

“Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas

“Going from generation to generation”: Caring practices for quilombola women

“Pasado de generación en generación”: las prácticas de cuidado de las mujeres quilombolas

**Lisie Alende Prates^I, Gabriela Oliveira^{II}, Laís Antunes Wilhelm^{III}, Luiza Cremonese^{IV},
Carolina Carbonell Demori^V, Lúcia Beatriz Ressel^{VI}**

Resumo: Objetivo: investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres de uma comunidade quilombola. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva, com vertente antropológica, desenvolvida com mulheres quilombolas. Os dados, produzidos a partir da técnica de grupo focal, foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme a proposta operativa. **Resultados:** foram apresentados os cuidados desenvolvidos e compartilhados durante os diferentes ciclos de vida da mulher quilombola. A menarca, gravidez, parto, puerpério e a menopausa foram evidenciados como processos que demandam ações específicas e são realizadas a partir dos recursos existentes no contexto familiar e comunitário. **Conclusões:** as práticas de cuidados foram construídas a partir dos valores historicamente presentes no universo cultural desta comunidade quilombola. Elas representam ações repassadas intergeracionalmente entre as mulheres, as quais são representadas como os principais cuidadores dentro do contexto domiciliar e familiar, mas também entre os indivíduos que são cuidados por elas.

Descritores: Saúde da mulher; Grupo com ancestrais do continente africano; Cultura

Abstract: Aim: to investigate how sociocultural care practices were built among women in a quilombola community. **Method:** qualitative, descriptive, anthropological research, developed with quilombola women. The data, produced from the focus group technique, were submitted to thematic content analysis, according to the operative proposal. **Results:** the care developed and shared during the different life cycles of quilombola women

^IEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), campus Uruguaiiana. Líder do Grupo de Pesquisas e Estudos na Saúde da Mulher (GRUPESM). Uruguaiiana, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: lisiealende@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5151-0292

^{II}Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: gaboliveirafv@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-9008-6201

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: laiswilhelm@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-6708-821X

^{IV}Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGenf da UFSM. Docente no curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil - Campus Cachoeira do Sul. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: lu_cremonese@hotmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-7169-1644

^VEnfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital de Guarnição de Bagé. Bagé, RS, Brasil. E-mail: carolinademori@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-5153-549X

^{VI}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: luciaressel@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-2836-1997

were presented. Menarche, pregnancy, childbirth, the puerperium and menopause were evidenced as processes that demand specific actions and are made from the existing resources in the family and community context. **Conclusions:** the care practices were built from the historically values present in the cultural universe of this quilombola community. They represent actions passed on intergenerationally among women, who are represented as the main caregivers within the home and family context, but also among the individuals who are cared for by them.

Descriptors: Women's health; African continental ancestry group; Culture.

Resumen: Objetivo: investigar cómo eran las prácticas de atención construidos socioculturalmente entre las mujeres de la comunidad quilombola. **Método:** investigación cualitativa, descriptiva, antropológica, desarrollada con las mujeres quilombolas. Los datos, producidos a partir de la técnica del grupo focal, fueron sometidos a análisis de contenido temático, de acuerdo con la propuesta operativa. **Resultados:** han sido presentados los cuidados desarrollados y compartidos durante los diferentes ciclos de vida de las mujeres quilombolas. La menarquia, el embarazo, el parto, el puerperio y la menopausia se evidenciaron como procesos que demandan acciones específicas y se realizan con los recursos existentes en el contexto familiar y comunitario. **Conclusiones:** las prácticas de cuidados fueron construidas a partir de los valores históricamente presentes en el universo cultural de esta comunidad quilombola. Representan acciones transmitidas intergeneracionalmente entre las mujeres, que son representadas como las principales cuidadoras en el contexto de la casa y familiar, pero también entre las personas que son atendidas por ellas.

