado e uma série de mitos relacionados à doença, como transmissão por picada de insetos ou por banhos em rios com pessoas contaminadas, ainda é predominante no imaginário (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Assim, a implementação de ações que possibilitem o desenvolvimento da economia solidária, promoção da saúde e educação com valorização da cultura devem ser prioritárias, principalmente dos grupos mais vulneráveis.

A vulnerabilidade social dos quilombos e em particular as condições de saúde elevam as taxas de morbimortalidade tanto para doenças infectocontagiosas quanto crônico-degenerativas. A doença falciforme e a hipertensão arterial têm sido apontadas com frequência (FREITAS *et al.*, 2011a). Estudo realizado em comunidade quilombolas de Vitória da Conquista identificou uma prevalência de 45,4% para hipertensão arterial (BEZERRA *et al.*, 2013).

Surtos de diarreia e doenças dermatológicas vêm afetando inúmeras comunidades quilombolas, pela falta de condições sanitárias ideais e de água tratada, além de enfermidades decorrentes dos altos índices de hábitos nocivos à saúde como alcoolismo e tabagismo (FREITAS *et al.*, 2011a).

Muitos problemas ainda são enfrentados pelas comunidades quilombolas apesar dos avanços alcançados, dentre eles inclui-se as lutas pelas terras, falta de infraestrutura e investimentos por parte do Estado, deficiência de ensino e serviços de saúde, isolamento físico e social. Além disso, os preconceitos e a falta de informação tem levado à uma distorção acerca do conhecimento de saúde e do alcance de políticas públicas para prevenção e promoção de saúde (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Apesar dos esforços e das conquistas dos movimentos negros, das comunidades remanescentes de quilombo e de governantes, muito ainda precisa ser feito, pois a real situação dessas comunidades só será modificada com políticas públicas de inclusão social, a fim de combater o preconceito e possibilitar o acesso ao pleno direito de cidadania, com educação de qualidade, saúde, acesso à informação, sobretudo para populações vulneráveis (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Vale destacar o importante papel para assistência dessas comunidades da ESF e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cabendo incentivos à capacitação e valorização dessas equipes.

Assim, pensar nos quilombos na atualidade é pensar em um povo cuja identidade se constrói em um processo dinâmico, através da história, cultura e relações de poder; assim, ignorar as peculiaridades dessas pessoas traz grandes prejuízos à construção dessa identidade (SANTOS; DOULA, 2008).

Diante disso, o desenvolvimento de estudos que aprofundem o conhecimento sobre as formas com que se organizam essas comunidades, bem como as características específicas das mesmas, a partir da identificação de seus valores, crenças, hábitos de vida e anseios, torna-se essencial, a fim de prestar cuidados coerentes com a realidade dessa parcela da população.

2.3 A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DAS MULHERES

Até meados da década de 1950, a mulher era vista basicamente como mãe e a ela cabia os cuidados da casa. Na década de 1960 o Estado passa a atentar para a saúde da mulher em idade fértil, visto o interesse de diversos países pelo controle da natalidade, o que negava a atenção às reais necessidades das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Essas autoras apontam que foi nesse período que as feministas, insatisfeitas com as desigualdades de gênero e o enfoque reducionista dado às mulheres, propõem a igualdade social e instituem um novo conceito de saúde da mulher, rompendo o paradigma centrado na reprodução e trazendo a saúde sexual e reprodutiva como direito.

A partir dessa luta foi lançado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a proposta de um cuidado mais integral que fosse além do ciclo gravídico-puerperal e a prevenção do CCU e de mama é destacada como uma de suas bases programáticas (BRASIL, 2012b).

Era com dificuldades que o PAISM adotava medidas de acesso da população à contracepção e buscava integralizar a assistência, através de medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação, no que concerne ao pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero (FREITAS *et al.*, 2009).

Nessa concepção, a mulher era vista como um ser completo, muito além de suas características biológicas, dotada de angústias, sentimentos e inserida em um contexto social e econômico. Um dos grandes saltos nessa conquista foi a inclusão da contracepção na política pública, onde a mulher tornava-se sujeito ativo no cuidado da sua saúde, compreendida em sua totalidade (HILLESHEIM *et al.*, 2009).

Em 1988, o MS instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCU), que dentre as ações de controle propostas incluiu a promoção da saúde, por meio da informação e do acesso aos serviços de saúde, bem como ações que elevem o nível de escolaridade e renda da população e qualifiquem o SUS; a prevenção primária, através da diminuição do risco de contágio do HPV, sexualmente transmissível, pelo uso do preservativo, o controle do tabagismo e a adesão às vacinas aprovadas e comercializadas no Brasil que protegem contra os subtipos 16 e 18 do HPV e a detecção precoce, pelo rastreamento e diagnóstico precoce através do exame citopatológico (Papanicolaou) (BRASIL, 2012b).

Diante dos altos índices de morbimortalidade por CCU, o governo, por meio do MS e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou em 1997 o Programa “Viva Mulher”, com a finalidade de oferecer o Papanicolaou e tratamento/acompanhamento das lesões identificadas (RODRIGUES *et al.*, 2012). Esse é um exame simples, criado em 1940 por George Papanicolaou, e desde então vem reduzindo sensivelmente as mortes por essa neoplasia (MATTAR, 2008).

Em 2004, a fim de adotar medidas congruentes com a realidade das mulheres brasileiras, reduzindo as taxas de morbimortalidade por causas preveníveis, o governo elaborou os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), junto aos movimentos de mulheres, de mulheres negras, trabalhadoras rurais, sociedades científicas, estudiosas(os) da área, organizações não governamentais, gestão do SUS e agências de cooperação internacional. Iniciativa importante para o papel das pessoas como coautores de uma decisão relevante (FREITAS *et al.*, 2009).

O diagnóstico precoce e o rastreamento são estratégias mundialmente utilizadas para detecção precoce do câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico (Papanicolaou) é o método largamente utilizado no seu rastreamento (BRASIL, 2012b).

A proporção da população feminina brasileira de 25 a 64 anos que refere ter realizado o último exame preventivo do câncer do colo do útero em até três anos foi de 78,4% para o ano de 2008. Na Bahia esse percentual é de 78,3% (DATASUS, 2011).

Estudo de base populacional realizado com mulheres de Rio Branco (Acre) identificou que a frequência de realização do exame Papanicolaou nos últimos três anos foi de 85,3% para mulheres de 25 a 59 anos (BORGES *et al.*, 2012). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Dionizio (2011) com mulheres paulistas maiores de 20 anos, com 79,3% entre 20 e 39 anos que realizaram o exame nos últimos três anos e 87,4% das mulheres entre 40 e 59 anos.

Apesar destes percentuais, as taxas de mortalidade por CCU no Brasil ainda continuam altas, talvez por conta da não adesão ao exame preventivo, justificada por algumas mulheres pela ausência de queixas ginecológicas, medo do procedimento e da identificação do câncer, desconforto, dificuldade de acesso, desconhecimento da importância e da finalidade do exame (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Ainda há muitos mitos e preconceitos em relação à sexualidade. No convívio familiar, as mulheres, principalmente as de baixa renda, não têm acesso às informações referentes à sexualidade e prevenção do CCU; e as campanhas de educação em saúde têm papel importante nessa questão. Diante desse quadro, estudos tem trazido temas referentes à prevenção e detecção precoce do CCU sob a ótica das usuárias do SUS, com o intuito de sensibilizar as mulheres em relação ao conhecimento e práticas frente a uma detecção inicial da doença (SILVA; SILVA, 2012).

A educação em saúde é um instrumento primordial para as mudanças de comportamentos, ampliando o acesso à informação e a reflexão sobre práticas de autocuidado e sobre a importância do exame preventivo (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A enfermagem está intimamente ligada a esse processo de prevenção do CCU, visto que tanto a promoção de saúde quanto as medidas de prevenção e rastreamento desse câncer ficam a cargo principalmente dessa categoria nas ESF.

É essencial que as ações de prevenção considerem os valores, atitudes e crenças dos grupos sociais. Assim, as enfermeiras devem buscar conhecer os aspectos culturais da comunidade em que atua, para que se estabeleça uma relação de confiança com a população (CESTARI; ZAGO, 2012). Visto que a mulher, quando submetida ao exame, carrega consigo suas vivências, sentimentos, crenças, valores, angústias, conhecimentos e dúvidas (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 TEORIA DO CUIDADO CULTURAL

Dentre as abordagens da pesquisa qualitativa utilizadas no campo da saúde e na Enfermagem para obter dados relacionados à cultura de um grupo e ao modo como profissionais de saúde exercem sua autonomia no cotidiano do trabalho, destacam-se a etnografia e a etnoenfermagem proposta por Leininger (SILVEIRA *et al.*, 2009).

Em meados dos anos 50, Madeleine Leininger trabalhou em uma clínica especializada em saúde mental que atendia crianças de diversas origens. Foi durante esse período que ela percebeu a limitação dos estudos relacionados ao cuidado específico de cada cultura e que as enfermeiras e outros profissionais de saúde não reconheciam a importância da cultura para o cuidado, o tratamento medicamentoso e a cura (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Ao entender que não possuía substantivo conhecimento sobre culturas e cuidados em sua formação de enfermeira, e nenhuma preparação em antropologia cultural, Leininger buscou um programa de doutorado em Antropologia, em 1960, na Universidade de Washington e durante esse curso ela criou a Enfermagem Transcultural – uma disciplina de estudo e prática focada na comparação das diferenças e similaridades do cuidado entre culturas. A disciplina teve como objetivo sensibilizar estudantes e profissionais de enfermagem para prestação de cuidados de saúde significativos e terapêuticos baseados na cultura (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Para tanto, alguns conceitos foram estudados e definidos, tais como:

- Cuidado: experiências de assistência e suporte necessário a fim de melhorar uma condição humana;
- Cultura: valores, crenças, normas e modos de vida apreendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, decisões e ações, de modo padronizado e frequente entre gerações;
- Cuidado genérico: conhecimentos e práticas de cuidado local, tradicional e popular, transmitidos e aprendidos para assistir, dar suporte aos que necessitam de saúde a fim de melhorar o bem estar, ajudar com a morte ou em outras condições humanas;
- Cuidado profissional: conhecimentos e práticas de cuidado aprendidos formalmente através de instituições de ensino;
- Diversidade do cuidado: diferenças nos valores, modos de vida ou símbolos de cuidar nas coletividades;

- Universalidade do cuidado: valores, modos de vida ou símbolos de cuidar que se manifestam em muitas culturas;
- Cuidado culturalmente congruente: ações realizadas à medida para servir os valores de pessoas de uma cultura específica, a fim de prestar serviços de cuidados de saúde significativos e benéficos (LEININGER; McFARLAND, 2006; WELCH, 2004).

Tomando como base a Antropologia, Leininger continuou seu estudo sobre culturas a fim de criar uma teoria de enfermagem, em 1991, a Teoria do Cuidado Cultural foi publicada (LEININGER; McFARLAND, 2006). São objetivos desta teoria: saber, explicar e documentar, através dos dados, o que é diferente e o que é universal acerca do cuidado genérico e profissional das culturas estudadas e assim, fornecer um cuidado culturalmente coerente ao modo de vida da pessoa (WELCH, 2004).

Nesta perspectiva, duas construções são adotadas pela teoria: a *emic* (cuidado popular ou genérico) refere-se ao conhecimento culturalmente aprendido e transmitido, e a *etic* (cuidado profissional) refere-se ao conhecimento ensinado, aprendido e transmitido por profissionais de saúde através de instituições educacionais ou profissionais (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Leininger cria o Modelo Sunrise (Figura 1) com a finalidade de ajudar a enfermeira a identificar as influências das condições humanas que precisam ser consideradas para prover o cuidado holístico e satisfatório para as pessoas, grupos ou instituições. Leininger define o Modelo Sunrise como um facilitador usado como um importante guia durante o estudo para explorar influências múltiplas e abrangentes sobre os cuidados e cultura (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Os componentes essenciais desta teoria são descritos nesse modelo, que ilustra os seres humanos como inseparáveis dos seus antecedentes culturais e da estrutura social, da visão de mundo, da história e do contexto do ambiente.

No Modelo Sunrise são identificadas dimensões que quando devidamente analisadas proporcionam um cuidado congruente:

- Dimensões da estrutura cultural e social – fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, crenças e valores culturais, políticos e legais, econômicos e fatores educacionais.
- Ponto de convergência entre indivíduos, família, grupos, comunidades ou instituições em diversos contextos de saúde.

- Os sistemas de cuidado genérico e profissional em interação com as práticas de Enfermagem.
- As ações de cuidado transcultural a partir da preservação, acomodação e/ou repadronização do cuidado cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006).



Figura 1: Modelo Sunrise. Fonte: Leininger & McFarland (2006, p.25). Reproduzida sem autorização da editora. Tradução livre.

No Modelo Sunrise, os cuidados de Enfermagem estão em intersecção com o cuidado genérico (popular) e o cuidado profissional. A enfermeira é quem tem maior contato com quem é cuidado, assume o papel de educadora e facilitadora da interligação cliente e demais profissionais de saúde.

As ações do cuidado de enfermagem pautados no modo de vida são o resultado prático desse modelo:

- Preservação e/ou manutenção do cuidado cultural: ações profissionais que ajudam as pessoas de uma cultura a preservar valores relevantes do cuidar de modo a enfrentar dificuldades e manter o bem estar.

- Acomodação e/ou negociação do cuidado cultural: ações profissionais que ajudam as pessoas de uma cultura a negociar com prestadores de cuidados profissionais para um resultado de saúde benéfico.
- Repadronização e/ou reestruturação do cuidado cultural: ações profissionais que ajudam as pessoas de uma cultura a reordenar, mudar seus modos de vida para padrões de cuidados novos e benéficos, de maneira coestabelecida, instituindo melhores padrões de cuidado, práticas ou resultados (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A formação em Enfermagem, ainda pautada no modelo biomédico, não possibilita um conhecimento cultural aprimorado, visto a ênfase em desenvolver os princípios da técnica. Como afirma Vilelas; Janeiro (2012), na busca em prestar um cuidado integral, a enfermagem deve se atentar para diversidade cultural, a fim de manter uma competência cultural na sua prática diária, em um sistema de saúde complexo e em uma sociedade diversificada culturalmente.

Na Teoria do Cuidado Cultural o importante é a enfermeira descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado de cada cultura e como estes fatores influenciam no cuidado (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005). Assim, interações mais inclusivas na saúde, em que o conhecimento dos fatos que interessam a nossa saúde não se limite à instrumentalização das ciências biomédicas, mas inclua a reflexividade da racionalidade prática e substitua o sentido monológico dos discursos cognitivos por um aproveitamento dialógico de seus conteúdos entre profissionais, serviços, usuários e comunidade devem ser pensados e efetivados (AYRES, 2009).

Nessa perspectiva, acreditamos que o conhecimento dos valores culturais contribui para uma assistência baseada nos princípios da integralidade e equidade.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, baseada na etnoenfermagem.

A metodologia qualitativa descreve a complexidade do comportamento humano ao permitir uma análise profunda sobre hábitos, atitudes e tendências do comportamento

(LAKATOS; MARCONI, 2011). Quando exploratória, busca investigar fatos, processos e relações ainda pouco conhecidas (MINAYO, 2010).

O modelo qualitativo é flexível e elástico, busca uma compreensão do todo, exige intenso envolvimento do/a pesquisador/a e análise contínua dos dados. Quando os estudos qualitativos são descritivos “apresentam resumos abrangentes do fenômeno ou eventos em linguagem cotidiana” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 304).

O método utilizado foi o da etnoenfermagem, que é um método de pesquisa aberto e qualitativo em busca das ideias, perspectivas e conhecimentos sobre cuidado e cultura das(os) informantes (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A etnografia busca estudar os grupos numa perspectiva cultural e a etnoenfermagem é uma etnografia adaptada para o estudo dos fenômenos da Enfermagem, como cuidado, saúde, doença, bem-estar, a fim de prover um conhecimento que promova a qualidade do cuidado de Enfermagem. Ambos são métodos centrados nas pessoas, com a finalidade de conhecer suas experiências e modos de vida, além de adotarem técnicas semelhantes para coleta de dados, como observação e entrevista (MOITA; SILVA, 2013).

A etnoenfermagem é um método rigoroso, sistemático e abrangente desenvolvido por Leininger para o estudo de múltiplas culturas e fatores do cuidar dentro do ambiente familiar, com o foco na relação entre o cuidado e a cultura, para ajudar na percepção e compreensão das enfermeiras sobre o cuidado cultural das pessoas em diferentes e semelhantes contextos ambientais, a fim de alcançar um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; McFARLAND, 2006).

3.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na comunidade quilombola de Araçá Cariacá, pertencente ao município de Bom Jesus da Lapa, Bahia, que se encontra na região centro-oeste do Estado, na microrregião do Médio São Francisco.



Figura 2: Localização do município de Bom Jesus da Lapa (BA), onde se encontra o quilombo de Araçá Cariacá.

Fonte: <http://www.bahia.ws/guia-turismo-de-bom-jesus-da-lapa/>.

Em 2004, a comunidade de Araçá Cariacá foi certificada como quilombola. Está a uma distância aproximada de 20 quilômetros da zona urbana do município, ocupa uma área de 9.240 hectares com 112 casas construídas pelo INCRA, com 98 famílias. Atualmente, a economia da comunidade se baseia na agricultura de subsistência e na criação de animais, principalmente de pequeno porte.

Em visita ao local foi possível observar que na comunidade existe uma área com divisão dos lotes para cada família e uma área de mata nativa, além de uma escola, uma associação, duas igrejas protestantes, uma igreja católica, duas casas de farinha, um abatedouro em construção, a casa de Arte Quilombola, um galpão para armazenar alimentos e sementes das produções da lavoura e dois poços artesianos.

A comunidade não conta com saneamento básico. Possui energia elétrica, um telefone público, sinal para duas operadoras de celular. Em relação à assistência à saúde, nessa localidade ainda não foi implantada a ESF, as pessoas contam com o PACS e recorrem aos serviços de saúde de Bom Jesus da Lapa.

3.2.3 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012a). O projeto de pesquisa, primeiramente, foi apreciado pela Associação de Moradores da comunidade quilombola Araçá Cariacá, que ao concordar com sua realização emitiu a carta de anuência. Posteriormente, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e com os cumprimentos de todos os trâmites e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia sob o nº 684.165 deu-se início à pesquisa de campo.

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e a relevância da mesma, bem como sobre a livre escolha em participar, sem nenhum prejuízo se desistissem a qualquer momento. As mulheres foram orientadas sobre o procedimento a ser realizado para obtenção das informações mediante entrevista e observações, como também dos benefícios esperados e dos possíveis riscos.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) após receberem as orientações e consentirem com as mesmas.

Foi garantido o anonimato às participantes, com o uso da letra E seguido do número da entrevista para identificar cada participante. Além disso, foram orientadas em relação ao não benefício financeiro.

As entrevistas foram realizadas em locais reservados, de escolha da entrevistada, a fim de possibilitar um ambiente mais acolhedor e propiciar uma interação maior entre entrevistadora e entrevistada. A gravação da entrevista foi realizada após consentimento da colaboradora. Todas as entrevistas resultaram em uma média de cinco horas e meia de gravação. Foi informado que, havendo risco de constrangimento durante a entrevista, esta poderia ser interrompida.