Descriptor: Salud de la mujer; Grupo de ascendencia continental africana; Cultura

Introdução

As comunidades remanescentes quilombolas acompanham a história brasileira e estão localizadas em praticamente todos os Estados do Brasil.¹ O termo quilombo deriva da palavra *kilombo* e significava, no passado, um acampamento guerreiro na floresta, resultante da resistência coletiva sob a escravidão. Os quilombos eram compostos por escravos refugiados, mas também abrangiam indivíduos de outros grupos étnicos desenraizados de suas comunidades.²

Atualmente, os quilombos são considerados espaços em que vivem os grupos étnico-raciais com presunção de ancestralidade negra.³ Nessas comunidades, à semelhança de outros grupos,⁴ foram perpetuados valores, crenças e costumes culturais entre as gerações, os quais influenciam a forma como os indivíduos percebem e interpretam seus corpos e a própria saúde, e desenvolvem suas práticas de cuidado.

As práticas de cuidado, neste caso, consistem em ações sociais, individuais ou coletivas, que englobam os saberes populares e científicos. São desenvolvidas nas relações interpessoais e retratam os valores e os princípios de um grupo.⁵ Às mulheres, historicamente, foi atribuída a função de provedoras desses cuidados, desempenhando, assim, o cuidado de si, de suas famílias e dos demais membros da rede familiar.⁶

As práticas de cuidado desenvolvidas pela mulher estão ligadas aos três subsistemas de cuidado à saúde, isto é, o informal, o popular e o profissional. O subsistema familiar engloba a cultura popular e o senso comum, sendo representado pelos cuidados ligados aos remédios caseiros, repouso, suporte emocional, religiosidade, entre outros. Associado ao subsistema familiar, tem-se o subsistema popular, o qual abrange as ações de cuidado desenvolvidas por curandeiros, benzedeadas e parteiras. O subsistema profissional refere-se ao cuidado biomédico, em que os indivíduos são tratados com base em suas doenças.⁷

Cada subsistema apresenta características próprias, assim como conceitos, saberes e práticas de cuidado diferentes em relação ao processo de saúde e doença. Ao longo da vida, as mulheres transitam entre estes três subsistemas, pois esses cuidados não se excluem, mas se sobrepõem.⁷

Nessa direção, realizou-se este estudo, oriundo de uma dissertação de mestrado,⁸ a qual foi guiada pela questão de pesquisa “Como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres quilombolas?”, com o objetivo de investigar como foram construídas socioculturalmente as práticas de cuidado entre mulheres de uma comunidade quilombola.

Método

Pesquisa qualitativa, descritiva, com vertente antropológica, desenvolvida com mulheres quilombolas. O cenário de pesquisa foi uma comunidade quilombola, localizada 65 quilômetros

da sede de um município no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. O acesso à comunidade era realizado por meio de estrada sem pavimento.

À época da realização do estudo, a comunidade dispunha de água a partir de poço artesiano há 10 anos e a luz elétrica estava disponível há quatro anos. Eles desenvolviam o cultivo de hortaliças para consumo próprio e possuíam padaria, que era mantida pelas mulheres, e na qual produziam pães para comercialização. Também dispunham de um armazém e uma escola. Entretanto, estes não pertenciam à comunidade.

Não existiam serviços de saúde próximos à comunidade e eles também não desenvolviam atividades de lazer. Duas vezes durante a semana, apenas um ônibus de linha realizava o transporte dos moradores para o município-sede.

A seleção das participantes foi intencional, considerando apenas as mulheres com idade acima de 12 anos (faixa etária que compreende o início da adolescência). Assim, foram incluídas, 13 participantes, na faixa etária dos 14 aos 56 anos de idade.

Os dados foram produzidos em fevereiro de 2014, a partir da técnica de grupo focal (GF), aplicada por uma mediadora do sexo feminino e um observador do sexo masculino. A técnica foi desenvolvida em três encontros, sendo que, no presente artigo, serão apresentados os achados de um dos encontros. Sendo assim, com o propósito de promover a discussão acerca do tema foco, as participantes foram convidadas a desenvolver um álbum sobre as práticas de cuidado desenvolvidas ao longo do ciclo vital feminino, a partir das técnicas de recorte e colagem de figuras, mediadas pela seguinte afirmação e pergunta: “Todas somos mulheres e vivenciamos o nosso cuidado desde que nascemos. Se tivéssemos um álbum, falando das nossas práticas de cuidado ao longo da vida, como ele seria?”.

Durante a elaboração do álbum, ainda questionou-se às participantes: “Para você, o que é importante cuidar na saúde da mulher?”. Para o desenvolvimento do álbum, as participantes

dividiram-se em pequenos grupos. Cada grupo elaborou uma ou mais páginas do álbum relativas a um período específico do ciclo vital feminino.

Dessa forma, foram apresentadas as práticas de cuidado desenvolvidas nos diferentes ciclos de vida da mulher, como a adolescência, vida adulta e velhice, além de determinados eventos femininos, como a menarca, o período gravídico-puerperal e a menopausa. Para a exposição das páginas do álbum, as mulheres organizaram-se conforme a ocorrência cronológica destes eventos no ciclo feminino.

As falas das participantes foram gravadas em aparelhos digitais e, a seguir, foram transcritas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, conforme a proposta operativa.⁹ Para atender a questão do anonimato das participantes, viabilizou-se a sua identificação por meio do sistema alfanumérico. Foram respeitados os aspectos éticos a que se refere à Resolução 466/2012. O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 13 de dezembro de 2013, por meio do número do processo de parecer 494.051 e CAAE 25345113.7.0000.5346.

Resultados e discussão

Na adolescência, as meninas começaram a se envolver com as primeiras práticas de cuidado. Nesta fase iniciaram as primeiras modificações corporais e elas vivenciaram alterações hormonais intensas, além de eventos que marcaram profundamente as suas vidas, como a menarca e a coitarca.

As participantes do estudo destacaram que a adolescência foi marcada pelo desprendimento das brincadeiras da infância; as amizades estabelecidas; a manifestação dos primeiros afetos, amores e desejos pelos meninos; o primeiro beijo, namoro e relação sexual; além do surgimento de preocupações quanto à estética corporal e, de certa forma, com as

despesas da família e o futuro, originando, com isso, o desejo de ingressar no mercado de trabalho.

Entre as práticas de cuidado, as mulheres citaram, principalmente, àquelas ligadas à estética. Elas relataram que, durante a adolescência, preocupavam-se mais com a imagem corporal e recorriam a recursos que poderiam permitir uma garantia de cuidado.

A gente botou as maquiagens [recortou e colou imagens que ilustram maquiagens]. Porque tu vais te lembrar que vais ficar velha na adolescência. Vais ter ruga. Então, vais ter que começar a usar o pó, blush. Sem falar que as adolescentes adoram também isso. (M4)

É possível identificar o cuidado existente com a estética e, principalmente, com a beleza física. As práticas de cuidado desenvolvidas para manter a beleza representam cuidados que as participantes acreditam que devem iniciar na adolescência, perpetuando-se em todo o ciclo vital feminino, trazendo implicações no futuro.

As mesmas práticas de cuidado, voltadas para a imagem corporal, também foram identificadas em estudo¹⁰ desenvolvido com adolescentes quilombolas do sexo feminino. Estas práticas são justificadas como uma preocupação com a beleza física e envolvem um “culto ao corpo”,¹¹ que não se restringe somente às adolescentes, englobando também mulheres de outras faixas etárias. A imagem corporal, que se quer “cuidar”, representa uma construção cultural e multidimensional que abrange percepções, sentimentos e comportamentos de mulheres frente aos seus atributos físicos.¹¹

Associado aos cuidados com o corpo, também foram destacadas as primeiras modificações físicas apresentadas neste período e a própria menarca. Entre as mulheres mais velhas, este evento foi vivenciado em um período, no qual mãe e filha pouco dialogavam e era negado o direito da menina-mulher se conhecer e entender o próprio corpo.