3.2.4 Participantes da pesquisa

Foram convidadas a participar desta pesquisa as mulheres da comunidade quilombola, de idade igual ou superior a dezoito anos, representando as informantes-chave. E ACS representaram os/as informantes gerais.

O método da etnoenfermagem aponta informantes-chaves como os/as mais conhecedores/as da inquirição escolhida, enquanto que informantes gerais têm ideias gerais sobre o domínio de inquirição ou objeto de estudo (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na comunidade existe um quantitativo de cento e setenta e três mulheres, com um total de noventa e sete na faixa etária estabelecida. Vinte destas mulheres foram entrevistadas e treze estiveram na oficina, contudo, sete mulheres que estavam na oficina também foram entrevistadas, assim, participou deste estudo um total de vinte e seis mulheres. Um homem e uma mulher trabalham na comunidade como ACS e participaram do estudo como informantes gerais.

Não foi delimitado previamente o número de participantes, este obedeceu ao critério de saturação. Nas pesquisas sociais qualitativas o que se pretende é apreender as representações, conhecimentos, práticas e comportamentos, por isso, é de costume incluir pessoas progressivamente e interromper a inclusão quando houver uma regularidade de informações dos sentidos atribuídos pelos(as) participantes da pesquisa (MINAYO, 2010).

Leininger e McFarlad (2006) consideram a saturação como um critério específico do paradigma qualitativo e meio para obtenção de conhecimentos completos, compreensivos e exaustivos de todas as informações que geralmente podem ser conhecidas e compreendidas sobre certos fenômenos em estudo.

Contou-se com a colaboração da ACS para que ocorresse a aproximação com as mulheres mediante visitas às casas das mesmas, onde foi apresentada a proposta de pesquisa e agendada uma visita posterior em que foram coletados os dados mediante os instrumentos propostos.

3.2.5 Técnicas para coleta dos dados

O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 2014. Para obtenção dos dados foram utilizados três capacitadores: Observação-Participação-Reflexão (OPR); formulário sócio-econômico-cultural e entrevista semiestruturada. Estes 03 capacitadores foram desenvolvidos por Leininger como guias de pesquisa para obter amplo conhecimento a partir do propósito da teoria e do objeto de estudo.

Utilizamos ainda, diário de campo e uma oficina feminista, intitulada “Saúde da Mulher: conhecendo nosso corpo”. Os instrumentos para produção dos dados serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

O Modelo Sunrise serviu como guia de estudo, entretanto, apenas as dimensões social e cultural foram analisadas. Não se pretendeu, nesse estudo, alcançar a manutenção, negociação ou repadronização do cuidado cultural.

A OPR foi utilizada a fim de obter acesso à comunidade e estabelecer confiança com as mulheres, conhecendo seus valores e o modo como vivem. Um guia de OPR (APÊNDICE B) apresentado por Leininger foi adaptado para o estudo e três fases de observação propostas pela teoria foram seguidas:

1. Observação e ação de ouvir (sem participação ativa);
2. Observação com limitada participação;
3. Participação com observações continuadas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Utilizamos o formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE C) a fim de certificar os dados levantados na OPR e apontar os fatores contidos nas dimensões da estrutura cultural e social do Modelo Sunrise. Este formulário também foi proposto por Leininger, com o acréscimo das características ginecobstétricas e dos fatores biocomportamentais, a fim de se adequar ao estudo (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Para levantar os depoimentos foi realizada uma entrevista semiestruturada com as informantes-chave, conduzida a partir de um roteiro (APÊNDICE D) elaborado com base nos objetivos do estudo. O mesmo vale para os/as informantes gerais (APÊNDICE E).

A realização da entrevista se deu em local privativo, individualmente, mantendo a privacidade da participante e possibilitando melhor gravação do áudio. Esse momento possibilitou maior interação social, vínculo de confiança e profundidade do que pretendíamos investigar.

Segundo Lakatos e Marconi (2011), durante a entrevista realiza-se uma conversa oral entre entrevistador/a e entrevistado/a, com o objetivo de obter informações e compreender as experiências das pessoas entrevistadas.

Minayo (2010) complementa classificando-a em sondagem de opinião, focalizada, projetiva, aberta ou em profundidade e semiestruturada, sendo que essa última “combina perguntas fechadas e abertas, em que a pessoa entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (p.64).

Paralelamente à observação e à entrevista, utilizamos o diário de campo a fim de exercitar a memória recente, registrando as mensagens não verbais, bem como as características ambientais, configurando a nota de pesquisa.

A oficina feminista teve o objetivo de discutir com as mulheres questões relacionadas ao corpo e ao câncer do colo do útero como localização anatômica, etiopatogenia e a

prevenção. Essa técnica foi desenvolvida a partir de solicitação das mulheres da comunidade e da ACS. Foi realizada após a finalização das entrevistas, e se constituiu como importante recurso que permitiu aprofundar a exploração de valores e conhecimento das mulheres sobre o tema do estudo. O desenvolvimento dessa técnica está explicitado no capítulo 5, p. 60.

3.2.6 Tratamento e Análise dos Dados

A análise foi fundamentada na Análise dos Dados da Etnoenfermagem. Leininger a considera como uma análise qualitativa rigorosa, abrangente e sistemática, dividida em quatro fases:

1. **Coleta, descrição e documentação de matéria prima:** coleta, descrição, registro e início da análise dos dados relativos aos objetivos, domínio da inquirição ou das questões do estudo;
2. **Identificação e categorização de componentes:** codificação e classificação dos dados de acordo com o objeto de pesquisa e, às vezes, as questões em estudo;
3. **Padrão e análise contextual:** os dados são apurados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da investigação;
4. **Temas principais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações:** requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. Abstração e confirmação dos principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, novas formulações teóricas (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

As informações obtidas foram analisadas durante e após o término da coleta de dados, com a transcrição do áudio e registro, na íntegra, complementando com as anotações do diário de campo. Durante toda coleta do material empírico, foi respeitada a linguagem da entrevistada, sem a interrupção ou correção do português.

**4 MODOS DE VIDA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES
QUILOMBOLAS RURAIS**

**LIFESTYLES AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF RURAL
QUILOMBOLA WOMEN**

**MODOS DE VIDA Y DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES
QUILOMBOLAS RURALES**

Elionara Teixeira Boa Sorte. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UFBA). Integrante do GEM - raça e etnia.
Endereço: Rua Aurelina Dias da Silva, nº 58, Aeroporto Velho. Guanambi, Bahia, Brasil.
CEP 46430-000. E-mail: naratbsorte@gmail.com.

Enilda Rosendo do Nascimento. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA (GEM - raça e etnia) e Pesquisadora do GEM.

Sílvia Lúcia Ferreira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do GEM - Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem - UFBA.

Resumo

Este estudo descreve aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas residentes em uma comunidade rural. Trata-se de estudo qualitativo, baseado na etnoenfermagem, cujos dados foram produzidos por meio da observação-participação-reflexão e entrevista semiestruturada. A comunidade dispõe de água encanada, luz elétrica, não há saneamento básico, nas casas há eletrodomésticos e os principais meios de transporte são moto e carro de linha. As mulheres do estudo são em sua maioria casadas, negras, de pouca escolaridade e baixa renda. Possuem em média três filhos/as; a maioria dos partos foram normais e realizados em hospital. Comumente não consomem bebida alcoólica e tabaco; possuem apenas um parceiro sexual, não utilizam preservativos e negam Infecções Sexualmente Transmissíveis. O conhecimento das condições de vida e saúde de populações específicas possibilita uma assistência à saúde mais congruente com o modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, com resultados mais efetivos e eficientes.

Condições Sociais; Saúde da Mulher; Comunidades Vulneráveis; Grupo com Ancestrais do Continente Africano

Abstract

This study describes the social, economic, cultural, demographic and sexual and reproductive health aspects of quilombola women living in a rural community. It is a qualitative study

based on ethnonursing methodology, whose data were collected through observation, participation and reflection. It was also applied semi-structured interview for data collection. The community has piped water, electricity, and no sanitation. There are appliances in the houses, and the main transportation modes are motorcycles and line cars. The women in the study are mostly married, black, with low education and low income. They have an average of three children, and most child-births were normal and performed in a hospital. In general they don't consume alcohol or tobacco; they have only one sexual partner, do not use preservatives and deny Sexually Transmitted Diseases. The knowledge of the life conditions and health of specific populations enables a health care that is more congruent with their life styles and hence more effective and efficient results.

Social conditions, women health, vulnerable communities, group with African descendants

Resumen

Este estudio describe aspectos socio-económico-culturales, demográficos y de la salud sexual y reproductiva de mujeres quilombolas residentes en una comunidad rural. Tratase de un estudio cualitativo, basado en la etnoenfermería, cuyos datos fueran producidos por medio de la observación-participación-reflexión y entrevista semiestructurada. La comunidad dispone de agua canalizada, luz eléctrica, no hay saneamiento básico, en las casas hay electrodomésticos y los principales medios de transporte son la moto y el coche de línea. Las mujeres del estudio son en su mayoría casadas, negras, de poca escolaridad y baja renda. Poseen por media tres hijos/as; la mayoría de los partos fueran normales y realizados en un hospital. Comúnmente no consumen bebida alcohólica y tabaco; tienen solamente una pareja sexual, no utilizan condones y niegan Infecciones Sexualmente Transmisibles. El conocimiento de las condiciones de vida y salud de poblaciones específicas posibilita una asistencia a la salud más congruente con el modo de vida de las personas y, en consecuencia, con resultados más efectivos y eficientes.

Condiciones Sociales; Salud de la Mujer; Comunidades Vulnerables; Grupo con Ancestros del Continente Africano

Introdução

As condições de vida e de saúde de comunidades quilombolas são reflexos de processos de exclusão social a que esses povos têm sido submetidos ao longo do tempo. Em que pese as conquistas do movimento negro em relação à implementação de políticas de garantia de direitos, estudos têm demonstrado a persistência de problemas referentes às necessidades básicas, saneamento, educação e saúde^{1,2}, principalmente em áreas rurais onde reside a maioria dessa população.

As mulheres desempenham importante papel nessas comunidades, pois detêm conhecimentos que foram construídos ao longo da vida, a partir de seus valores culturais, crenças e comportamentos que dentre outros aspectos trazem repercussões para sua saúde individual e da coletividade³. Ademais, em algumas comunidades quilombolas, a exemplo de Onze Negras, em Pernambuco, registra-se tanto a preocupação das mulheres com a

manutenção da herança deixada pelas pessoas que as antecederam quanto ativa participação na administração do quilombo⁴.

A liderança de mulheres quilombolas é destacada igualmente no quilombo Mata Cavalo, no Mato Grosso (MT); elas ficam à frente das reivindicações pela terra, seja enfrentando os fazendeiros, seja buscando seus direitos através das instâncias da justiça⁵.

As informações sócio-demográficas e de saúde das populações quilombolas em geral e das mulheres em particular estão ausentes nas principais bases públicas de dados disponíveis, como o Datasus. Desse modo, as condições de vida e de saúde das mulheres nem sempre são conhecidas e consideradas para formulação de políticas públicas em contextos reais.

As condições de vida nos quilombos remanescentes podem diferir a partir da análise de vários fatores, como localização, reconhecimento legal, dentre outros. Nas áreas rurais, as condições de existência desses povos tendem a ser mais precárias, em consonância com a dificuldade de acesso que caracteriza a vida rural no Brasil.

De fato, em determinada região do Estado de Alagoas, pôde-se identificar evidências de alto grau de vulnerabilidade à infecção por DST/AIDS devido a violência doméstica sofrida, o racismo institucional, o desconhecimento quanto a importância do uso do preservativo e a ausência de políticas de saúde mais efetivas e atividades educativas⁶.

Estudo de revisão sobre saúde de populações quilombolas revelou que ausência de água tratada e condições sanitárias desfavoráveis tem levado a surtos de diarreia e doenças dermatológicas; a anemia falciforme e a hipertensão arterial também tem sido registradas com frequência⁷.

Conhecer as condições de vida e de saúde de populações quilombolas possibilita a identificação desse contingente populacional socialmente vulnerável, o que contribui para implementação de políticas públicas de prevenção e controle de agravos prevalentes⁸.

Desse modo, este estudo descreve aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas residentes em uma comunidade rural da Bahia.

Metodologia

Adotou-se uma perspectiva qualitativa. A pesquisa foi realizada na comunidade quilombola de Araçá Cariacá, localizada na zona rural do município de Bom Jesus da Lapa, Bahia, que se encontra na região centro-oeste do Estado, na microrregião do Médio São Francisco.

O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 2014, durante o qual foram obtidas informações sobre os modos de vida de 20 mulheres entrevistadas, incluindo aspectos da saúde. Os critérios de inclusão das entrevistadas foram: residir na comunidade quilombola do estudo e ter idade igual ou superior a dezoito anos.

As técnicas de produção de dados foram: Observação-Participação-Reflexão (OPR) e a entrevista semiestruturada. Na OPR utilizamos um Guia contendo os seguintes aspectos: tecnologia disponível na comunidade, modo de vida familiar, lazer, atividades diárias, religiosos, fatores econômicos e educacionais. A entrevista semiestruturada foi guiada por um formulário sócio-econômico-cultural, contendo os seguintes itens: tecnológicos; religião e filosofia; companheirismo e sociais; modos de vida; políticos e legais; econômicos; educacionais; características da saúde reprodutiva e fatores biocomportamentais. O registro das informações aconteceu manualmente nos próprios formulários utilizados.

O método utilizado foi o da etnoenfermagem. É um método de pesquisa aberto e qualitativo em busca das ideias, perspectivas e conhecimentos sobre cuidado e cultura das(os) informantes, que contempla quatro fases: Coleta, descrição e documentação da matéria prima; Identificação e categorização de componentes; Padrão e análise contextual; Temas principais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações⁹.

Para a aproximação com o campo e a seleção das entrevistadas contamos com a colaboração de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) e de um agente comunitário de saúde que também desempenharam a função de informantes gerais. A participação dessas pessoas na pesquisa é de fundamental importância no estabelecimento de confiança com as mulheres durante as visitas às residências, além do fornecimento de informações complementares ao estudo¹⁰.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o parecer nº 684.165. Trata-se de recorte da dissertação intitulada “Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas”, que teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de mestrado.

Resultados

A comunidade em estudo localiza-se na zona rural de um município do interior baiano. Está a uma distância aproximada de 20 quilômetros da zona urbana do município, ocupando uma área de 9.240 hectares com 112 casas construídas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA e 98 famílias.

Atualmente, a economia da comunidade se baseia na agricultura de subsistência e na criação de animais, principalmente de pequeno porte. Conta com luz elétrica e água encanada não tratada, proveniente de um poço artesiano comunitário, não há saneamento básico; nas residências há eletrodomésticos, como televisão, rádio, geladeira, fogão, dentre outros. A forma de transporte prevalente foi a moto e o carro de linha, para se deslocarem, principalmente, para a cidade de Bom Jesus da Lapa, onde as pessoas da comunidade buscam os serviços de saúde, visto que em seu território ainda não foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), contam com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em se tratando dos modos de vida, as mulheres que participaram desse estudo moram, em sua maioria (18), com o marido e filhos(as), gostam da casa onde moram, dormem em quarto e possuem banheiro dentro de casa. Os hábitos diurnos se restringem às atividades domésticas, tais como limpar a casa, lavar e passar roupa, cozinhar, cuidar dos(as) filhos(as), da criação de pequenos animais, principalmente galinha, das plantas e da horta. Mesmo as que trabalham fora de casa, realizam esse tipo de atividade no ambiente doméstico. No período da coleta de dados as mulheres não referiram o trabalho na lavoura, por se tratar de um período de estiagem.

As mulheres também participam das decisões da comunidade através da Associação, inclusive no início da coleta de dados era uma mulher que representava a comunidade como presidente do Conselho quilombola de Araçá Cariacá, entidade que assinou a declaração de anuência da pesquisa.

Participaram do estudo 20 mulheres quilombolas, de um quantitativo de noventa e sete mulheres na faixa etária estabelecida. A faixa etária variou entre 22 e 69 anos de idade, sendo oito mulheres adultas jovens (30 a 44 anos), seis jovens (22 a 29 anos), duas adultas (45 a 59 anos) e quatro idosas (60 anos ou mais). A classificação da faixa etária utilizada teve como referência o estudo de Domingues (2013)¹¹.

A maioria (18) das mulheres possui companheiro, denominam essa relação como casamento (16) e o mantém por em média 15 anos. Uma das entrevistadas é viúva e outra não vive e nunca viveu maritalmente.

Em se tratando de escolaridade, apenas quatro completaram o segundo grau e, o motivo para a interrupção dos estudos está diretamente relacionado aos hábitos de vida, pois para cuidar da casa e dos filhos tiveram que abandonar a escola. Seis mulheres possuíam ensino médio incompleto, uma o fundamental completo e nove o fundamental incompleto.

Em relação à raça/cor, não foram estabelecidas categorias para que as entrevistadas optassem por alguma (como por exemplo, as categorias estabelecidas pelo IBGE), foi realizada uma pergunta aberta e a maioria das mulheres (18) se identificou como negras (preta, negra, morena) e duas como amarelas. As mulheres que se identificaram como amarelas não se referiam à raça oriental-asiática, mas sim a uma denominação de cor da pele comumente referida pelas pessoas mais velhas da região, que se caracteriza por uma cor indefinida entre a parda e a branca.

De 20 mulheres entrevistadas, 19 foram criadas na religião católica, destas, 3 praticam atualmente a religião evangélica, e uma mulher se diz evangélica e católica.

Dona de casa foi a ocupação mais comum entre as mulheres (15), uma delas também é merendeira, uma lavradora (trabalhadora rural), uma empregada doméstica, uma faxineira de loja e outra trabalha no Mais Educação, que se trata de uma Estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas, para no mínimo 7 horas diárias, por meio de atividades optativas.

A renda individual dessas mulheres provem basicamente da bolsa família (13), de aposentadorias, salário de merendeira e auxílio pesca, duas não possuem nenhuma renda individual.

A renda da família, além da renda individual das mulheres, conta com o que os maridos recebem nos trabalhos informais, com a venda de alguns animais, principalmente galinhas, e da colheita, em época de chuva. Assim, a renda familiar varia entre um e dois salários mínimos.

Em relação às características reprodutivas, onze das mulheres informaram menarca entre os 11 e 12 anos, e nove de 13 a 14 anos. Quatorze mulheres tiveram de 1 a 4 gestações, três de 5 a 8 e três mais de 8 gestações. O número de filhos/as vivos/as variou de 1 a 13, destacando que as mulheres de maior prole são as mais idosas, de 64, 66 e 69 anos de idade. Dezesesseis delas tinham de nenhum a 4 filhos/as vivos/as, uma de 5 a 8 e três mais de 8 filhos/as vivos/as.

Apenas uma mulher teve parto cesáreo, informando que não teve dilatação. A maioria (15) das mulheres disse ter seus partos realizados no hospital, duas tiveram seus partos realizados apenas com parteiras e três tiveram partos realizados no hospital e partos realizados por parteiras. Os partos realizados por parteiras foram os das mulheres mais idosas, com exceção de uma mulher de 40 anos que teve seus partos realizados por sua sogra (uma das entrevistadas), que era parteira.