A gente não sabia o que era uma menstruação, porque o que eram as mães? Escondiam da gente, nem no banheiro a gente não via, não sabia. (M6)

Diferente desta, outra participante um pouco mais jovem, relatou sua vivência em relação à menarca e à sua relação com a mãe. É possível visualizar que a menarca e outros eventos femininos deixaram de ser, de certa forma, velados e passaram a ser discutidos dentro do ambiente familiar, permitindo o desvelamento de algumas práticas de cuidado desenvolvidas pelas mães para com as filhas, principalmente, por meio de orientações.

Com 12 anos, comecei a menstruar, mas eu já estava avisada: ‘- ó, vai começar teu ciclo’. A mãe explicava bem isso. Só era mais rígida. Não me falava que eu tinha que usar [métodos contraceptivos], mas ela me assustava também. Acho que muitas mães fazem isso: ‘- Se tomar pílula, eu vou saber também [se tiver relação sexual], pois tu estás começando a engordar, vai criar corpo. Eu vou notar que tu estás tomando pílula. Se tu pegares uma camisinha num posto, a minha amiga vai me dizer’. Acho que isso também prejudica. Hoje tem mães que ainda são de antigamente, que fazem isso. (M4)

Hoje uma mãe já chega e já conversa com uma filha. Antes se a gente perguntava para a mãe, ela respondia assim: ‘- quando tu casar, tu vais saber’. Tu tinhas que descobrir sozinha. Por isso, casavam muito cedo, depois se arrependiam. Eu mesma tive um filho com 17 anos, e se a mãe dissesse: ‘- olha, filha, tu te cuidas’ [...] talvez eu não tivesse tido filho tão nova. (M7)

Até pouco tempo, alguns assuntos, principalmente àqueles relacionados à sexualidade, eram considerados como tabus no ambiente familiar, sendo reprimidos pelos pais. Percebe-se que a menarca é um destes temas velados na família, isso porque é reconhecida como um rito de passagem para a fase adulta,¹² no qual a menina desperta para a sexualidade, ocorrendo, assim, a possibilidade de gravidez precoce.¹³

No segundo relato, observa-se o temor criado pela mãe sobre a filha ao alegar que a perda de sua virgindade poderia ser revelada por meio de mudanças físicas, percebidas em seu corpo. Culturalmente, a sexualidade reserva muitos mitos e crenças transmitidos intergeracionalmente, que geram angústias nos adolescentes.¹³

Ainda é possível inferir que, dentro do contexto dessa comunidade, a sexualidade feminina está envolta sob a concepção de um selo de garantia,¹⁴ que deve ser preservado pela menina-mulher, pois simboliza miticamente motivo de honra para ela e sua família. Com isso, a fala da participante exprime também que a vivência da sexualidade, entre as meninas, tende a ser algo reprimido pela família.

Em relação ao diálogo sobre sexualidade no contexto familiar, autores¹⁵ destacam que muitos pais têm dificuldade de abordar as questões ligadas à sexualidade com seus filhos por acreditarem que esta atitude pode servir como um estímulo para a iniciação sexual precoce. Possivelmente, esta também fosse a crença, que prevaleceu no passado entre as mães das mulheres quilombolas.

Contudo, em um contexto, no qual a adolescente precisa manter sua vida sexual de forma velada, acredita-se que as barreiras impostas na comunicação intrafamiliar não só acarretaram na iniciação sexual precoce, como também no desenvolvimento de uma gravidez não planejada. Depreende-se, a partir da ótica das participantes, que o diálogo representa uma ferramenta fundamental no desenvolvimento das práticas de cuidado que abrangem a adolescência.

Durante o grupo, as participantes também despertaram para o fato de que, mesmo com o diálogo, muitas adolescentes do quilombo continuaram engravidando. Assim, elas ponderaram sobre outras razões que determinaram a ocorrência deste fenômeno. Entre estas, citaram a utilização dos métodos anticoncepcionais, sendo possível verificar que a realização de práticas de cuidado relativas à relação sexual segura não eram e continuam não sendo comuns entre as mulheres.

Ninguém aceita que a gente diz que foi descuido, porque se tu falas que é descuido, as pessoas dizem: ‘- como que foi descuido, se tem vários métodos para tu se cuidar? Tem pílula de graça, tem camisinha de graça’. Mas, muitas vezes, tem a vergonha antes da graça. De graça tem a vergonha também. Eu tive o meu primeiro bebê com 13 anos. Como eu não ia ter vergonha de chegar em um posto e pedir uma pílula, uma camisinha?

Pedir para minha mãe? Imagina que eu ia pedir para minha mãe uma pílula. Não tinha como e tem a pílula também, mas tu tens que te cadastrar e tem que comprovar que tu não tens como comprar. (M4)

Esses dias aconteceu de eu estar lá no [em um serviço municipal de saúde] e estarem as próprias atendentes olhando para a caixinha de camisinha ali em cima e comentando: ‘- olha a cabeça de colocar aqui em cima. Qual é o adolescente que vai chegar aqui bem ‘carudo’ e vai pegar uma camisinha na frente de todo mundo?’ Por mais que tu queiras pegar, tu não pegas, de vergonha. Sempre tem gente olhando. As próprias moças que trabalham ali ficam comentando. (M8)

Os fragmentos de falas evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para acessar os métodos anticoncepcionais. Entre os principais motivos referidos para não utilização destes métodos, estão o sentimento de constrangimento; o local escolhido pelo serviço de saúde para a disponibilização destes que, de acordo com as participantes, é inadequado; e a burocratização imposta pela instituição, quando, conforme a participante, solicita comprovação da ausência de recursos financeiros para compra do contraceptivo.

Ainda é possível perceber a responsabilização que, culturalmente, recaiu sobre estas mulheres, desde a adolescência, com relação às práticas de cuidado voltadas para a prática sexual segura.¹⁶ A exemplo do que também ocorre em outra comunidade,¹⁰ os homens não se responsabilizam pelo desenvolvimento das práticas de cuidado e quando eles estão vivenciando a adolescência, ao lado de uma menina da mesma idade e com a mesma imaturidade, inexperiência e despreparo, a responsabilidade, ainda assim, é atribuída a ela.

Além de todos os mitos e tabus construídos acerca da sexualidade, nessa fase, também emergiram, no debate grupal, as crenças relacionadas ao sangue menstrual e seus poderes sobrenaturais.

A minha mãe sempre dizia para não lavar a cabeça e, mesmo assim, eu teimava e lavava. (M1)

Essa daqui da [região próxima à comunidade] morreu. Quando saíram daqui de fora com ela para cidade, ela já saiu morta. Porque quando lava [o cabelo], arrebenta a cabeça. (M7)

Na visão delas, durante o ciclo menstrual, a mulher deve ter algumas restrições quanto à higiene, principalmente no que se refere à lavagem do cabelo, pois consideravam que o sangue menstrual poderia ter poderes sobrenaturais. Ainda conheciam mulheres que haviam desconsiderado essa prática de cuidado e tiveram implicações com a própria saúde, indo, até mesmo, a óbito.

Assim, é possível verificar que as crenças que envolvem este período ou o sangue menstrual continuam a ser perpetuadas em inúmeras sociedades.⁶ Estes relatos confirmam a literatura,¹⁷ que indica que as crenças e as práticas de cuidado nascem simultaneamente dentro do mesmo contexto social, influenciando-se mutuamente e fazendo com que as mulheres adotem determinadas condutas.

Tratando-se da menstruação, no contexto popular, ainda existem crenças, mitos e tabus que têm sido perpetuados, ao longo da história e que restringem às mulheres a determinadas atividades.¹⁸ Para as mulheres quilombolas, o sangue menstrual parece ter poderes malignos, sendo uma substância temida que, dependendo da conduta adotada pela mulher nesse período, pode emergir do útero para outra região do corpo, como a cabeça, acarretando em desfechos negativos, conforme indicou M7 ao afirmar que a lavagem do couro cabeludo, durante o período menstrual, poderia levar ao óbito.