E em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) uma mulher disse já ter tido, mas não sabendo identificar de qual infecção se tratava.

Quanto aos fatores biocomportamentais, dezenove mulheres referiram ter um parceiro sexual no momento da entrevista, uma mulher afirmou não possuir nenhum parceiro e que há muito tempo não se relaciona com ninguém. No que se refere ao uso de camisinha, todas referiram não usar, sendo que 3 afirmaram já ter usado e uma nunca ter usado. Quando questionadas quanto ao uso do preservativo, muitas referiram usar comprimidos.

Em se tratando do consumo de bebidas alcoólicas, metade das entrevistadas refere não beber e, a outra metade afirmou beber, mas raramente e em pouca quantidade. O consumo de tabaco foi referido por uma fumante de cachimbo, e por duas ex-fumantes, e as demais nunca fumaram.

As quilombolas entrevistadas disseram que às vezes (16) frequentam festas e reuniões, duas frequentam sempre e duas não frequentam, sendo que casamentos e festas religiosas (católicas) foram as mais citadas.

Discussão

Araçá Cariacá é uma comunidade rural, como a maioria dos quilombos no Brasil, visto a forma como se deu a formação desses territórios. A economia, portanto, é caracterizada pela agricultura de subsistência e a criação de animais.

Em pesquisa realizada nos quilombos da Amazônia percebeu-se certa heterogeneidade entre eles, contudo, é possível falar em modo de vida quilombola pela presença de práticas sociais, culturais e ambientais comuns entre alguns deles, como por exemplo, a prática da agricultura¹². Várias comunidades tradicionais quilombolas vivem na zona rural do município de Alcântara no Maranhão e nesse território desenvolvem atividades agrícolas, extrativistas e pesca, utilizando-se dos recursos da natureza e preservando suas tradições¹³.

A agricultura familiar revela interseção dos modos como populações quilombolas se organizam, nos quais é notória a existência de especificidades que exprimem aspectos de etnicidade, territorialidade, laços solidários, usos e manipulações de recursos naturais, o que caracteriza a manutenção da produção e reprodução social peculiar a essas populações¹³.

Em se tratando dos fatores tecnológicos, a comunidade possui água encanada e energia elétrica. Além disso, as mulheres do estudo dispõem em suas residências de diversos eletrodomésticos. Para se deslocarem até a cidade, principalmente em busca de serviços de saúde que ficam a uma distância mínima de 20 km da comunidade, as pessoas utilizam-se da moto e dos carros de linha como meios de transporte. Diversas comunidades quilombolas da

Amazônia também não possuem postos de saúde, algumas ficam a uma distância maior que 10 km do serviço de saúde mais próximo¹².

Em pesquisa anterior, as pessoas dessa comunidade reconheceram que a vida já havia melhorado muito e que já era possível usufruir de alguns “confortos” como geladeira, televisão, som, mas que seria necessário a implementação de políticas públicas em que as comunidades negras rurais contemporâneas pudessem ser atendidas em todas as suas necessidades básicas, a fim de promover uma melhor qualidade de vida¹⁴.

O acesso à tecnologia, principalmente aos meios de comunicação, favorece no âmbito da saúde a aquisição de conhecimentos sobre prevenção de doenças e, desse modo, o fomento de sua utilização pela população deve ser considerado na gestão em saúde.

Como influenciador de saúde e cuidado, o ambiente refere-se à totalidade de situações geofísicas ou sobre situações geográficas e ecológicas de culturas e o contexto ambiental incluem múltiplos fatores como o físico, ecológico, espiritual, sociopolítico, parentesco ou dimensões tecnológicas que influenciam no cuidado cultural, na saúde e no bem-estar⁹.

No que concerne aos modos de vida, as mulheres valorizam a casa onde moram com marido e filhos/as, realizam atividades domésticas durante o dia e à noite, quando preparam o jantar, depois disso, assistem TV e dormem cedo, enquanto os maridos trabalham na roça e cuidam das pequenas criações. Os quilombos atuais trazem um legado da resistência sofrida pelos escravos, traduzem e produzem modos de vida característicos em cada território que ocupam¹⁵.

Também foi possível perceber que as mulheres da comunidade participam das decisões, exercem também certa liderança. Nesse contexto, o documentário “Mulheres Quilombolas”, produzido em 2009 pela Organização Não Governamental Koinomia, as caracteriza como guerreiras e guardiãs dos interesses da comunidade¹⁶. Essa liderança pode ser percebida em outras comunidades quilombolas como Onze Negras no estado de Pernambuco, em que desde sua fundação as mulheres se empenham na administração do mesmo⁴.

Algumas mulheres da comunidade de Mata Cavalo, no Mato Grosso, partilharam suas histórias e demonstram que a vida em comunidade as encheu de coragem, esperança e autoestima, ao contrário da infância dura e sofrida que viveram⁵. Ainda acrescenta que as histórias das populações negras rurais demonstram uma relação muito forte com o parentesco e com a terra onde nasceram, se criaram e vivem⁵.

Em se tratando das características sociodemográficas, o documentário “Mulheres Quilombolas” aponta que é possível identificar diferenças entre as mulheres quilombolas

como sua territorialidade, religiosidade, formação acadêmica, cor, dentre outras, e esclarece a pertinência do uso do termo mulheres quilombolas, pois, esse comporta uma identidade grupal única sem desconsiderar as diferentes experiências e características individuais¹⁶.

Assim, apesar da mulher quilombola ser vista como um ser único, deve-se considerar que cada uma delas tem suas experiências, possuem seus próprios hábitos de vida, pertencem a diferentes comunidades, com diferentes modos de vida.

As mulheres entrevistadas casaram-se no começo da juventude e a gestação foi um destino certo para a vida delas, realidade comum principalmente para as mulheres que residem em comunidades em que o patriarcado ainda tem grande expressividade.

Em se tratando da escolaridade, para desempenharem seus papéis de mães e cuidadoras do lar, muitas mulheres da comunidade Araçá Cariacá deixaram de estudar. Quase metade das mulheres entrevistadas (49,2%) em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais tinha escolaridade inferior a quatro anos¹⁷, assim como entre as quilombolas do município de Vitória da Conquista na Bahia, em que a maior parte estudou de 1 a 4 anos^{18,19}. Em município do Maranhão, a maioria das quilombolas apresentou ensino fundamental²⁰, e o mesmo aconteceu em outra comunidade quilombola do Maranhão, em que a maioria das entrevistadas tinha o ensino fundamental incompleto²¹.

Pela história de violência e descaso em sua condição de escrava e depois de escrava, a mulher negra vive, ainda hoje, com pouco acesso a escola, e destinada a serviços braçais e aos subempregos. As narrativas das mulheres da comunidade Mata Cavalo, por exemplo, expõem que a escola era privilégio dos/as filhos/as dos fazendeiros, a elas cabiam os cuidados às crianças e da cozinha da fazenda⁵.

Durante muito tempo as mulheres ficaram presas ao ideal de que eram, necessariamente, as responsáveis pelo bom desempenho no cuidado da prole e, ainda hoje, aquela que opta por não ser mãe não é bem vista, pois é estabelecido socialmente que uma das principais funções da mulher é o exercício da maternidade, restringindo muitas delas ao espaço privado, o que limita suas potencialidades e acentua ainda mais as desigualdades de gênero²².

Em relação à cor, as mulheres de Araçá Cariacá assumem a identidade de negras e quilombolas e se orgulham disso, se reconhecem como filhas da terra, descendentes de Roque (a origem da comunidade está ligada a esse escravo, agregado da fazenda e exemplo de luta), numa estreita relação de parentesco. Mais de 83% das mulheres entrevistadas em um estudo realizado em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais se autodeclararam pretas¹⁷, o

mesmo foi observado nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, em que 83,8% das mulheres se autodeclararam negras (pretas e pardas)¹⁹.

Existem pesquisas que utilizam a classificação do IBGE (negro, pardo, branco, amarelo e indígena), outras usam classificação de cor como gradientes do claro ou escuro e outras ainda partem para análises sobre relações raciais, etnicidade e ideologias raciais²³, como aconteceu nessa pesquisa.

A construção da identidade de comunidades negras contemporâneas envolve processo histórico e diversas experiências. A categoria “terras de preto” é adotada pelo Projeto Vida de Negro do Centro de Cultura Negra do Maranhão, pela autodenominação difundida no meio rural maranhense, local de diversas comunidades quilombolas²⁴. Com base em específica territorialidade e relações com o meio ambiente é que se dá a construção da identidade de grupos étnicos, desse modo, “terras de preto” remetem-se ao passado e acrescentam-se novas identidades para que lutem por seus direitos; “terras de preto” expressam sentido de força social²⁴.

Das vinte mulheres entrevistadas, dezesseis professam o catolicismo; religiões de matriz africana não foram mencionadas pelas entrevistadas, entretanto, a ACS informou que uma senhora idosa da comunidade, que estava viajando durante a pesquisa, frequenta um centro de candomblé na cidade. Pesquisa anterior realizada em Araçá Cariacá revela certo sincretismo religioso no relato dessa moradora, bisneta do escravo Roque, ao se declarar como católica e espírita, por realizar práticas religiosas que reúnem saberes de matriz africana e saberes da religião católica, como atividades religiosas em um centro na cidade e ser festeira de Nossa Senhora Aparecida¹⁴.

Desde o Brasil colônia e império, o quilombo e suas manifestações culturais e religiosas vêm sofrendo repressão e ainda nos dias atuais, através do racismo, à pessoa negra é negado a igualdade e as suas manifestações religiosas²⁵. O sincretismo afro-brasileiro é um tema bastante atual e discutido na sociedade brasileira, isso porque as religiões de matriz africana se formaram no Brasil com a integração de elementos africanos, ameríndios, católicos, dentre outros²⁶.

Estudo realizado em Ubatuba, por exemplo, demonstrou certo silenciamento quanto às manifestações afro-brasileiras, mesmo algumas pessoas referindo sentir a presença de espíritos; já no quilombo de Caçandoca, moradores/as que hoje são evangélicos/as renegam o passado, em que praticavam cultos afro-brasileiros; em Camburi também não foi percebida expressão de religiões afro-brasileiras²⁷.

Além disso, a comunidade pertence ao município de Bom Jesus da Lapa, conhecida nacionalmente como a capital baiana da fé (católica) e que celebra anualmente grandes romarias. Dados do Censo 2010 apontam que das 63.480 pessoas residentes no município de Bom Jesus da Lapa, 49.812 professam o catolicismo²⁸.

Quanto à ocupação identificamos que o trabalho doméstico é prioritário entre as mulheres, inclusive para aquelas que exercem atividades fora do ambiente doméstico. As mulheres do quilombo Mata do Cavalo no Mato Grosso também são mais atuantes do que os homens no universo doméstico, como na hora de fazer a comida, no cuidado da horta, no preparo dos chás, na lavagem da roupa e na limpeza da casa⁵.

Não só em comunidades quilombolas, mas em toda sociedade brasileira tem-se observado uma mudança em curso no que se refere a uma divisão equilibrada do trabalho doméstico entre homens e mulheres. Entretanto, a quarta edição do Retrato das Desigualdades de gênero e raça publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) em 2011 mostrou que em relação ao trabalho doméstico remunerado, o percentual de mulheres (17,1%) continuava estável e expressivamente maior em relação aos homens (1,0%)²⁹.

Em relação à renda, o Bolsa família é a principal fonte de renda das entrevistadas, seguido da aposentadoria e auxílio pesca, referido por uma das mulheres. E, a renda familiar, em sua maioria, não chega a dois salários mínimos. A maioria das famílias (73,7%) de um estudo realizado em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais referiu uma renda mensal inferior a um salário mínimo e mais de 90% recebiam a bolsa família¹⁷. Entre as quilombolas de Vitória da Conquista, menos que meio salário mínimo foi a renda mais comum¹⁸.

Programas de transferência de renda como a Bolsa Família exigem de seus beneficiários contrapartidas através de ações que os beneficiam ou beneficiam suas famílias, além disso, o caso específico da Bolsa Família representa importante papel para a autonomia das mulheres titulares do benefício, pois eleva seu poder de barganha frente aos companheiros além de reduzir seu isolamento social^{30,31}.

Em relação às características reprodutivas, a maioria das mulheres do estudo apresentou mais de três gestações, sendo que as mais velhas chegam a ter mais de oito filhos/as vivos/as. Parto normal foi o tipo de parto mais comum e pariram geralmente em hospital. A maioria das mulheres (52,1%) entrevistadas em um estudo realizado em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais relatou a primeira gestação na adolescência e 35% relataram quatro ou mais gestações, sendo o parto normal também o mais comum (79,1%)¹⁷, o mesmo foi observado em comunidade quilombola do Maranhão, em que

66,3% das mulheres entrevistadas tiveram de 0 a 4 gestações e os partos foram em sua maioria vaginais²¹.

Apenas uma mulher do estudo relatou já ter tido IST. Antecedentes de sinais e sintomas de IST foram relatados por 10% das 218 pessoas maiores de 18 anos com vida sexual ativa em 11 comunidades quilombolas brasileiras³².

Quanto aos fatores biocomportamentais, as mulheres do quilombo estudado disseram possuir apenas um parceiro sexual, em exceção de uma entrevistada solteira que informou não ter parceiro sexual; informaram que não usam camisinha nas relações sexuais. Houve prevalência de mulheres (111) quilombolas que tiveram de 1 a 2 parceiros sexuais em estudo realizado com 150 mulheres quilombolas de um município do Maranhão²⁰. Na comunidade de Juçatuba, também no Maranhão, 78,2% das mulheres quilombolas entrevistadas possuem parceiro fixo atualmente²¹.

Em relação ao uso do preservativo, as mulheres do estudo o relacionava apenas como método para evitar a gravidez, desconsiderando a prevenção de IST. O mesmo foi observado em estudo realizado com quilombolas que identificou-se pouco conhecimento da importância da utilização da camisinha nas relações sexuais a fim de prevenir infecções sexuais e gravidez, além disso, é constatado o mito de uma relação não prazerosa com o uso da camisinha e a necessidade de permissão do marido para sua possível utilização⁶.

Uma ACS entrevistada em uma pesquisa que buscou compreender as impressões de mulheres quilombolas profissionais de uma ESF sobre o trabalho desempenhado na comunidade revela que quando tenta falar sobre sexo com as pessoas mais jovens da comunidade quilombola onde trabalha, elas não querem ouvir, algumas até dizem que já sabem tudo pela televisão; poucas solicitam os preservativos na Unidade de Saúde, pois têm vergonha¹⁰. Uma outra ACS nesse mesmo estudo relata o comentário de um médico referente à vulnerabilidade das pessoas dessa comunidade em estudo para as IST, por não gostarem de falar sobre sexualidade¹⁰.

É verdade que o não uso do preservativo é uma prática comum em diversas sociedades, estudo realizado em São Paulo e Recife, por exemplo, demonstrou baixo uso do preservativo dentre as pessoas entrevistadas, principalmente entre as relações estáveis por negativa do parceiro³³.

As mulheres entrevistadas negam tabagismo e etilismo e, participam, às vezes, de festas na comunidade, principalmente casamentos e festas religiosas. Mais da metade das 101 mulheres entrevistadas na comunidade quilombola de Juçatuba, no Maranhão, disseram ser etilistas e 100% negou o tabagismo²¹.

Em se tratando das festividades, estas são momentos de reuniões, de atividades coletivas; também na comunidade de Bombas, situada em Iporanga, São Paulo, as principais festas estão incluídas no calendário religioso cristão, em que alguns santos como São Gonçalo, Nossa Senhora Aparecida, Santa Bárbara e Santo Antônio são lembrados e homenageados, incluindo-se ainda as romarias e rezas, além dos casamentos, que muitas vezes são celebrados como bailes³⁴.

Considerações finais

Os dados apresentados possibilitaram a compreensão das condições de vida e saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas da comunidade rural em estudo. É uma comunidade quilombola que possui alguns benefícios que lhes são de direito, como água encanada e energia elétrica, o que lhes possibilitam alguns confortos como a aquisição de eletrodomésticos. Essas conquistas são atribuídas às lideranças locais. Entretanto, para utilizarem dos serviços de saúde, precisam se deslocar até a cidade e, em muitas vezes o acesso é dificultado, seja pela distância ou pela ausência de vagas.

Os hábitos diurnos se resumem em cuidados do lar e na lida no campo, enquanto que à noite, assistir televisão é o programa mais realizado. As pessoas participam de festas de casamento e religiosas, principalmente do catolicismo.

Araçá Cariacá possui características comuns às comunidades rurais, marcadas por relações desiguais de gênero, pois às mulheres é destinada a função de cuidadora do lar, através do desempenho de trabalhos domésticos e a maternidade; aos homens cabe o trabalho na roça. As famílias possuem baixa renda, as mulheres casam-se cedo, em média aos 18 anos, por isso muitas param de estudar para cuidar da casa e dos filhos.

Em se tratando das características reprodutivas, as mulheres do estudo têm em média três filhos, seus partos foram, na maioria das vezes, normais e realizados no hospital. Quanto ao consumo de bebida alcoólica e tabaco, estas não fazem uso comumente. Possuem apenas um parceiro sexual, não utilizam preservativo e informaram não terem sido contaminadas por IST.

O conhecimento das condições de vida e saúde de populações específicas possibilita uma assistência à saúde mais congruente com o modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, com resultados mais efetivos e eficientes. Assim, novas pesquisas relacionadas a essas condições são essenciais para o cuidado às pessoas residentes em comunidades tradicionais.

Referências

- 1 Oliveira, WJF. De gente de cor a quilombolas: desigualdades, religião e identidade. *Cad. CRH*, Salvador, v. 26, n. 67, Apr. 2013.
- 2 Souza, TG, Lara, LM. O estado da arte de comunidades quilombolas no Paraná: produção de conhecimento e práticas corporais recorrentes. *Rev. educ. fis. UEM*, Maringá, v. 22, n. 4, Dec. 2011.
- 3 Reis, AT, Santos, RS, Paschoal Júnior, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *REME rev. min. Enferm.*, v.16, n.1, p.129-135, jan.-mar.2012.
- 4 Santos, MJ. Mulheres quilombolas: memória é acervo de nossa história. *Cadernos Imbondeiro*. João Pessoa, v.2, n.1, 2012.
- 5 Manfrinate, R, Sato, M. A caminhada das mulheres quilombolas de mata cavalo delineando seu território por entre as trilhas da educação ambiental. *REMEA Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient.* Rio Grande, v.28, 2012.
- 6 Riscado, JLS, Oliveira, MAB, Brito, AMBB. 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. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, supl. 2, dez. 2010.
- 7 Freitas, DA, Caballero, A D, Marques, AS, Hernández, CIV, Antunes, SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, Oct. 2011a.
- 8 Bezerra, VM, Andrade, ACS, Comini César, C, Caiaffa, WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Sept. 2013.
- 9 Leininger, MM, McFarland, MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2.ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.
- 10 Freitas, DA, Silveira, JCS, Ferreira, LA, Zucchi, P, Marques, AS. Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011b.
- 11 Domingues, PML. Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados. 2013. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- 12 Amaral, AJP. Remanescentes das comunidades dos quilombos no interior da Amazônia – conflitos, formas de organização e políticas de direito à diferença. *Cadernos do CEOM – Ano 22*, n. 30 – Políticas públicas: memórias e experiências. Chapecó: Argos, 2009, 456p.
- 13 Bernardes, RH. A importância do agroextrativismo nos processos produtivos e reprodutivos: o caso das famílias quilombolas na Amazônia oriental maranhense. *ACTA Geográfica*, Boa Vista, v.8, n.17, abr./ago. de 2014. pp. 24-32.

- 14 Macêdo, DJ. O Currículo Escolar e a construção da Identidade Étnico-Racial da Criança e do Adolescente Quilombola: um olhar reflexivo sobre a auto-estima. 2008. 144f. Dissertação (Mestrado em Educação e Contemporaneidade) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador.
- 15 Silva, SR. A trajetória do negro no Brasil e a territorialização quilombola. *Revista NERA* Presidente Prudente Ano 14, nº. 19 pp. 73-89 Jul-dez./2011.
- 16 Almeida, M. A experiência de mulheres quilombolas: raça e gênero na criação de corpos étnicos. In: XVI Encontro Regional de História da Anpuh-RJ: Saberes e práticas científicas. 2014. Rio de Janeiro. *Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-RJ: Saberes e práticas científicas*. Rio de Janeiro, 2014. 1-17p.
- 17 Oliveira, SKM, Pereira, MM, Freitas, DA, Caldeira, AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 307-13.
- 18 Oliveira, MV, Guimarães, MDC, França, EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4535-4544, 2014.
- 19 Gomes, KO, Reis, EA, Guimarães, MDC, Cherchiglia, ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013.
- 20 Batista, JE, Monteiro, SG, Moraes, OKDN, Batista Filho, JE, Lobão, WJM, Santos, GB, Bonfim, BF. Fatores associados ao vírus HPV e lesões cervicais em mulheres quilombolas. *Rev Pesq Saúde*, 15(1): 218-222, jan-abr, 2014.
- 21 Dias, ICC, Nascimento, MDSB, Batista, JE, Vidal, FCB, Silva, DF, Silva, MACN, Frazão, FNS, Nascimento, ACB, Bezerra, GFB, Muniz Filho, WE, Viana, GMC. Câncer de colo do útero, genotipagem do papiloma-vírus humano (HPV) em mulheres quilombolas de um município brasileiro: aceitabilidade da vacina. *Cad. Pes.*, São Luís, v. 21, n. especial, jul. 2014.
- 22 Mattar, LD, Diniz, CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012.
- 23 Souza, R. Movimento de mulheres negras e a saúde: análise documental sobre a reivindicação de inclusão do "quesito cor" no sistema de informação à saúde. *Saúde Coletiva*, vol. 7, núm. 40, 2010, pp. 110-115. Editorial Bolina: São Paulo, Brasil.
- 24 Sousa, JRM. Quilombos (palenques), terras de pretos: identidades em construção. *Revista Brasileira do Caribe*, São Luis, Vol. XI, nº22. Jan-Jun 2011, p. 33-57.
- 25 Oliveira, ID. Religião: força propulsora das comunidades afro-brasileiras. *Revista de Teologia e Ciências da Religião*, ano VI, n. 6, dezembro/2007.

- 26 Ferretti, SF. Sincretismo e religião na festa do divino. Comunicação originalmente apresentada em mesa redonda no Encontro Internacional sobre o Divino, organizado pelo SESC em S. Luís de 16 a 20/05/2007.
- 27 Merlo, M. Religiosidade: entre negociação e conflito. Pentecostais, católicos e adeptos de religiões afro-brasileiras em Ilhabela e Ubatuba. *Revista Nures* nº 8 – Janeiro/Abril 2008.
- 28 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010.
- 29 Brasil. Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p.
- 30 Soares, S, Sátyro, N. O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Nº 1424. Brasília, outubro de 2009.
- 31 Bichir, RM. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. *Novos estud.* - CEBRAP, São Paulo, n. 87, 2010.
- 32 Silva, MJG, Lima, FSS, Hamann, EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/Aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde soc.* vol.19 supl.2 São Paulo Dec. 2010.
- 33 Garcia, S, Souza, FM. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.
- 34 Santos, MW. Festas quilombolas: entre a tradição e o sagrado, Matizes da ancestralidade africana. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, nº 50 (especial), p. 286-300, mai2013.

5 CONHECIMENTO DE MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE O CÂNCER DO COLO UTERINO

KNOWLEDGE OF QUILOMBOLA WOMEN ABOUT UTERINE CERVICAL CANCER

CONOCIMIENTO DE MUJERES QUILOMBOLAS SOBRE EL CÁNCER DEL COLO UTERINO

Elionara Teixeira Boa Sorte. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UFBA). Integrante do GEM - raça e etnia.

Endereço: Rua Aurelina Dias da Silva, nº 58, Aeroporto Velho. Guanambi, Bahia, Brasil. CEP 46430-000. E-mail: naratbsorte@gmail.com.

Enilda Rosendo do Nascimento. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA (GEM - raça e etnia) e Pesquisadora do GEM.

Sílvia Lúcia Ferreira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do GEM - Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem - UFBA.

RESUMO

Descreve o conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer cervicouterino, identificando valores culturais relacionados. Estudo desenvolvido em comunidade quilombola, localizada na Bahia. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e oficina feminista com 26 mulheres. As mulheres demonstraram dificuldade de entendimento sobre a doença e sua localização, sendo identificada como perigosa, feia e que mata; associada ao uso de pílulas anticoncepcionais, à não observância de cuidados tradicionais em relação ao parto e pós-parto, ao exercício livre da sexualidade pelas jovens. O conhecimento das mulheres sobre seu corpo e sua relação com esse câncer evidencia a necessidade de implantação de serviços de saúde com foco em atividades educativas participativas considerando as experiências e o próprio conhecimento das mulheres sobre o assunto; e pode facilitar o acesso das quilombolas a serviços de saúde e ao cuidado de enfermagem mais congruente com seus modos de vida e com a cultura.

Palavras-chave: Conhecimento. Câncer do colo uterino. Mulher quilombola. Enfermagem.

ABSTRACT

This article describes the knowledge of quilombola women about cervical cancer, by the identification of related cultural values. The study was conducted in quilombola community, located in the Brazilian state of Bahia. The data were collected through semi-structured interviews and feminist workshop with 26 women. The women demonstrated difficulty of understanding about the disease and its location, and identified it as dangerous, ugly and “as something that kills”; It was associated with the use of birth control pills, the non-respect of traditional care for childbirth and postpartum, and the free exercise of sexuality by young people. The knowledge of the interviewed women about their body and their relationship with this cancer highlights the necessity for the development and implementation of health services with a focus on participative educational activities, considering the experiences and the women’s own knowledge on the subject. Moreover, it also enables the access of quilombola

women to health services and nursing care that is more congruent with their life style and culture.

keywords: Knowledge. Uterine cervical câncer. Quilombola women. Nursing.

RESUMEN

Describe el conocimiento de mujeres quilombolas sobre el cáncer cervicouterino, identificando valores culturales relacionados. Estudio desarrollado en comunidad quilombola, ubicada en estado de Bahía. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista semiestructurada y taller feminista con 26 mujeres. Las mujeres demostraron dificultad de entendimiento sobre la enfermedad y su localización, siendo identificada como peligrosa, fea y que mata; está asociada al uso de píldora anticonceptiva, el incumplimiento de cuidados tradicionales en relación al parto y postparto, al ejercicio libre de la sexualidad por las jóvenes. El conocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y su relación con ese cáncer evidencia la necesidad de implantación de servicios de salud con foco en actividades educativas participativas partiendo de las experiencias y del propio conocimiento de las mujeres sobre el asunto. Además de eso, posibilita el acceso de las quilombolas a los servicios de salud y al cuidado de enfermería más congruente con sus modos de vida y con la cultura.

Palabras-clave: Conocimiento. Cáncer do cuello uterino. Mujer quilombola. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O conhecimento tradicional é um conceito relativamente novo, recente na literatura. Possui diversos termos sinônimos e representa um patrimônio de comunidades tradicionais, transmitido de geração a geração pela oralidade, pelos hábitos e práticas (ELOY *et al*, 2014).

Em se tratando de saúde e bem-estar, comunidades tradicionais acreditam que a espiritualidade, o compartilhar a vida com as pessoas, a incorporação da medicina tradicional e a moderna e o contexto ambiental são essenciais, como é demonstrado por estudo realizado em uma comunidade tradicional equatoriana que habita em zona rural (MOSS, 2014).

No âmbito da saúde, o conhecimento sobre o câncer do colo uterino, principalmente por comunidades tradicionais, não é algo muito discutido em pesquisas científicas, essas tratam em sua maioria sobre o exame preventivo. Estudo realizado com mulheres quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, por exemplo, destaca a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para o enfrentamento dos fatores associados a não realização do exame preventivo por parte dessas mulheres (OLIVEIRA, 2014).

Estudo desenvolvido com mulheres não pertencentes a comunidades tradicionais, que buscou investigar o conhecimento destas acerca do câncer de colo uterino e identificar os estigmas relacionados ao exame preventivo, destacou conhecimento sobre a existência da doença, mas desconhecimento sobre prevenção, fatores de risco e possíveis complicações (DI LANNA; COSTA; TOLEDO NETO, 2014).

Muitas mulheres não conhecem seu próprio corpo, a maioria por vergonha de se tocar, pela própria repressão social para com essas ações, ou até mesmo por falta de conhecimento quanto à importância em se conhecer. Salimena *et al* (2012) afirmam que por questões culturais ou até mesmo medo, a fisiologia natural do corpo da mulher não é por ela nem percebida nem explorada, e as manifestações da sexualidade são coibidas.

O corpo atualmente é visto numa perspectiva mercadológica capitalista, que deve atender aos parâmetros do corpo belo, vinculado ao sucesso, à liberdade e à felicidade (ZORZAN; CHAGAS, 2011). Assim, busca-se muito mais a “boa forma” e o corpo perfeito do que o sua aceitação, conhecimento e exploração, ferramentas essenciais para prevenção de doenças, como o câncer do colo uterino e para manutenção da saúde.

No caso específico das doenças ginecológicas, como o câncer cervicouterino, a questão ainda se agrava pelo estigma presente desde muito tempo, que as relaciona sempre a algo moralmente inaceitável, relacionado às doenças venéreas e à prostituição (SALIMENA *et al*, 2012).

O baixo acesso ao conhecimento sobre sexualidade e câncer do colo uterino, principalmente por mulheres de baixa renda é destacado no estudo de Silva; Silva (2012). No caso específico de comunidades quilombolas, Silva; Lima; Hamann (2010) destacam a precária presença de serviços de saúde, o preconceito e a falta de informação.

Assim, para que o cuidado à mulher seja competente é necessário que sejam proporcionadas a ela condições de se descobrir integralmente, considerando as transformações tanto fisiológicas quanto psicológicas que ela passa ao longo da vida (SALIMENA *et al*, 2012).

Objetivou-se nesse estudo descrever o conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer cervicouterino, identificando valores culturais relacionados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Adotou-se a abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na comunidade quilombola de Araçá Cariacá, localizada na zona rural do município de Bom Jesus da Lapa, Bahia, que se encontra na região centro-oeste do Estado, na microrregião do Médio São Francisco.

O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 2014. Participaram 26 mulheres da comunidade quilombola do estudo com idade igual ou superior a dezoito anos.

Para a coleta dos dados, utilizamos a entrevista semiestruturada gravada, que aconteceu no domicílio das mulheres, individualmente, mantendo a privacidade das mesmas e

possibilitando melhor gravação do áudio, sendo guiada pela seguinte questão: Fala-me o que você sabe sobre o câncer do colo do útero. Além disso, utilizamos um formulário sócio-econômico-cultural que serviu para caracterizar a comunidade e as participantes do estudo. As mulheres foram receptivas, se mostraram dispostas a participar do estudo e satisfeitas em nos receber. Esse momento possibilitou maior interação pessoal, estabelecimento de vínculo de confiança.

Após a finalização das entrevistas, foi realizada uma oficina feminista intitulada “Saúde da Mulher: conhecendo nosso corpo”, atendendo a uma demanda das próprias mulheres, inicialmente solicitada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS); utilizada como técnica de coleta de dados, se constituiu importante recurso para aprofundar a exploração de valores e conhecimento das mulheres sobre o tema do estudo.

A oficina feminista é uma “estratégia metodológica participativa e emancipatória concebida no âmago da epistemologia feminista” (FONSECA *et al*, 2012, p. 990). Esta metodologia é estruturada em momentos a serem definidos por quem a conduz, através da participação grupal. No estudo de Fonseca *et al* (2012), por exemplo, foram estruturados quatro momentos: aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese.

No primeiro momento foi realizada uma dinâmica de integração, que já possibilitou um contato inicial com a temática do estudo. Ao som de uma música solicitamos às mulheres que de olhos fechados tocassem seus corpos, imaginassem o funcionamento e sua importância. Ao final da música, todas relataram como se sentiram diante dessa experiência.

No segundo momento foram distribuídas folhas de papel, lápis de cor e massa de modelar para que representassem o próprio corpo, o que permitiu discussões sobre o conhecimento do corpo, do câncer do colo do útero, como localização anatômica, etiopatogenia e a prevenção. Por fim, apresentamos a sistematização da discussão com informações sobre dúvidas e questionamentos das mulheres acerca do tema de estudo e outros demandados por elas.

O manuseio da massa de modelar é utilizado como uma técnica projetiva de coleta de dados que possibilita investigar conteúdos ocultos e inconscientes. Teixeira *et al* (2013) ao utilizar a massa de modelar em sua pesquisa, realizou o preparo do material para análise em cinco etapas: observação sistemática das modelagens; escolha das modelagens para serem analisadas; seleção das modelagens por semelhança de simbologia; inventário denotativo – foram acoplados os textos provenientes das falas às imagens modeladas e análise dos níveis de significação, construído a partir do inventário denotativo.

Neste estudo, após a 1ª etapa, as participantes foram convidadas a expor suas produções durante as quais identificamos questões a serem discutidas, dentre elas, a identidade quilombola, dúvidas sobre o tema abordado e demanda das mulheres.

O método utilizado foi o da etnoenfermagem. É um método de pesquisa aberto e qualitativo em busca das ideias, perspectivas e conhecimentos sobre cuidado e cultura de determinadas populações que contempla quatro fases: coleta, descrição e documentação da matéria prima; identificação e categorização de componentes; padrão e análise contextual; temas principais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Para a aproximação com o campo e a seleção das entrevistadas, contamos com a colaboração de ACS que também desempenharam a função de informantes gerais. A participação dessas pessoas na pesquisa foi de fundamental importância no estabelecimento de confiança com as mulheres durante as visitas às residências, além do fornecimento de informações complementares ao estudo, aspecto também referido no estudo de Freitas *et al* (2011).

O projeto foi aprovado pela Associação dos Pequenos Produtores Rurais de Araçá e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o parecer nº 684.165. Trata-se de recorte da dissertação intitulada “Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas”, que teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de uma bolsa de mestrado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referem-se ao contexto socioeconômico, demográfico e cultural do estudo; e ao conhecimento sobre o câncer do colo do útero. Desta categoria emergiram as seguintes subcategorias: dificuldade de entendimento sobre a doença; doença “estremida”, perigosa e feia, que se não cuidar leva à morte; causas do câncer do colo do útero; sinais e sintomas do câncer do colo do útero.

a) CONTEXTO SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E CULTURAL DO ESTUDO

A comunidade dispõe de água encanada, luz elétrica, não há saneamento básico. Nos domicílios há eletrodomésticos e os principais meios de transporte são moto e carro de linha, utilizados, principalmente, para o deslocamento até a cidade em busca de serviços de saúde, para compras e recebimento de benefícios, como a bolsa família. A faixa etária das mulheres do estudo variou entre 22 e 69 anos de idade; são em sua maioria casadas, negras, de pouca

escolaridade e baixa renda. Possuem em média três filhos/as; a maioria dos partos foi normal e realizado em hospital. Comumente, não consomem bebida alcoólica e tabaco; possuem apenas um parceiro sexual, não utilizam preservativos e negam Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A comunidade é organizada politicamente, possui uma Associação Quilombola, em que acontecem reuniões mensais. A Associação agrega mulheres que participam ativamente das discussões e decisões, inclusive, no período da pesquisa, a presidência era exercida por uma mulher, Tomázia. Maria Benes é outra mulher da comunidade identificada na luta pela legalização do quilombo (MACÊDO, 2011).

b) CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

As mulheres que participaram do estudo foram unânimes em afirmar que nunca ocorreu caso de câncer do colo do útero entre residentes na comunidade. O único caso citado refere-se a uma mulher que teve certo grau de parentesco não consanguíneo com uma das moradoras, porém não residia nas terras quilombolas.

O conteúdo dos depoimentos apontaram para aspectos anatômicos do útero, ideias, causas e consequências do câncer do colo uterino, sinais e sintomas que deram origem às subcategorias do estudo.

Dificuldade de entendimento sobre a doença

As respostas das mulheres diante da pergunta “o que sabe sobre o câncer do colo do útero?” remeteram a aspectos variados de níveis e conteúdos desse conhecimento, sendo a dificuldade de entendimento sobre a localização do câncer uma das primeiras questões que nos chamou a atenção. Algumas entrevistadas demonstraram dúvidas e dificuldades na distinção entre os órgãos genitais femininos, referindo-se ao útero como sinônimo de mamas ou ovário.

Os depoimentos seguintes apontam para essa questão: “O câncer do colo do útero? É o câncer de mama não? Não, é do colo do útero. Eu não sei falar bem sobre essa doença não viu? (risos)” (E 09); “Eu já ouvi falar que no caso se o câncer for maligno né, tem que arrancar os seio, eu acho que é isso” (E 07); “Tem que se prevenir né, fazer exame do cole de mama, pra prevenir né?” (E 01); “Eu acho que depende das relações né, depende da falta de higiene, eu acho que seja isso, porque pra afetar um ovário desse!” (E 19). E ainda no seguinte depoimento: “Acho que dei de mamar muito, meus filhos mamavam de dois a três anos. Não tenho problema, não sinto nada, eu sinto muito é dor na coluna, que eu sou

problemada de coluna, mas graças a Deus eu não tenho isso, que tem gente aí que Ave Maria!” (E 11).

Conhecer a anatomia do corpo é um desafio para as mulheres mesmo nos dias atuais, isso porque a visão do corpo não se modificou nos vários aspectos. Quando criança, a menina precisa ter bons modos; na adolescência, as questões sobre sexualidade, que já trazem constrangimento, não são respondidas por completo ou são ignoradas (DUAVY *et al*, 2007).