Durante essa fase, as mulheres quilombolas também adotam práticas de cuidado voltadas para o alívio das cólicas. Elas recorrem aos chás, mas também aos remédios industrializados.

Quando tem cólica, é bom sempre tomar um chazinho. (M1)

Eu tomo Buscopan. (M2)

Eu tomo Atroveran. Às vezes, tomo quase um vidro inteiro, em três dias, para ver se passa. (M4)

A minha avó, quando eu sinto isso, já manda eu tomar chá de laranjeira.
(M8)

É possível verificar que, entre as mulheres mais velhas, a utilização dos chás se sobressai, enquanto que entre as mais jovens é comum o uso de medicamentos industrializados. Desse modo, pondera-se que a fronteira que separa os saberes populares, empregados no uso dos chás, dos saberes científicos, utilizados na formulação de medicamentos industrializados, é tênue, sendo possível combiná-los, recriando novos conhecimentos e práticas de cuidado. Embora exista, em algumas situações, uma tensão entre os dois saberes, acredita-se que eles se complementam e podem ser reinventados, segundo as necessidades de cada indivíduo ou grupo.¹⁹

No que concerne à adolescência, ainda foi feito destaque a gravidez na adolescência. Conforme as mulheres, as meninas vivenciam a sua primeira gestação ainda na adolescência.

Na adolescência, não só nós, tá? Foi o nosso caso, mas quase todas aqui casaram na adolescência. Quase todas tiveram os presentinhos [filhos] na adolescência [risos]. (M4)

A gestação na adolescência emergiu neste e em outros relatos como algo comum na comunidade. Portanto, apresenta-se como um evento natural para as adolescentes, uma vez que foi vivenciado pelas avós e mães, esperando-se que também possa ser vivenciado pelas filhas.

Depreende-se que o contexto socioeconômico e cultural, assim como os valores e princípios transmitidos dentro deste,²⁰ são capazes de definir as atitudes, os comportamentos e as escolhas feitas pelos indivíduos. Logo, as próprias tradições culturais existentes na comunidade quilombola podem contribuir para que as meninas optem pela vivência da gestação durante a adolescência.²¹

Além disso, na visão delas, o fato de, principalmente, as mães não aceitarem conversar com as famílias sobre as questões ligadas à sexualidade, foi determinante para que elas optassem precocemente pelo casamento e/ou pela gravidez. Elas acreditam que a possibilidade

de diálogo que se apresenta atualmente, possa mudar as opções feitas habitualmente pelas adolescentes quilombolas.

Na transição para a vida adulta, elas destacaram que as mulheres que não engravidaram na adolescência, vivenciaram sua primeira gestação quando adultas. Conforme elas, as práticas de cuidado relativas ao processo gestacional, desenvolvidas no passado, modificaram-se gradativamente. A gestação que, inicialmente, não demandava tantos cuidados passou a ser considerada uma condição que exigia “tratamento” constante.

Hoje em dia, tu ficas grávida, tem que ir no médico. ‘- Ai, eu vou no médico, porque senão eu vou perder o filho’. Antes a gente fazia de tudo. Hoje elas ficam grávidas não fazem mais nada, porque o filho vai sair lá embaixo. (M6)

Esta fala manifesta a mudança ocorrida em relação à visão sobre a gestação. O imaginário cultural criado em torno da gestação é de que ela não deve ser vista como um evento feminino fisiológico, caracterizado por transformações em todos os sistemas orgânicos, mas sim como um estado patológico, que precisa ser controlado e tratado pelos profissionais de saúde.¹⁸

A gestação, vista sob este paradigma patologizante e biologicista, determinou o surgimento de novas práticas de cuidado. Entre elas, a necessidade de regulação e tratamento médico, expressa no conteúdo da fala da participante. Envolvidas pela cultura biomédica e doencificada da gestação, algumas mulheres do quilombo deixaram de desenvolver inúmeras atividades de vida diária, acreditando que estas poderiam colocar em risco à vitalidade do feto.