Duas mulheres do estudo informaram não saber nada sobre o câncer do colo do útero. Dentre as entrevistadas que referiram conhecimento sobre o câncer do colo do útero, algumas apontaram para acesso precário à informação, e a televisão foi citada como veículo de transmissão. Os seguintes depoimentos evidenciam esses aspectos: “Já ouvi falar, mas só que não sei, nunca parei pra pensar, e também nunca soube de ninguém que já teve esse problema pra explicar o que é” (E8); “É difícil pra mim explicar, porque eu quase não ouço muito sobre esse câncer, vejo mais falar sobre o câncer de mama, esse eu quase não vejo falar” (E16); “Eu não sei falar bem sobre essa doença [...] Eu sempre vejo passando assim na televisão, mas eu nem presto muita atenção, não conheço ninguém que já teve não” (E9); “Mulher, eu nem sei te explicar direito, porque eu tive uma nora que hoje não é mais minha nora, que eu tive cuidando dela em Salvador com esse problema, câncer no colo do útero” (E 13).

A comunicação nos programas de prevenção ainda se mostra deficiente e isso se dá porque muitas mulheres não se identificam com a linguagem utilizada, que não contextualiza suas histórias e valores; os significados do corpo, da sexualidade precisam ser considerados nos contextos onde as mulheres estão inseridas, através de uma linguagem menos tecnicista e adequada aos seus interesses e necessidades (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Vale destacar que as informações trazidas na mídia possuem pouco conteúdo sobre a doença e acontecem em períodos esparsos de tempo, além disso, Salimena *et al* (2012) reforçam que a mídia não estimula as mulheres para certos cuidados, como por exemplo com órgãos genitais.

No estudo de Di Lanna; Costa; Toledo Neto (2014) ficou evidente a falta de conhecimento de mulheres de um município do interior do Paraná quando questionadas sobre a prevenção, fatores de risco e complicações da doença. Entre as mulheres quilombolas de Bouqueirão, Bahia, 60% declararam nunca ter feito o preventivo (AMORIM *et al*, 2013).

Leite *et al* (2014) relacionam falta de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco e as formas de prevenção do câncer do colo uterino à má informação por profissionais de saúde e à falta de acesso a programas de educação em saúde mais eficazes.

Através da oficina feminista, as participantes do estudo puderam expor suas dúvidas e se mostraram abertas às discussões. A reação inicial, após o momento de integração, foi de vergonha, muitas riam ao descrever o que imaginaram, algumas disseram que nunca tinham se tocado daquela forma. O incômodo em falar sobre o corpo, como se fosse algo pouco falado, ficou claro nas expressões e durante a entrevista com as mulheres do estudo de Salimena et al (2012), o que demonstra o déficit do autoconhecimento sobre a própria sexualidade.

Para representarem o corpo, algumas utilizaram o lápis de cor e outras a massa de modelar, mas todas representaram um corpo com cabeça, tronco e membros. Algumas ainda acrescentaram partes do corpo e/ou órgãos, como as mamas, o útero e o coração, sempre se referindo ao amor pelo corpo e a importância do útero por ser o órgão que abrigou seus filhos/as. Uma das participantes destacou o orgulho de ser mulher, negra e quilombola, alegando que as outras não representaram em seus desenhos o cabelo crespo.

No momento da discussão, as mulheres se mostraram curiosas e levantaram diversos questionamentos que foram além do tema abordado. Demonstraram interesse em discutir alterações no corpo das filhas após a menarca, questões relativas à menopausa e outros temas referentes à sexualidade e reprodução. No estudo de Salimena et al (2012), as mulheres também expressaram o conhecimento do corpo utilizando palavras como “menstruação”, “vagina”, “mamas”, “filhos”, “menopausa”, todas com foco na reprodução, isso por um papel social que é imposto às mulheres desde a juventude, a procriação. O estudo de Santos; Diniz (2011) também demonstrou que dentre os papéis da mulher, o mais valorizado foi a maternidade.

Câncer do colo do útero: doença “estremida”, perigosa e feia, que se não cuidar leva à morte

O câncer do colo do útero foi identificado como doença perigosa, feia, que mata as mulheres, aspectos identificados nas seguintes falas: “Eu sei que é uma doença toda estremida (estranha), sei lá (...) mas graças a Deus eu nunca tive esse problema não, fia” (E 11); “Câncer do colo do útero pra mim é uma doença muito perigosa, né? Leva à morte, é isso!” (E 19); “É uma doença assim que mata muitas mulheres. Só sei dizer isso, que é uma doença no colo do útero que mata muitas mulheres” (E 18); “Eu acho que é muito perigosa, né não? Porque dá câncer né, dá tudo né! E aí cabando as pessoas morrem por causa desse problema. O que eu entendo mesmo é só isso mesmo” (E 17); “Eu vejo falar assim que é uma doença muito feia né?” (E 03); “Um câncer no colo do útero eu sei que é muito sofrido, né? Acompanhei minha

nora fazendo a quimioterapia e a radioterapia, é muito sofrido. Eu peço a Deus pra mim não, dos meus conhecimentos não passar pelo que vi ela passando, porque sofre demais” (E 13).

A partir dos relatos das entrevistas, foi possível inferir que o câncer de colo uterino para maioria das mulheres entrevistadas tem uma representação negativa, pois elas associam essa doença à morte, perigo, o que é observado também em outras sociedades.

As mulheres que participaram do estudo de Rico; Iriart (2013) tinham mais consciência da existência do câncer do colo do útero do que informações biomédicas sobre ele, imaginavam se tratar de uma doença grave, “que come a pessoa por dentro”, o que reflete as representações do câncer em geral.

As representações acerca do câncer são sempre negativas, associadas a algo destrutivo, cruel e apesar dos avanços tecnológicos no que se refere ao seu diagnóstico e tratamento, diversos grupos sociais compartilham a representação social de que o câncer corresponde a uma sentença de morte (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; SILVA; CRUZ, 2011).

A associação entre a morte pelo câncer do colo do útero e a falta de prevenção e tratamento aparece nas seguintes falas: “A pessoa que tem o câncer e não cuidar né, leva à morte” (E 20); “É que é uma doença né, e que se não cuidar pode levar até a morte (E 15); “Se não tratar leva a vida até a morte né?” (E 03); “Fala assim que se a pessoa não cuidar, tem esse problema, esse câncer no colo do útero, e [pausa] Esse câncer é que dá problema nas mulher, no útero das mulher né? dá problema” (E 14); “Eu acredito que é uma doença que se descobrir a tempo, tem cura, né?” (E 08).

A representação do câncer do colo uterino como doença que se não diagnosticada e tratada precocemente vai crescendo e leva à morte foi identificada também no estudo de Silva *et al*, (2010); assim, é possível identificar nas falas das depoentes a representação do câncer como doença incurável, como uma sentença de morte e que, portanto, deve ser prevenida.

Causas do câncer do colo do útero

Algumas mulheres informaram sobre as causas do câncer do colo uterino atribuindo-o a problemas inerentes à constituição genética, à infecção e a possível transmissão sexual, como é possível depreender-se dos seguintes relatos: “Eu acho que começa com uma infecção, eu acho. No meu pensamento eu acho que é isso” (E 18); “Eu sei que é uma doença, sei lá, mas se é da gente ou se pega do marido né, não sei. Eu que penso, mas graças a Deus eu não, nunca tive esse problema não fia” (E 11). E ainda pelo depoimento: “Eu acho que não é uma doença que transmite de uma pessoa para outra, já vem da pessoa ali que ela tem, entendeu? Pode ter possibilidade de ter e se não faz tratamento, vai crescendo e acaba tendo a

doença, mas eu acho que ela não é transmitida pelo seu parceiro sexual e tal, entendeu? Acho que a pessoa possui, cria a doença ali através do útero, né?” (E 10).

A não observância de cuidados tradicionais em relação ao pós-parto e o uso de contraceptivos orais foram identificados em um depoimento como causas do câncer do colo do útero, conforme relato da entrevistada E6: “Muitas mulheres hoje tem essa doença eu tenho pra mim que é devido a esses comprimidos (pílulas anticoncepcionais), que as pessoas tomam tanto que aquilo ali vai fazendo uma doença no útero. Eu acho que é assim porque no meu tempo era muito difícil ter essas coisas. Hoje de vez em quando você escuta fulano morreu, fulano tá com câncer de útero, fulano tá não sei o quê, eu acho assim que é devido a essas coisas”.

Em outros discursos identificamos as causas do câncer do colo útero à quebra de valores culturais referentes à sexualidade feminilidade, à alimentação, à saúde reprodutiva no confronto das mudanças comportamentais das jovens com as práticas dos serviços de saúde, depreendidos dos seguintes relatos: “Tem delas (se referindo às moças da comunidade) que, sei lá. Eu acho que pega assim sem quê nem pra quê, extravagância aí no mundo” (E 4); “As comidas também. O povo diz que não tem nada a ver, mas eu acho que tem alguma coisa a ver. Dizem que eles falam assim: ah muié, ter um filho não é doença não. Mas muitas coisas acontece né? Por que mesmo eu já tive muitos filhos, mas eu nunca comi certas comida. Assim, no tempo de minha avó, de minha mãe tinha aquilo de não comer isso, não comer aquilo (no resguardo), não comer mandim, não comer pirá, não comer surubim, não comer uma matrinchã (peixes da região), não comer viado” (E6).

Mulheres que participaram do estudo de Carvalho; Queiroz; Ferreira (2013) apontaram o homem como “transmissor” das lesões precursoras do câncer cervicouterino através do ato sexual, ora por sua condição socialmente construída e aceitável de sexualmente ativo e exposto à contaminação, ora como fruto de uma traição conjugal pelo contágio de outra mulher fora de casa.

Hábitos de vida, fatores ambientais e sociais, tais como tabagismo, higiene íntima inadequada, início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso prolongado de contraceptivos orais e falta de conhecimento da mulher sobre a causa da doença são apresentados na literatura como fatores relacionados à etiologia do câncer do colo uterino (LEITE *et al*, 2014).

Sinais e sintomas do câncer do colo do útero

Foram citados sinais e sintomas da doença, as consequências do tumor instalado e do tratamento: como a histerectomia, infertilidade e queda de cabelo, conforme aparece nas falas: “Disse que sente dor quando vai ter relação, e corrimento, aqueles corrimento com mau cheiro” (E 19); “Diz que dá pra sentir problema na menstruação, que desce muito, que é bastante, direto descendo né, acho que é isso. Sente dor no pé da barriga e tem outras também que a barriga incha” (E 14); “Eu acho que é causada por uma infecção e às vezes tem que tirar o útero, eu imagino isso (E 09); “A causa eu não sei, mas eu acho que a pessoa depois não pode ter filho, né?” (E 16); “Eu acho que começa com uma infecção né, eu acho. No meu pensamento eu acho que é isso. Assim, eu já ouvi falar que cai cabelo né” (E 18).

O câncer do colo do útero tem progressão lenta e seu início é assintomático, podendo evoluir pra quadros de sangramento vaginal e dor abdominal (BRASIL, 2012). A busca pela assistência por parte das mulheres do estudo de Duavy *et al* (2007) só aconteceu mediante o aparecimento de sintomas, como “dor no pé-da-barriga” referida por uma das entrevistadas.

Como na etapa inicial do câncer do colo uterino não há sintomas, muitas mulheres só buscam os serviços de saúde quando o tumor já se encontra bem avançado, as mulheres do estudo de Pimentel *et al* (2011) diagnosticadas com o câncer do colo uterino já apresentavam, além do sangramento vaginal excessivo, sinais mais severos como lesões de bexiga.

Estudo que procurou traçar um panorama sobre o tema câncer na mídia brasileira *online* e impressa mostrou que quase todas as reportagens analisadas não abordaram os principais sintomas de cada tipo de câncer e não explicaram a doença (JURBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006).

O câncer vai além de uma dor física, pois provoca alterações em toda a vida da pessoa que por essa doença é acometida, e também da sua família, no trabalho, na sua imagem corporal e na sua vida social (SILVA; CRUZ, 2011). Por isso, entender como essa doença é representada por cada pessoa auxilia na prestação de cuidados mais efetivos.

Os valores culturais influenciam na maneira das pessoas enxergarem o mundo e a si mesmas, assim, estão sobremaneira relacionados ao autoconhecimento das mulheres sobre seu corpo e as alterações dele provenientes (SALIMENA *et al*, 2012). Dessa maneira, conhecer a influência dos fatores culturais no conhecimento das mulheres quilombolas sobre o câncer do colo do útero favorece a prestação de um cuidado de enfermagem competente.

CONCLUSÃO

O câncer do colo do útero foi identificado como doença fatal e perigosa que afeta as mulheres, e cujo tratamento causa muito sofrimento. Isso talvez pelo fato das neoplasias em geral serem vistas como doença grave, de tratamento sofrido, que mata muitas pessoas.

Certo desconhecimento das participantes sobre seu próprio corpo, da etiopatogenia do câncer do colo uterino e a dificuldade de entendimento sobre sua localização anatômica ficou evidente durante o desenvolver do estudo. Apesar de algumas já ouvirem falar através da televisão, recurso tecnológico presente em todas as casas, um conceito melhor construído ainda não foi possível, o que é afirmado pelas próprias mulheres, talvez pelos termos muito técnicos que são usados nas mensagens das campanhas, o que faz com que as mulheres não consigam fazer relação com elementos da vida na comunidade.

Ao contrário da televisão, os serviços de saúde não foram citados como fontes de informação. Àquela transmite informações consideradas insuficientes e pouco apreendidas pelas mulheres, e o câncer da mama é mais divulgado.

As dúvidas e as respostas inseguras sobre o câncer do colo do útero eram constantes. O receio de falar algo pouco discutido entre elas foi ao mesmo tempo desafiador e estimulante, levando as mulheres a verbalizar o interesse em participar de atividades educativas sobre o assunto.

A escolha do método da pesquisa foi adequada, por se tratar de um estudo com uma comunidade tradicional, que possui características próprias em relação à organização social e hábitos de vida. Conhecer ideias e valores das mulheres de populações tradicionais quilombolas sobre seus corpos e sobre o câncer do colo uterino pode servir de ponto de partida para a prestação do cuidado de enfermagem mais congruente com a cultura das mulheres.

As características do conhecimento das mulheres sobre seu corpo, especialmente quanto aos órgãos genitais internos e sua relação com o câncer do colo do útero, evidencia a necessidade de aprofundamentos de estudos sobre a temática, além do estabelecimento de um plano de atividades educativas participativas, considerando as experiências e o próprio conhecimento das mulheres sobre o assunto, a partir de suas demandas e necessidades.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Maise Mendonça *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, July/Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/viewFile/17308/12929>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee>.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 943-951, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400010&lng=en&nrm=iso>.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=en&nrm=iso>.

DI LANNA, Caroline Cintra; COSTA, Talita Vidotte; TOLEDO NETO, João Lopes. Conhecimento sobre o câncer de colo uterino e o estigma acerca do Exame Papanicolau. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP., v. 14, n. 9, p. 531-545, set., 2014. Disponível em: <http://revista.actiradentes.com.br/2014/textos/Trabalho_Revista_ATO_Cancer_do_Colo_do_Utero_2014.pdf>.

DUAVY, Lucélia Maria et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300024&lng=en&nrm=iso>.

ELOY, Christinne Costa *et al.* Apropriação e proteção dos conhecimentos tradicionais no Brasil: a conservação da biodiversidade e os direitos das populações tradicionais. **Gaia Scientia** (2014) Ed. Esp. Populações Tradicionais. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/gaia/article/view/22587>>.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Formação de um grupo de pesquisa em enfermagem na área da saúde da mulher e gênero. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 990-998, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400032&lng=en&nrm=iso>.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011b. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9221>>.

JURBERG; Claudia; GOUVEIA, Maria Emmerick; BELISÁRIO, Camila. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(2): 139-146, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo3.pdf>.

LEININGER, Madeleine M.; McFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2.ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.

LEITE, Maria Fernanda *et al.* Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, 2014; 24(2): 208-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n2/pt_14.pdf>.

MACÊDO, Dinalva de Jesus Santana. **Os conflitos e a luta da comunidade negra rural Araçá Cariacá BA: a posse da terra e o reconhecimento do território como quilombola**. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro: Diversidades e (Des)igualdades. 2011. Salvador.

Disponível em:

<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306201496_ARQUIVO_OsconflitosealutadacomunidadenegraruralAracaCariaca-BAapossedaterraereconhecimentodoterritoriocomoquilombola.pdf>.

MOSS, Julie A. Discovering the healthcare beliefs and practices of rural mestizo Ecuadorians. An ethn nursing study. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 32, n. 2, July 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200015&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. **Prevenção do câncer de colo uterino em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil** [manuscrito]. / Márcio Vasconcelos Oliveira. - Belo Horizonte: 2014. 145f.

PIMENTEL, Angela Vieira *et al.* Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Jun 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200006&lng=en&nrm=iso>.

RICO, Ana Maria; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900016&lng=en&nrm=iso>.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira *et al.* Conhecimentos e atitudes de mulheres varredoras de rua sobre o cuidado ginecológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100005&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200009&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Sílvio Éder Dias da *et al* . Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300002&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180-185, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600011&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Maria Regina Bernardo da; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. O Conhecimento, Atitudes e Prática na Prevenção do Câncer Uterino de uma Unidade da Zona Oeste Rio de Janeiro. **R. pesq. cuid. fundam.** [online], v.4, n.3, p.2483-2492, jul.-set. 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22541&indexSearch=ID>>.

TEIXEIRA, Marizete Argolo et al. Manuseio com massa de modelar: uma estratégia sensível de coleta de dados na pesquisa em saúde e enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 857-863, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300036&lng=en&nrm=iso>.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200020&lng=en&nrm=iso>.

ZORZAN, Fernanda Saldanha; CHAGAS, Arnaldo Toni Sousa das. Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu? Uma reflexão sobre o valor do corpo na atualidade e a construção da subjetividade feminina. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1557/1561>>.

6 PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: PRÁTICAS DE CUIDADOS ENTRE MULHERES QUILOMBOLAS²

CERVICAL CANCER PREVENTION: HEALTH CARE PRACTICES FOR QUILOMBOLA WOMEN

Elionara Teixeira Boa Sorte. Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UFBA). Integrante do GEM - raça e etnia.

Endereço: Rua Aurelina Dias da Silva, nº 58, Aeroporto Velho. Guanambi, Bahia, Brasil. CEP 46430-000. E-mail: naratbsorte@gmail.com.

Enilda Rosendo do Nascimento. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia - UFBA (GEM - raça e etnia) e Pesquisadora do GEM.

Sílvia Lúcia Ferreira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFBA. Líder do GEM - Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem - UFBA.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero utilizadas por mulheres quilombolas. Trata-se de estudo qualitativo, baseado na etnoenfermagem, desenvolvido em uma comunidade remanescente de quilombos, localizada na Bahia. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com 20 mulheres. Algumas práticas culturais foram apresentadas, como o uso de chás, de preservativo, cuidar mais de si mesma e o não uso de contraceptivos orais. O cuidado profissional foi destacado através de consultas médica, realização de exames e do Papanicolaou, outras mulheres disseram não se prevenir ora pelo descuido, ora pelo desconhecimento, ausência de sintomas ou de parceiro sexual. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde também foram destacadas. O conhecimento do cuidado preventivo para o câncer do colo uterino por parte das mulheres, especialmente daquelas vulneráveis socialmente, como as quilombolas deste estudo é de grande importância para o planejamento de cuidados que sejam congruentes com a realidade dessas mulheres.

Palavras-chave: Prevenção; Câncer do colo uterino; Mulher quilombola; Valores culturais; Enfermagem.

² Artigo elaborado a partir da Dissertação de Mestrado intitulada “Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas” e financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de uma bolsa de mestrado.

ABSTRACT

The objective of this study was to discuss the practices of prevention of cervical cancer used by quilombolas women. This is a qualitative study based on ethnonursing, developed into a remnant quilombola community, located in Bahia. Data were collected through semi-structured interviews with 20 women. Some cultural practices were stated, such as the use of teas, sex condoms, increased self-health care and avoidance of the use of oral contraceptives. The professional care was highlighted through medical consultations, clinic exams and Pap smear. Other women declared they do not prevent themselves by either lapses and neglect, ignorance, absence of symptoms or sexual partner. Difficulties in the access to health services were also highlighted. The knowledge of preventive care for cervical cancer for women, especially those socially vulnerable, as the quilombola women of this study, is of great importance for the planning of a health care that is congruent with the reality of these women.

Keywords: Prevention; Cervical cancer; Quilombola women; Cultural values; Nursing.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um dos mais comuns entre as mulheres, sendo responsável por aproximadamente 500 mil casos novos e 230 mil óbitos por ano, em todo o mundo, o que leva a um grande prejuízo social e financeiro, pois essas mulheres ocupam leitos hospitalares e ficam longe do mercado de trabalho e convívio familiar (Rodrigues e col., 2012).

O tratamento dessa neoplasia é mais efetivo quando se tem a detecção precoce, que se dá, principalmente, pelo exame citopatológico (Papanicolaou), sendo esse de tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para o sistema de saúde (Rodrigues e col., 2012).

Entretanto, esse câncer ainda é considerado um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como o Brasil, pelas altas taxas de prevalência e mortalidade, em especial em mulheres de situação socioeconômica mais baixa (Casarin; Piccoli, 2011).

Com relação à prevenção do câncer do colo uterino, as mulheres do estudo de Rico; Iriart (2013) mencionam realização de exame e controles de rotina, outras referem-se especificamente ao Papanicolaou, outras ainda associam a prevenção à significados outorgados ao corpo feminino, como a falta de higiene.

Em se tratando de mulheres quilombolas, poucos são os estudos direcionados aos cuidados preventivos e, para o câncer do colo uterino, ainda são mais escassos, especificamente quando se trata da relação dos valores culturais com o cuidado preventivo. Os achados do estudo de Oliveira; Guimarães; França (2014), que buscou analisar os fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista, Bahia, demonstram que é preciso refletir sobre os fatores

que influenciam a não realização do exame preventivo, sendo importante pensar em ações de prevenção do câncer do colo uterino.

A falta de informações adequadas sobre a importância da prevenção ou até mesmo a dificuldades das mulheres incorporarem essas práticas preventivas em seu cotidiano de preocupações talvez reflita o retardo pela procura dos serviços (Pimentel e col., 2011).

Profissionais de saúde têm papel fundamental na prevenção desse câncer, seja na prevenção primária, através do planejamento e supervisão dos programas, seja na prevenção secundária com a realização do exame preventivo, o que contribui para o diagnóstico precoce (Silva; Silva, 2012).

Facilitar o acesso das mulheres às informações, ao exame preventivo, bem como o conhecimento de seus benefícios e o enfrentamento dos resultados, não permitindo que o medo e a ansiedade inviabilize o cuidado com o próprio corpo são ações fundamentais, visto que a prevenção é a melhor arma para a redução da morbimortalidade por câncer do colo uterino (Silva; Silva, 2012).

Vale ressaltar que qualquer ação de prevenção deve considerar os valores e práticas de cuidados utilizados em culturas específicas, sendo necessário que a/o enfermeira/o conheça as mulheres da comunidade em que está atuando na prevenção do câncer do colo uterino, para que se estabeleça uma relação de confiança e facilite a assistência prestada (Cestari; Zago, 2012).

Desafios para prevenção, informação, educação e promoção em saúde são vivenciados na diferença cultural dos cuidados, pois pode levar ao preconceito, principalmente quando não se tem conhecimento sobre a cultura de quem recebe o cuidado, o que torna necessária a construção de um diálogo e cuidado de saúde culturalmente competentes, assim, conhecer e compreender a cultura de populações, bem como a relação destas com os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados é fundamental para a assistência de profissionais de saúde (Ramos, 2012).

Diante disso, objetiva-se neste estudo discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero utilizadas por mulheres quilombolas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento do estudo, adotamos uma perspectiva qualitativa. A pesquisa foi realizada na comunidade quilombola de Araçá Cariacá, localizada na zona rural do

município de Bom Jesus da Lapa, Bahia, que se encontra na região centro-oeste do Estado, na microrregião do Médio São Francisco.

O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 2014, durante o qual obtivemos informações sobre a comunidade por meio de visitas, contatos com lideranças locais e Agentes comunitárias de saúde (ACS), observação das condições físicas do local, e realizamos entrevistas com 20 mulheres residentes na área, de idade igual ou superior a dezoito anos, representando as informantes-chave, e ACS que representaram os/as informantes gerais.

Para a coleta dos dados, utilizamos a entrevista semiestruturada gravada, que aconteceu em local privativo, individualmente, mantendo a privacidade da participante e possibilitando melhor gravação do áudio. Esse momento possibilitou maior interação com as mulheres, criação de vínculo de confiança e profundidade do que pretendíamos investigar. E foi guiada pelas seguintes questões: Na sua opinião, o que as mulheres podem fazer para evitar o câncer do colo do útero? Quais os cuidados preventivos para o câncer do colo uterino relacionados a seus hábitos culturais? E você, o que tem feito para prevenir-se desse câncer? Além disso, utilizou-se um formulário sócio-econômico-cultural, com os seguintes aspectos a serem questionados: tecnológicos, religião e filosofia; companheirismo e sociais; modos de vida; políticos e legais; econômicos; educacionais; características da saúde reprodutiva e fatores biocomportamentais.

O método utilizado foi o da etnoenfermagem. É um método de pesquisa aberto e qualitativo em busca das ideias, perspectivas e conhecimentos sobre cuidado e cultura de determinadas populações que contempla quatro fases: coleta, descrição e documentação da matéria prima; identificação e categorização de componentes; padrão e análise contextual; temas principais, resultados de pesquisas, formulações teóricas e recomendações (Leininger; McFarland, 2006).

Para a aproximação com o campo e a seleção das entrevistadas contamos com a colaboração de uma ACS e de um agente comunitário de saúde que também desempenharam a função de informantes gerais. A participação dessas pessoas na pesquisa foi de fundamental importância no estabelecimento de confiança com as mulheres durante as visitas às residências, além do fornecimento de informações complementares ao estudo, aspecto também referido no estudo de Freitas *et al* (2011).

O projeto foi aprovado pela Associação dos Pequenos Produtores Rurais de Araçá e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o parecer nº 684.165. Trata-se de recorte da dissertação intitulada “Práticas preventivas para o câncer do

colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas”, que teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de uma bolsa de mestrado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referem-se ao contexto socioeconômico, demográfico e cultural do estudo, e ao cuidado preventivo para o câncer do colo do útero. Desta categoria emergiram as seguintes subcategorias: Cuidado cultural; Cuidado profissional e Prevenção: Eu? Não faço muita coisa não!

a) CONTEXTO SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E CULTURAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma área rural do município de Bom Jesus da Lapa onde estão localizadas as terras habitadas pelo povo quilombola autoreferenciado como descendentes do escravo Roque. Este foi símbolo de luta e resistência para a comunidade, pois mesmo sendo vendido pelo fazendeiro para São Paulo, permaneceu na fazenda, adquiriu confiança do proprietário, se tornando encarregado e depois agregado da fazenda; atualmente, é a principal referência para construção da identidade quilombola desse povo (Macêdo, 2011).

A comunidade dispõe de água encanada, proveniente de poço artesiano, luz elétrica, não há saneamento básico, nas residências há eletrodomésticos e os principais meios de transporte são moto e carro de linha, utilizados, principalmente, para se deslocarem até a cidade em busca de serviços de saúde, para compras e recebimento de benefícios, como a bolsa família. As mulheres referem gostar da casa onde vivem e se sentem bem nelas.

A faixa etária das mulheres do estudo variou entre 22 e 69 anos de idade; são em sua maioria casadas, negras, de pouca escolaridade e baixa renda. Possuem em média três filhos/as; a maioria dos partos foram normais e realizados em hospital. Comumente não consomem bebida alcoólica e tabaco; possuem apenas um parceiro sexual, não utilizam preservativos e negam Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A comunidade é organizada politicamente, possui uma Associação Quilombola, em que acontecem reuniões mensais. A Associação agrega mulheres que participam ativamente das discussões e decisões, inclusive, no período da pesquisa, a presidência era exercida por uma mulher, Tomázia. Maria Benes é outra mulher da comunidade identificada na luta pela legalização do quilombo (Macêdo, 2011).

b) CUIDADO PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Cuidado cultural

O cuidado cultural refere-se ao conhecimento e práticas de saúde que são culturalmente aprendidas e transmitidas de geração a geração.

O uso de preservativo, cuidar mais de si e o não uso de remédios (contraceptivos orais) foram referidos pelas mulheres quando questionadas sobre o que fazer para prevenir do câncer do colo uterino: “Usar preservativo” (E 16); “Minha fia, eu acho que é cuidar mais delas (se referindo às moças da comunidade) mesmo” (E 04);

Eu acho assim que não podia tomar esses remédios não, mais hoje tá difícil que as muié não quer ganhar esse tanto de menino, e não tem outro jeito, que tem é operar, tomar esses remédio, eu não achava de acordo em tomar, né, mais hoje é difícil não tomar (E 06).

Uso prolongado de contraceptivos orais são apresentados na literatura como fatores relacionados à etiologia do câncer do colo uterino (Leite e col., 2014). Neri e col. (2013) ressaltam que a contracepção hormonal representa um risco para o câncer do colo uterino e a baixa adesão ao preservativo eleva a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, como é o caso do HPV, vírus responsável por mais de 90% dos casos de câncer cervicouterino.

Três mulheres entrevistadas ainda disseram não saber nada sobre a prevenção do câncer do colo uterino: “Ah minha irmã, aí agora eu não sei não” (E 17); “Também não sei explicar o que pode fazer pra não ter” (E 12); “Também não tenho noção” (E 07)

A literatura evidencia carência de conhecimento das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo do útero, medo da doença, do preventivo e seu resultado e a vergonha em buscar os cuidados (Pimentel e col., 2011).

No cuidado cultural, o uso de plantas medicinais é comumente utilizado para prevenção e tratamento de afecções, neste estudo, um informante geral (ACS) acrescentou que o consumo de plantas medicinais é sim usado na comunidade, contudo para tratamento de certas enfermidades e não para prevenção do câncer do colo uterino especificamente:

Acho importante né, é uma das doenças que vem matando as mulheres, acho que pode ser evitável através do exame, acho que é muito importante. [Em relação ao uso de plantas] Assim, especificamente para prevenção do câncer do colo do útero eu não tenho essa informação, mas pra outras doenças o pessoal usa muito, pra prevenir acho que não (ACS 2).

Entretanto, algumas quilombolas referem como prática tradicional preservada pelas mulheres mais velhas para tratar inflamação e quentura no útero e até prevenir o câncer do colo do útero, o uso da casca das seguintes plantas: barbatimão, romã, jatobá e quixaba, como indicado nos seguintes relatos:

Eu às vezes tomo esses remédio de mato, essa casca de pau que diz que é bom, que eu costume muito tomar. Baba de timão, jatobá, quixaba, essas coisas assim que diz que é bom sempre eu tomo. Pra inflamação, porque causa, isso é causada por infecção, inflamação, e essas coisas é boa e eu sempre tento me evitar com isso, mas me sinto bem né (E 19).

As muié fala assim, ah pra evitar essas doenças tem que bota aquela casca de romã, barbatimão, que é muito bom assim pra evitar esses tipos de doença, né? Só que eu não sei se isso é verdade mesmo, né? A casca do jatobá também disse que é bom, disse que é muito bom pra evitar essas coisas [...] Gente véi, vai ficando véi né, porque acontece muita coisa assim com a gente. Sempre tomei essas coisas assim, de quando eu tenho essa filharada (E 06).

Dizem que tomar aquele barbatimão é que é muito bom, né, pra inflamação e tudo, mais a gente nem faz isso, sabe? Porque a gente aqui também, pode dizer que quase não se cuida sobre isso. Essas pessoas mais idosa não, cuida né? E também essa doença não é só idosa, tá pegando jovem também (E 13).

Vejo comentários das mulher falar, principalmente as mais velhas, que tem cascas, elas toma remédio, casca de pau que é bom pra quentura, pra inflamação no útero, eu vejo esse comentário mas...É a casca da romã, a casca do barbatimão também, que é muito boa também pra inflamação (E 08).

As plantas medicinais possuem substâncias químicas que são biologicamente ativas, como os terpenos, alcaloides, taninos e flavonoides, que podem levar ao controle ou mesmo a cura de doenças como o câncer, doenças infecciosas e inflamatórias, por isso, a esses compostos, diversas funções biológicas sobre seres vivos, tais como antimicrobiana, anti-inflamatória, antitumoral, analgésica, antioxidante, hipoglicemiante foram atribuídas (Soares, 2010). O uso de plantas com finalidade terapêutica tem grande aceitação popular e apoio da Organização Mundial da Saúde (Werkman e col., 2008).

Os resultados do estudo químico, antimicrobiano e citotoxicidade *in vitro* de extratos obtidos da casca do tronco da *Hymenaea stigonocarpa* (jatobá do cerrado) sugeriram que essa é uma espécie em potencial para elaboração de fitoterápicos, principalmente como antimicrobiano e antitumoral (Soares, 2010).

Em um dos estudos apontados na revisão de literatura, que apresenta a multifuncionalidade da *Punica granatum L.* (romã) como fitoterápico, os polifenóis do suco fermentado da romã inibiram em 47% a formação de lesão cancerosa induzida, outro verificou bons resultados na participação de extratos de romã na inibição da angiogênese, que é um processo crítico para o desenvolvimento e progressão do câncer (Werkman e col., 2008).

Estudos trazidos em uma revisão de literatura comprovaram as propriedades medicinais das folhas e cascas da *Stripnodendron adstringens* (barbatimão) como importante agente antimicrobiano, anticancerígeno e até antiofídico (Ferreira; Silva; Souza, 2013).

O estudo de Gomes; Bandeira (2012), realizado na comunidade Casinhas, município de Jeremoabo, estado da Bahia que teve o objetivo de inventariar as plantas medicinais utilizadas e medir a saliência cultural das mesmas, demonstrou que a casca do Jatobá é usado na forma de xarope, inalação e chá para gripe, “catarro”, mal olhado e “coisas do ar”; o fruto da romã é ingerido ou usado na forma de chá para inflamação de garganta; a casca e as folhas do barbatimão são usadas maceradas ou na forma de chá e banho para inflamações e ferimentos.

E através de algumas falas foi possível observar dúvidas quanto à eficiência do cuidado cultural, embora nenhuma delas nega esse cuidado: “Eu vejo falar assim que toma remédio de casca de pau, né, um ‘bucado de bobaragem’ aí que o povo faz, costuma tomar aí, não sei se miora” (E 03).

Tem umas que faz correto, inicia fazendo o preventivo, né? Mais tem outras que, umas raízes diz que é bom, não sei, antigamente funcionava, mas agora pra mim com contato de saúde eu acho que é um pouquinho mais fora assim, sabe? Do tratamento mesmo, mas o que eu posso fazer se elas gostam de fazer isso, gosta de tomar casca de pau pra poder prevenir, dizendo elas que tão prevenindo o câncer do colo do útero, né, não sei, mas é bom. É, os exames, né, o correto o exames, o preventivo, o Papanicolau, né, tem as vacinas também, né, do HPV também (ACS 1).

Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos diante das consequências do encontro de grupos de diferentes culturas, tais como as dificuldades de comunicação, educação e saúde, os processos adaptativos e a aculturação, que se refere às experiências da pessoa diante o contato com outra cultura (Ramos, 2013).

Cuidado profissional

O cuidado profissional refere-se ao cuidado aprendido, ensinado e transmitido por profissionais de saúde.

Sete mulheres entrevistadas informaram que já realizaram o exame preventivo para se prevenir do câncer do colo uterino: “Faço o preventivo todo ano, de ano em ano e nunca deu nada” (E 20); “Ah! Todo ano eu faço o papa (Papanicolaou)” (E 15); “Eu faço assim sabe, exame de ano em ano tô fazendo graças a Deus, vai fazer um ano, graças a Deus deu tudo OK, tudo normal” (E 13); “Sempre vou no médico, faço preventivo. Eu acho que se tiver é dois anos, se tiver” (E 03).

Segundo o INCA, o Papanicolaou deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, por essa ser uma população alvo, uma vez que foi identificada maior ocorrência de lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas antes de evoluírem para o câncer; a rotina recomendada é a realização do exame citopatológico a cada três anos, após dois exames normais realizados no intervalo de um ano, a fim de reduzir a possibilidade de falso negativo (Brasil, 2012).

A procura pelo médico, a realização de exames e/ou do Papanicolaou foram ações comumente citadas: “Fazer o preventivo, né? E se cuidar. Fazer os exames e sempre acompanhando com o ginecologista” (E 20); “Eu acho que é ir no médico com frequência, fazer todo tipo de exame, fazer preventivo, fazer ultrassom de vez em quando é o certo” (E 19); “Tem que sempre consultar o médico, fazer o Papanicolaou de ano em ano pra poder ver como é que tá, se ela tem, se ela já tem pra começar a fazer o tratamento pra poder curar” (E 15); “Melhor fazer é procurar um médico, né? O ginecologista pra ver como é que se trata, o cuidado que tem também, né?” (E 02); “É fazer o exame mesmo, né, pra evitar, né. Tem que fazer o exame pra ver como tá, se tá bem, e cuidar, a mulher tem que cuidar, pra não chegar a atingir a doença (E 01).

Em estudo que buscou compreender os significados das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares da capital baiana, a alta valorização do Papanicolaou também foi percebida nas falas das entrevistadas (Rico; Iriart, 2013).

Uma das mulheres relatou utilizar tanto do cuidado cultural quanto profissional:

Os exames eu já fiz, esses exame já fiz umas seis vez ou mais, o preventivo. E tem vez que eu tomo o remédio em casa, os remédio caseiro, tomo aquela baba de timão, diz que é muito boa né pra gente tá tomando, tomo aquele picão, diz que é muito bom pra muitos problema. Eu tomo é esses remédio, não sei se é bom (risos) (E 14).

No estudo de Pimentel e col. (2011), as mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero só perceberam a sua vulnerabilidade quando se depararam com a doença, a partir daí seguiam a risca o tratamento e utilizavam-se de outras alternativas contidas nas crenças populares que podiam auxiliar na recuperação, assim, o processo terapêutico delas mostra

uma mescla entre conhecimento profissional e popular, em que este exerce um auxílio ao tratamento médico. Ramos (2013) aponta que a abordagem da valorização cultural, especificamente de grupos minoritários, é um recurso para revalorização de identidades culturais.

Prevenção: Eu? Não faço muita coisa não!

Treze das vinte mulheres entrevistadas disseram nunca ter realizado o exame preventivo e ao serem questionadas sobre o que tem feito para prevenir-se do CCU, algumas mulheres disseram não fazer nada, justificando ora pelo descuido, ora pelo desconhecimento da doença, ausência de sintomas ou de parceiro sexual, o que é evidenciado nas falas: “Eu? Não faço muita coisa não! Quase não faço exame” (E 09); “Nada (risos), eu quase não entendo muito, nunca ouvi falar, ouvi ouvi, mas não direito assim pra explicar” (E 16); “Minha filha eu nunca fiz nada, porque eu fiquei solteira, depois fui embora trabalhar na casa dos outros, crio uma filha, não tive muito marido, entendeu?” (E 12); “Eu (risos) não fiz nada, vai fazer dezoito anos que meu marido morreu e graças a Deus nunca fiquei com homem nenhum” (E 04); “Eu mesmo nada (risos), sempre vejo falar que é importante fazer exame, mas...” (E 02);

Eu nunca fiz nada, mas sempre sei que é uma doença muito perigosa, eu sou assim muito desleixada nessa parte, eu não me cuido. Mas porque assim até o momento eu não senti nada ainda assim pra chegar e ter medo e cuidar. Mas eu já fui orientada, minha agente de saúde sempre fala comigo que tem que ir fazer o exame, se prevenir, porque toda mulher pode acontecer, tem que cuidar, mas eu mesma nunca fui no médico (E 01).

Durante os encontros realizados com as mulheres participantes do estudo que buscou promover educação sexual e conhecer o perfil de saúde sexual de mulheres de um município gaúcho verificou-se que as mesmas reconhecem a importância da prevenção para manutenção de uma vida saudável, entretanto, alguns disseram que quando buscaram assistência foi por conta do aparecimento de sintomas (Casarin, Piccoli, 2011).

As mulheres do estudo de Pimentel e col. (2011) revelaram só procurar os serviços de saúde mediante presença de algum sinal ou sintoma. Dentre as entrevistadas no estudo de Soares e col. (2010), 50% das mulheres só vão à consulta médica quando apresentam algum agravo à saúde, somado àquelas que não souberam informar e as que não se consultavam, obteve-se uma porcentagem de 70% de mulheres que não consideram importantes atitudes preventivas.

No estudo de Pimentel e col. (2011) também apareceu a questão do “desleixo” para com a prevenção, pois as mulheres diagnosticadas com câncer do colo uterino relataram que por vergonha e “relaxo” não realizaram o exame preventivo antes de apresentarem a doença. Essas autoras destacam que os diversos motivos citados pelas mulheres para não procurarem os serviços de saúde reforçam a falta de conhecimento delas sobre o risco de adquirirem uma doença como o câncer do colo do útero, as consequências da doença e a importância da prevenção.

As mulheres do estudo de Domingues e col. (2013) denunciam um cuidado superficial por parte de profissionais de saúde, que dispensam maior tempo para o atendimento à mulheres brancas quando comparadas às negras, algumas falas destacam ainda que o fato de serem mulheres, negras e pobres leva a um atendimento desigual e desqualificado nos serviços de saúde, assim, reconhecem que de alguma forma, a assistência prestada resulta em atendimento diferenciado e, por vezes, em restrição de acesso.

As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado prestado ao identificar que “fatores associados às desigualdades de gênero e raça determinam as disparidades sociais, hierarquizando o acesso aos serviços de saúde por meio de diferentes características individuais” (Goes; Nascimento, 2013, p. 576).

A não busca da prevenção por parte das quilombolas, ou por falta de vontade ou por dificuldade de acesso também é evidenciado por informantes gerais quando questionados(as) quanto ao que as mulheres da comunidade tem feito para evitar o câncer do colo do útero: “Pouquíssima coisas, até os exame é difícil de fazer, não tem nem vontade, outras tem vontade, vão no posto e não conseguem marcar e fazer algum preventivo. É muito complicado isso daqui, as mais antigas até usam raízes, as mais novas nem tá aí, deixa pra lá” (ACS 1).

Assim, tem uma resistência das mulheres de fazer o preventivo né, mas uma boa parte das mulheres já procurou a gente, já fizeram, sempre que tem oportunidade elas faz o preventivo. E ... às vezes as pessoas fica assim, devido uma vez que as pessoas fizeram e não receberam o resultado, então ela achou que se expos pra fazer o exame, pra coletagem da amostra e finalmente não teve o resultado, elas ficam com essa resistência. Às vezes falta material, a distância também (ACS 2).

Além das deficiências nos atendimentos e encaminhamentos hospitalares, a questão do acesso também foi uma barreira identificada no quilombo de Buriti do Meio-MG no que se refere ao uso dos serviços de saúde, visto que a comunidade fica distante 30 km da sede do município (Freitas e col., 2011).

As mulheres do estudo de Rico; Iriart (2013) também referiram não fazerem exame por dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essas dificuldades, muitas vezes, são atribuídas às restrições no número de vagas e horários para atendimento, além do aspecto geográfico (Oliveira; Mattos; Souza, 2009). As mulheres que participaram do estudo de Pimentel e col. (2011) informaram que compareciam aos serviços de saúde, mas não eram atendidas, e em alguns casos, iam buscar o resultado do exame que não era encontrado.

A dificuldade de alcançar os serviços de saúde é algo que deve ser destacado, no caso específico da comunidade em estudo, esses serviços se encontram na cidade, distante cerca de vinte quilômetros, assim, a busca pelo atendimento muitas vezes é negligenciado. A ACS que participou da pesquisa contou que a primeira dose da vacina para prevenção do HPV foi realizada de maneira integral nas meninas da comunidade, pois profissionais de saúde do município foram até lá realizar a vacinação, entretanto, na segunda dose isso não aconteceu, pois pais e mães deveriam levar suas filhas até a cidade para receberem a vacina e, mesmo ela avisando, muitos/as não foram.

CONCLUSÃO

Cuidar mais de si, o não uso de contraceptivos orais, o uso de preservativos e plantas medicinais foram cuidados apontados pelas quilombolas para prevenção do câncer do colo do útero. Outras mulheres do estudo, contudo, disseram não saber nada sobre a prevenção dessa neoplasia.

O cuidado cultural, também denominado por Leininger como cuidado genérico, em muitos casos era citado pelas mulheres apenas quando questionadas quanto aos cuidados preventivos relacionados a hábitos culturais. E esses hábitos estavam sempre relacionados às mais idosas. Talvez pelo processo de aculturação, e por considerarem o conhecimento delas como menor, tentavam responder o que para elas profissionais de saúde querem ouvir.

A ideia de prevenção está ligada ao cuidado profissional e à realização do preventivo. Realizar consultas médicas, exames e o Papanicolaou foram ações preventivas para o câncer do colo uterino também citadas pelas mulheres. Entretanto, treze das vinte mulheres entrevistadas nunca realizaram o exame preventivo; muitas alegaram não conhecer muito sobre o exame, outras por ausência de sintomas e outras ainda por “desleixo”.

O conhecimento do cuidado preventivo para o câncer do colo uterino por parte das mulheres, especialmente daquelas vulneráveis socialmente, como as quilombolas deste

estudo, é de grande importância para o planejamento de ações que sejam congruentes com a realidade dessas mulheres e, assim, possibilite o cuidado eficaz e eficiente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee>.
- CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029&lng=en&nrm=iso>.
- CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, p.176-182, 2012. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../17073/pdf>.
- DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.** V. 22 n. 2: Abr./Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200003&script=sci_arttext>.
- FERREIRA, Érica Camila; SILVA, Jorge Luiz Lima da; SOUZA, Raoni Ferreira de. As propriedades medicinais e bioquímicas da planta *Stryphnodendron adstringens* “barbatimão”. **Persp. Online: bio. & saúde**, Campos dos Goytacazes, 11 (3), 14-32, 2013. Disponível em <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view>.
- FREITAS, Daniel Antunes et al. Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9221>>.
- GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso>.
- GOMES, Thiago Bezerra; BANDEIRA, Fábio Pedro Souza de Ferreira. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 26, n. 4, Dec. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-33062012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

LEININGER, Madeleine M.; McFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2.ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.

LEITE, Maria Fernanda *et al.* Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, 2014; 24(2): 208-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n2/pt_14.pdf>.

MACÊDO, Dinalva de Jesus Santana. **Os conflitos e a luta da comunidade negra rural Araçá Cariacá BA: a posse da terra e o reconhecimento do território como quilombola**. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro: Diversidades e (Des)igualdades. 2011. Salvador.

Disponível em:

<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306201496_ARQUIVO_OscnflitosealutadacomunidadenegraruralAracaCariaca-BAapossedaterraeeoreconhecimentodoterritoriocomoquilombola.pdf>.

NERI, Érica de Alencar Rodrigues *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolaou de prostitutas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-738, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300020&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARAES, Mark Drew Crosland; FRANCA, Elisabeth Barboza. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, Nov. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104535&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lng=en&nrm=iso>.

PIMENTEL, Angela Vieira et al. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Jun 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200006&lng=en&nrm=iso>.

RAMOS, Maria Natália Pereira. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012. Disponível em:

<<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3148/1/NataliaR.pdf%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20e%20Interculturalidade%20-%20Perspectivas.pdf>>.

RAMOS, Natália. **Interculturalidade(s) e Mobilidade(s) no espaço europeu**: viver e comunicar entre culturas. *The Overarching Issues of the European Space*. Ed. Faculdade Letras Universidade do Porto: 2013. Pag. 343-360. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12349.pdf>>.

RICO, Ana Maria; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900016&lng=en&nrm=iso>.

RODRIGUES, Bruna Côrtes. *et al.* Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SILVA, Maria Regina Bernardo da; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. O Conhecimento, Atitudes e Prática na Prevenção do Câncer Uterino de uma Unidade da Zona Oeste Rio de Janeiro. **R. pesq. cuid. fundam.** [online], v.4, n.3, p.2483-2492, jul.-set. 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22541&indexSearch=ID>>.

SOARES, Carla Michella Leal. **Avaliação *in vitro* da atividade antimicrobiana e antitumoral de extratos de *Hymenaea stigonocarpa*** Mart. Ex. Hayne (Jatobá do Cerrado). Recife, 2010. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Patologia. 2010.

SOARES, Marilu Correa et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100014&lng=en&nrm=iso>.

WERKMAN, C. et al. Aplicações terapêuticas da *Punica granatum L.* (romã). **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.10, n.3, p.104-111, 2008. Disponível em <http://www.sbpmed.org.br/download/issn_08_2/revisao_v10n3.pdf>.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dimensões da estrutura social e cultural propostas pelo Modelo Sunrise (fatores tecnológicos, filosóficos e religiosos, social e comportamental, valores culturais e modos de vida, fatores legais e políticos, econômicos e educacionais) influenciam no cuidado preventivo das mulheres quilombolas entrevistadas. Elas vivem em pequenas casas, porém confortáveis, com marido e filhos/as. Na residência possui luz elétrica, água encanada e aparelhos eletrodomésticos; possuem baixa renda e pouca escolaridade; professam o catolicismo, defendem uma identidade quilombola e exercem a função de cuidadora do lar e da prole.

Em relação aos cuidados de saúde, o fato da comunidade não contar com serviços da ESF e as pessoas terem que se deslocar para cidade a fim de buscar informações, promoção, prevenção e tratamento de saúde dificulta a adesão ao cuidado profissional e, em se tratando de cuidado cultural, esse é mais praticado pelas idosas.

Doença fatal e perigosa que afeta as mulheres, e cujo tratamento causa muito sofrimento foi a representação das quilombolas do estudo em relação ao câncer cervicouterino. Certo desconhecimento das participantes sobre seu próprio corpo, da etiopatogenia do câncer do colo do útero e a dificuldade de entendimento sobre sua localização anatômica ficou evidente durante o desenvolver do estudo.

Cuidar mais de si, o não uso de contraceptivos orais, o uso de preservativos e plantas medicinais foram cuidados apontados pelas quilombolas para prevenção do câncer do colo do útero. Realizar consultas médicas, exames e o Papanicolaou foram ações preventivas para esta neoplasia também citadas pelas mulheres. Entretanto, treze das vinte mulheres entrevistadas nunca realizaram o exame preventivo. Muitas alegaram não conhecer o exame, ausência de sintomas ou por “desleixo”. Outras ainda disseram não saber nada sobre a prevenção desse câncer.

Assim, é fundamental a promoção de práticas educativas em saúde, possibilitando a troca de saberes e o acesso à informação. Nesse sentido, a enfermagem tem papel fundamental, pois é o elo entre o cuidado profissional e cultural, como traz o Modelo Sunrise, lembrando que as práticas exercidas por profissionais de saúde devem utilizar-se do conhecimento científico, mas não dispensar a escuta e o acolhimento, que favorece o vínculo entre profissional e cliente.

A escolha do método da pesquisa foi adequada por se tratar de um estudo com uma comunidade tradicional, que possui características próprias em relação à organização social e

hábitos de vida e por possibilitar a prestação do cuidado de enfermagem mais congruente com a cultura das mulheres. Vale destacar que neste estudo decisões e ações de atendimento de enfermagem com base na manutenção, negociação e reestruturação do cuidado cultural não foram propostas.

O conhecimento das condições de vida e saúde de populações específicas e do cuidado preventivo para o câncer do colo uterino por parte das mulheres quilombolas possibilita o planejamento de ações que sejam congruentes com a realidade dessas mulheres e, conseqüentemente, com resultados mais efetivos e eficientes.

As dificuldades em obter dados específicos sobre a população quilombola, bem como suas condições de saúde denotam a necessidade de se intensificar os estudos, a fim de buscar conhecer o modo como vivem, propor melhorias de saúde e respeitar sua cultura. Além do estabelecimento de um plano de atividades educativas participativas, partindo das experiências e do próprio conhecimento das mulheres, e da melhoria do acesso das quilombolas a serviços de saúde.

Além disso, é de fundamental importância a implementação de políticas públicas específicas para população quilombola, que considere suas particularidades socioculturais e compreenda o processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mariléa. **A experiência de mulheres quilombolas: raça e gênero na criação de corpos étnicos.** In: XVI Encontro Regional de História da Anpuh-RJ: Saberes e práticas científicas. 2014. Rio de Janeiro. *Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-RJ: Saberes e práticas científicas.* Rio de Janeiro, 2014. 1-17p. Disponível em: <http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1402090314_ARQUIVO_MarileaAnpuh2014-Versaofinal-1.pdf>.
- AMARAL, Assunção José Pureza. Remanescentes das comunidades dos quilombos no interior da Amazônia – conflitos, formas de organização e políticas de direito à diferença. **Cadernos do CEOM** – Ano 22, n. 30 – Políticas públicas: memórias e experiências. Chapecó: Argos, 2009, 456p. Disponível em: <<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rcc/article/view/457/291>>.
- AMORIM, Maise Mendonça et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, July/Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/viewFile/17308/12929>>.
- AYRES, José Ricardo de C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A. de (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2009.
- BATISTA, José Eduardo *et al.* Fatores associados ao vírus HPV e lesões cervicais em mulheres quilombolas. **Rev Pesq Saúde**, 15(1): 218-222, jan-abr, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/3053/1123>>.
- BERNARDES, Regina Helena. A importância do agroextrativismo nos processos produtivos e reprodutivos: o caso das famílias quilombolas na Amazônia oriental maranhense. **ACTA Geográfica**, Boa Vista, v.8, n.17, abr./ago. de 2014. pp. 24-32. Disponível em: <<http://revista.ufrr.br/index.php/actageo/article/download/1283/1497>>.
- BEZERRA, Vanessa Morais *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2013.
- BICHIR, Renata Mirandola. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 87, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000200007&lng=en&nrm=iso>.
- BOA SORTE, Elionara Teixeira; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; SOUZA, Gabriela Luz. Vulnerabilidade de profissionais do sexo ao câncer do colo do útero. **J Nurs UFPE on line**, Recife, 7(2):355-62, Feb., 2013.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa Oliveira *et al.* Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600014&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011b. 39 p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee>. Acesso em: 22 jul. 2013.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Programa Brasil Quilombola**. Comunidade Quilombolas Brasileiras – Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2012c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>.

CABRAL-MIRANDA, Gustavo; DATTOLI, Vitor Camilo Cavalcante; DIAS-LIMA, Artur. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v.39, n.1, p.48-55. jan.-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/9498>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CARVALHO, Andréia Santos; SILVA, Denise Oliveira e. **Concepções sobre segurança alimentar e nutricional pelos quilombolas da comunidade de Tijuacu, Bahia**: uma abordagem etnográfica sobre o PAA. 2010. 145 p. Dissertação Apresentada a Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife; 2010.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 943-951, Dec. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400010&lng=en&nrm=iso>.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, Set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029&lng=en&nrm=iso>.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Cienc. Cuid. Saude**, v.11, p.176-182, 2012. Disponível em: <periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../17073/pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2013.

DATASUS. Informações de saúde. **Proporção da população feminina de 25 a 64 anos que refere ter realizado o último exame preventivo do câncer do colo do útero em até 3 anos**. 2011. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/f2201.def>. Acesso em: 25 nov. 2013.

DIAS, Isadora Clarissa Cordeiro. Câncer de colo do útero, genotipagem do papiloma-vírus humano (HPV) em mulheres quilombolas de um município brasileiro: aceitabilidade da vacina. **Cad. Pes.**, São Luís, v. 21, n. especial, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2608/642>>.

DI LANNA, Caroline Cintra; COSTA, Talita Vidotte; TOLEDO NETO, João Lopes. Conhecimento sobre o câncer de colo uterino e o estigma acerca do Exame Papanicolau. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP., v. 14, n. 9, p. 531-545, set., 2014. Disponível em: <http://revista.actiradentes.com.br/2014/textos/Trabalho_Revista_ATO_Cancer_do_Colo_do_Utero_2014.pdf>.

DIONIZIO, Érika. **Realização do exame de Papanicolou em mulheres com 20 anos ou mais**: inquérito de saúde de base populacional no município de São Paulo – 2008. 2011. Dissertação (Mestrado) - São Paulo.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres**

negras e brancas e fatores associados. 2013. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima *et al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.** V. 22 n. 2: Abr./Jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200003&script=sci_arttext>.

DUAVY, Lucélia Maria *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 733-742, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300024&lng=en&nrm=iso>.

ELOY, Christinne Costa *et al.* Apropriação e proteção dos conhecimentos tradicionais no Brasil: a conservação da biodiversidade e os direitos das populações tradicionais. **Gaia Scientia** (2014) Ed. Esp. Populações Tradicionais. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/gaia/article/view/22587>>.

FERREIRA, Érica Camila; SILVA, Jorge Luiz Lima da; SOUZA, Raoni Ferreira de. As propriedades medicinais e bioquímicas da planta *Stryphnodendron adstringens* “barbatimão”. **Persp. Online: bio. & saúde**, Campos dos Goytacazes, 11 (3), 14-32, 2013. Disponível em <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/9>

FREITAS, Daniel Antunes. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, Oct. 2011a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011b. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9221>>.

FREITAS, Giselle Lima. *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.11, n.2, p.424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FERRETTI, Sérgio F. **Sincretismo e religião na festa do divino.** Comunicação originalmente apresentada em mesa redonda no Encontro Internacional sobre o Divino, organizado pelo SESC em S. Luís de 16 a 20/05/2007. Disponível em: <<http://www.gpmina.ufma.br/pastas/doc/Sincretismo%20a%20Festa%20do%20Divino.pdf>>.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso>.

GOES, Emanuelle Freitas. **Mulheres Negras e Brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde:** uma análise sobre as desigualdades. 2011. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso>.

GOMES, Thiago Bezerra; BANDEIRA, Fábio Pedro Souza de Ferreira. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. **Acta Bot. Bras.**, Feira de Santana, v. 26, n. 4, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-33062012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300022&lng=en&nrm=iso>.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado *et al.* Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

HILLESHEIM, Betina *et al.* Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 196-211, abr. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2009v15n1p196/646>> Acesso em: 10 ago. 2013.

IANNI, Áurea Maria Zollner *et al.* Determinantes do Acesso à Saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. **Saúde, Cultura e Subjetividade**. 2007. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis41.pdf#page=43>> Acesso em: 09 ago. 2013.

JACCOUD, Luciana; OSÓRIO, Rafael; SOARES, Sergei. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil:** 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEITE, Ilka Boaventura. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

LEININGER, Madeleine M.; McFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2.ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2014.

JURBERG; Claudia; GOUVEIA, Maria Emmerick; BELISÁRIO, Camila. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2006; 52(2): 139-146, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo3.pdf>.

LEITE, Maria Fernanda *et al.* Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, 2014; 24(2): 208-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n2/pt_14.pdf>.

LÓPEZ, L.C. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MACÊDO, Dinalva de Jesus. **O Currículo Escolar e a construção da Identidade Étnico-Racial da Criança e do Adolescente Quilombola: um olhar reflexivo sobre a auto-estima**. 2008. 144f. Dissertação (Mestrado em Educação e Contemporaneidade) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador.

MACÊDO, Dinalva de Jesus Santana. **Os conflitos e a luta da comunidade negra rural Araçá Cariacá BA: a posse da terra e o reconhecimento do território como quilombola**. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro: Diversidades e (Des)igualdades. 2011. Salvador.

Disponível em:

<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306201496_ARQUIVO_OsconflictosealudacomunidadenegraruralAracaCariaca-BAaposedaterraereconhecimentodoterritoriocomoquilombola.pdf>.

MANFRINATE, Rosana; SATO, Michele. A caminhada das mulheres quilombolas de mata cavalo delineando seu território por entre as trilhas da educação ambiental. **REMEA Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient.** Rio Grande, v.28, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/remea/article/view/3104>>.

MATTAR, Laura Davis. **Direito à saúde da mulher negra: manual de referência**. São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2008.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=en&nrm=iso>.

MERLO, Márcia. Religiosidade: entre negociação e conflito. Pentecostais, católicos e adeptos de religiões afro-brasileiras em Ilhabela e Ubatuba. **Revista Nures** nº 8 – Janeiro/Abril 2008. Disponível em: < http://www.pucsp.br/revistanures/revista8/nures8_marcia.pdf>.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOITA, Maria Augusta Grou; SILVA, Alcione Leite da. "Bom dia professora, então vem cá para os avaliar?": desafios e possibilidades da Etnoenfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2014.

MOSS, Julie A. Discovering the healthcare beliefs and practices of rural mestizo Ecuadorians. An ethn nursing study. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 32, n. 2, July 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200015&lng=en&nrm=iso>.

NERI, Érica de Alencar Rodrigues *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolaou de prostitutas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-738, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300020&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. **Prevenção do câncer de colo uterino em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil** [manuscrito]. / Márcio Vasconcelos Oliveira. - Belo Horizonte: 2014. 145f.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketlin Mendes *et al.* Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 307-13. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>>.

OLIVEIRA, Irene Dias. Religião: força propulsora das comunidades afro-brasileiras. **Revista de Teologia e Ciências da Religião**, ano VI, n. 6, dezembro/2007.

OLIVEIRA, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estud. av.**, São Paulo, v. 18, n. 50, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2014.

OLIVEIRA, Wilson José Ferreira de. De gente de cor a quilombolas: desigualdades, religião e identidade. **Cad. CRH**, Salvador, v. 26, n. 67, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792013000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial.

Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARAES, Mark Drew Crosland; FRANCA, Elisabeth Barboza. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104535&lng=en&nrm=iso>.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa; ALVES, Maria Dalva Santos. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. **Online Braz J Nurs** [online], v.4, n.2, Aug. 2005. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm>. Acesso em: 10 ago. 2013.

PIMENTEL, Angela Vieira et al . Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Jun 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200006&lng=en&nrm=iso>.

PINHEIRO, Luana. *et al.* **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. 3.ed. Brasília: IPEA: SPM: UNIFEM, 2008.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, Bernardete Bisi Franklin do. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 66, n. 1, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011&lng=en&nrm=iso>.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. Exposição aos fatores de risco do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 499-505, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400014&lng=en&nrm=iso>.

RAMOS, Maria Natália Pereira. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3148/1/NataliaR.pdf%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20e%20Interculturalidade%20-%20Perspectivas.pdf>>.

RAMOS, Natália. **Interculturalidade(s) e Mobilidade(s) no espaço europeu: viver e comunicar entre culturas**. *The Overarching Issues of the European Space*. Ed. Faculdade Letras Universidade do Porto: 2013. Pag. 343-360. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12349.pdf>>.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; PASCHOAL JÚNIOR, Aloir. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **REME rev. min. Enferm.**, v.16, n.1, p.129-135, jan.-mar.2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22567&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

RICO, Ana Maria; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900016&lng=en&nrm=iso>.

RISCADO, Jorge Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia 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. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, dez. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2013.

RODRIGUES, Bruna Côrtes. *et al.* Educação em saúde para a prevenção do câncer cervicouterino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Rev. esc. enferm. USP.**, São Paulo, v.45, n.5, Oct. 2011.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Conhecimentos e atitudes de mulheres varredoras de rua sobre o cuidado ginecológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100005&lng=en&nrm=iso>.

SANTOS, Maria José dos. Mulheres quilombolas: memória é acervo de nossa história. **Cadernos Imbondeiro**. João Pessoa, v.2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ci/article/view/14142/8768>>.

SANTOS, Alexandra; DOULA, Sandra Maria. Políticas públicas e quilombolas: questões para debate e desafios à prática extensionista. **Revista Extensão Rural**, DEAER/PGExR – CCR – UFSM, ano XV, n. 16, Jul.-Dez. 2008. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/extensaorural/article/view/5506>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

SANTOS, Sony Maria dos; GUIMARAES, Maria José Bezerra; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

SANTOS, Maria Walburga. Festas quilombolas: entre a tradição e o sagrado, Matizes da ancestralidade africana. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, nº 50 (especial), p. 286-300, mai2013. Disponível em: <http://www.gepec.ufscar.br/textos-1/educacao-quilombola/festas-quilombolas-entre-a-tradicao-e-o-sagrado-matizes-da-ancestralidade-africana/at_download/file>.

SANTOS, Luciana da Silva; DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling. Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200009&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Simone Rezende. A trajetória do negro no Brasil e a territorialização quilombola. **Revista NERA** Presidente Prudente Ano 14, nº. 19 pp. 73-89 Jul-dez./2011. Disponível em: <<http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/1801-5350-1-PB.pdf>>.

SILVA, Maria Regina Bernardo da; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. O Conhecimento, Atitudes e Prática na Prevenção do Câncer Uterino de uma Unidade da Zona Oeste Rio de Janeiro. **R. pesq. cuid. fundam.** [online], v.4, n.3, p.2483-2492, jul.-set. 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22541&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180-185, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SILVA, José Antônio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

SILVA, Sílvio Éder Dias da et al . Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300002&lng=en&nrm=iso>.

SILVA, Leonildo Severino da. **Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá** / Leonildo Severino da Silva. – Salvador, 2014. 98 f.

SILVA, Camila Tainah da; JASIULIONIS, Miriam Galvonas. Relação entre estresse oxidativo, alterações epigenéticas e câncer. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 66, n. 1, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100015&lng=en&nrm=iso>.

SILVEIRA, Rosemary Silva da *et al.* Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2013.

SIMONETTI, Cecília. SOUZA, Lena. ARAÚJO, Maria Jose de Oliveira. **A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana**. Salvador: IMAIS, 2008.

SOARES, Carla Michella Leal. **Avaliação *in vitro* da atividade antimicrobiana e antitumoral de extratos de *Hymenaea stigonocarpa* Mart. Ex. Hayne (Jatobá do Cerrado)**. Recife, 2010. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Patologia. 2010.

SOARES, Marilu Correa et al . Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100014&lng=en&nrm=iso>.

SOARES, Sergei; SÁTYRO, Natália. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Nº 1424. Brasília, outubro de 2009. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf>.

SOUZA, Thaís Godoi de; LARA, Larissa Michelle. O estado da arte de comunidades quilombolas no Paraná: produção de conhecimento e práticas corporais recorrentes. **Rev. educ. fis. UEM**, Maringá, v. 22, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SOUZAS, Raquel. Movimento de mulheres negras e a saúde: análise documental sobre a reivindicação de inclusão do "quesito cor" no sistema de informação à saúde. **Saúde Coletiva**, vol. 7, núm. 40, 2010, pp. 110-115. Editorial Bolina: São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84215105004.pdf>>.

TAQUETTE, Stella R; MEIRELLES, Zilah Vieira. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.129-142, 2013.

TARGA, Leonardo Vieira. *et al.* As recomendações da Wonca para a saúde das populações rurais. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.4-6, jan-mar 2013.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200020&lng=en&nrm=iso>.

VILELAS, José Manoel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.1, p.120-127, jan.-mar.2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22566&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

WELCH, Alice Z. Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5.ed. Loures: Lusociência, 2004.

WERKMAN, C. et al. Aplicações terapêuticas da *Punica granatum L.* (romã). **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.10, n.3, p.104-111, 2008. Disponível em <http://www.sbpmed.org.br/download/issn_08_2/revisao_v10n3.pdf>.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. Fractal, **Rev. Psicol.**, v. 24, n. 3, p. 563-578, Set./Dez. 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/610/748>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

ZORZAN, Fernanda Saldanha; CHAGAS, Arnaldo Toni Sousa das. Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu? Uma reflexão sobre o valor do corpo na atualidade e a construção da subjetividade feminina. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1557/1561>>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

PESQUISA – PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, pesquisadoras, Elionara Teixeira Boa Sorte e Enilda Rosendo do Nascimento, viemos por meio deste termo convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas”. Os objetivos deste estudo são: conhecer aspectos sócio-econômico-culturais, demográficos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas; descrever o conhecimento de mulheres quilombolas sobre o corpo e o câncer cervicouterino, identificando valores culturais relacionados e discutir as práticas de prevenção do câncer do colo do útero utilizadas por mulheres quilombolas. A relevância dessa pesquisa constitui-se de que o conhecimento do cuidado preventivo de mulheres quilombolas para o câncer do colo do útero permitirá profissionais de Enfermagem compreenderem a importância dos aspectos culturais nos cuidados à saúde, além de alertar para a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para essa população. Assim sendo, solicitamos ao (à) senhor (a) que responda a algumas perguntas relacionadas a esse tema, as quais, caso haja permissão, serão gravadas e, posteriormente, transcritas. Caso o andamento do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir de continuar a entrevista sem que haja nenhum tipo de penalidade. Poderá desistir de participar deste estudo em qualquer uma das fases, podendo entrar em contato com as pesquisadoras por e-mail ou telefone que serão disponibilizados no final deste documento. Os resultados da pesquisa serão divulgados através de dissertação de mestrado, textos publicados em periódicos e eventos científicos, entretanto, asseguramos que sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo. Os riscos advindos deste estudo tratam-se de alguns constrangimentos que o senhor (a) pode passar durante as entrevistas. Informamos que a participação neste estudo não lhe trará gastos e nenhum tipo de incentivo financeiro, mas a certeza de colaboração para o meio científico. Queremos

esclarecer que sua participação se dará após a assinatura desse termo, que também será assinado por nós pesquisadoras, em duas vias. Havendo dúvidas relativas ao estudo, em qualquer momento poderá nos procurar em algum dos contatos abaixo.

E-mail e telefone das pesquisadoras:

Elionara Teixeira Boa Sorte: e-mail (naraboasorte@yahoo.com.br); telefones: (77) 3451-5740; (77) 9109-8923; (77) 8803-6966.

Enilda Rosendo do Nascimento: e-mail: (enildarosendo@hotmail.com); telefone (71) 9967-9533.

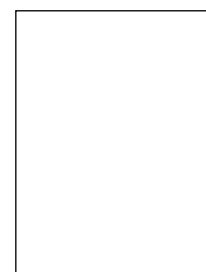
Considerando os dados acima, **CONFIRMO** ter sido informado (a) verbalmente e por escrito dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Bom Jesus da Lapa, ____/____/2014.

Mestranda Elionara Teixeira Boa Sorte
(Pesquisadora Responsável)

Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento
(Pesquisadora Participante)

Assinatura do (a) Participante



Polegar direito

APÊNDICE B – Guia de Observação-Participação-Reflexão (OPR)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA – PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Nome:		
Data:		Hora:
Aspecto		Anotação
1	Linguagem e Comunicação	
2	Vestuário e Aparência Física	
3	Tecnologia utilizada	
4	Modo de Vida Familiar	
5	Interação Social	
6	Atividades Diárias	
7	Valores Religiosos	
8	Fatores Econômicos	
9	Valores Educacionais	
10	Influenciadores Políticos	
11	Alimentação, Valores Nutricionais	
12	Cuidado à Saúde Popular, Valores, Crenças e Práticas	
13	Cuidado à Saúde Profissional, Valores, Crenças e Práticas	
14	Visões dos Modos de: 1) Prevenção de Doença; 2) Manutenção do Bem-estar ou da Saúde; 3) Cuidado Próprio ou aos outros	
15	Outros indicadores do modo de vida	

APÊNDICE C – Formulário do perfil sócio-econômico-cultural



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA – PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Nome:	n°
Data:	Hora:
Idade:	Raça/cor:
Perfil Sócio-Econômico-Cultural	Respostas
Tecnológicos	
Possui luz na residência?	
Possui água na residência?	
Qual a forma de transporte?	
Possui algum eletrodoméstico?	
Religião e filosofia	
Em que religião foi criada?	
Qual religião pratica agora?	
Companheirismo e sociais	
Você vive com alguém?	
Há quanto tempo?	
Como você denomina essa relação?	
Participa de reunião ou festas? Frequência?	
Modos de vida	
Quem mora na sua casa?	
Como você descreve sua casa?	
Hábito diurno?	
Hábito noturno?	
Local onde dorme?	
Possui banheiro dentro de casa?	
Políticos e legais	
Qual/quem é a liderança política?	
Sistema de escolha de liderança local?	
Econômicos	
Ocupação	
Renda individual	
Renda da família	
Fonte de renda	
Educacionais	
Você estudou?	
Frequentou a escola até quando?	
Interrompeu os estudos? Por quê?	
Características ginecobstétricas	
Quando foi sua primeira menstruação?	
Quantas gestações você teve?	
Quantos filhos você tem?	
Seu(s) parto(s) foi(foram) normal(is) ou cesáreo(s)?	
Pariu com parteira ou no hospital?	
Já teve alguma infecção sexualmente transmissível?	
Fatores biocomportamentais	
Possui quantos parceiros sexuais?	
Usa camisinha nas relações sexuais?	
Consome bebida alcoólica? Quantas vezes por semana? Em que quantidade?	
Você fuma? Quantos cigarros por dia?	

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista – informantes-chave

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA – PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Roteiro de entrevista

- 1- Fala-me o que você sabe sobre o câncer do colo do útero.
- 2- Na sua opinião, o que as mulheres podem fazer para evitar esse tipo de câncer?
- 3- Quais os cuidados preventivos para o câncer do colo uterino relacionados a seus hábitos culturais?
- 4- E você, o que tem feito para prevenir-se desse câncer?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista – informantes gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA – PRÁTICAS PREVENTIVAS PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS.

Roteiro de entrevista

- 1- O que as mulheres têm feito para evitar o câncer do colo do útero?
- 2- Quais os cuidados preventivos para o câncer do colo uterino relacionados a seus hábitos culturais?
- 3- O que você acha da prevenção e dos cuidados que as mulheres têm para o câncer do colo do útero?

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**ASSOCIAÇÃO DOS PEQUENOS
PRODUTORES RURAIS DE ARAÇÁ**FAZENDA ARAÇÁ, S/N - BATALHA
CEP 47.500-000 BOM JESUS DA LAPA-BA
CNPJ: 01.728.045/0001-40**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado “CUIDADO PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS” sob orientação da profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, de acordo com a anuência dos conselheiros representantes da Comunidade de Araçá Cariacá, poderá ser realizado nesta comunidade quilombola, caso o projeto seja aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Tomazia maria da silva
Tomazia Maria da Silva

Presidente do Conselho quilombola de Araçá Cariacá

Bom Jesus da Lapa, 26 de fevereiro de 2014.

ANEXO B – PARECER DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO PREVENTIVO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO:UM ESTUDO COM MULHERES QUILOMBOLAS

Pesquisador: Elionara Teixeira Boa Sorte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28660114.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 684.165

Data da Relatoria: 09/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação apresentado ao PPG-Enfermagem da UFBA, sob orientação da Profa Drª Enilda Rosendo do Nascimento e co-orientação da Profa Drª Sílvia Lúcia Ferreira.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem por objetivos: 1) Investigar o conhecimento de mulheres quilombolas para o câncer cérvico uterino; 2) Identificar crenças, mitos e tabus das mulheres quilombolas sobre esse tipo de câncer cérvico uterino; 3) Discutir a influência dos valores culturais de mulheres quilombolas no seu cuidado preventivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora indicou o risco de constrangimento durante a entrevista e os benefícios dos profissionais de Enfermagem compreenderem a importância dos aspectos culturais nos cuidados à saúde, que talvez implique na necessidade do desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para essa população. Ao sopesar os riscos e benefícios do projeto, julgo que os benefícios superam os riscos.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 684.165

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto bem escrito, pois revisa a literatura sobre a saúde das mulheres negras e quilombolas, o racismo e desigualdades em saúde, as comunidades quilombolas no Brasil, a prevenção do câncer de colo uterino no âmbito das políticas públicas de saúde das mulheres, expõe com precisão a teoria do cuidado cultural adotada em seu referencial (etnoenfermagem). Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com uma abordagem qualitativa que utilizará três capacitadores: Observação-Participação-Reflexão; formulário sócio-econômico-cultural e entrevista semiestruturada aplicados aos participantes (mulheres da comunidade quilombola de Araçá Cariacá, no município de Bom Jesus da Lapa, de idade igual ou superior a dezoito anos capazes de responder aos questionamentos e agentes comunitários de saúde). Em suma, trata-se de um projeto bem escrito, exequível e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos exigidos pelo CEP-EE/UFBA.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por atender aos critérios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12, sou de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 684.165

SALVADOR, 11 de Junho de 2014

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br