Da mesma forma que a gravidez, o ato de partejar também sofreu inúmeras mudanças. Os partos que, culturalmente, ocorriam na comunidade quilombola e eram assistidos pelas mães e outras mulheres da família passaram a ocorrer no ambiente hospitalar, com a intervenção dos profissionais de saúde e sem o auxílio e a presença de pessoas significativas para as mulheres.

Ganhei todos, para não dizer que foram todos, o primeiro eu ganhei de cesárea e o último. Todos os outros eu ganhei com a mãe, em casa. No último parto [no hospital], escapou o soro do braço. Eu não tinha

acompanhante. Veio a enfermeira: ‘- ah, tu tirou o soro?’ ‘- eu não. Escapou’, e ela pegou uma agulha e enfiou no meu braço. Levantei o pé, dei um coice nela e fugi do hospital. Parei lá na casa da minha irmã. No outro dia eu fui [para o hospital], porque minha barriga ficou num ‘tamanho’, arreventou ponto, infeccionou, tiveram que abrir tudo de novo. Aí, sim, eu sofri, parecia que eu ia ganhar outro. (M6)

Eu ganhei junto com a mãe. Não fui para cidade. Ganhei na sala da minha mãe. Chamei a mãe daquela guria ali. Ela foi a minha parteira, e a minha mãe e outra vizinha que morava do lado. Era assim que a gente ganhava os filhos. A guria eu já ganhei na cidade, mas também cheguei no hospital, a enfermeira me disse: ‘-tira essa roupa’, e eu dizia que eu não ia tirar a roupa. (M7)

Os partos que eram assistidos pelas mães e vizinhas, no contexto domiciliar e familiar, passaram por várias modificações. As práticas de cuidado voltadas para o parto que, durante muito tempo, foram desenvolvidas pelas mulheres da família, passaram a ser realizadas e, na maioria das vezes, impostas por indivíduos desconhecidos por elas, que desconsideravam a subjetividade, singularidade e a grandiosidade do momento vivido, buscando subordiná-la ao seu poder por meio de posturas impessoais, normas rígidas e intervenções desnecessárias. Assim, a mudança no cenário do parto ocorreu de forma traumática para estas mulheres.

Com o nascimento dos bebês e a necessidade de realização das primeiras práticas de cuidados, observou-se que os saberes científicos dos profissionais de saúde foram impostos às mulheres como verdades absolutas, que deveriam ser incorporados ao cotidiano de cuidados com o recém-nascido (RN).

No hospital, eles [profissionais de saúde] explicam para a gente: ‘- Olha vocês têm que amamentar! Não vão dar ‘mama’ de chucha! Amamentem!’. (M1)

Elas [equipe de enfermagem] dizem muito que a gente tem que dar o leite materno, que não é para dar chazinho, nem leite de vaca. (M7)

A amamentação é uma prática de cuidado imposta e cobrada à mulher pelos profissionais de saúde. As orientações relatadas pelas participantes, apesar de importantes e adequadas

quanto à alimentação do RN e à introdução precoce de outros líquidos, evocam, de acordo com autores,²² um discurso velado que responsabiliza a mulher pelo sucesso da amamentação e que gera, no seu imaginário, o sentimento de culpa quando ela não deseja ou não consegue amamentar.

Com isso, destaca-se a importância de se repensar a forma como tem sido orientada a amamentação, de modo a apresentá-la como uma escolha que deve ser feita de forma exclusiva e consciente pela mulher. A amamentação precisa ser vista como uma das muitas possibilidades na vida da mulher e não como única e obrigatória.

Apesar deste contexto de imposições, criado pelos profissionais de saúde, ainda foi possível verificar que muitas das práticas de cuidados repassadas pelas mulheres mais experientes, como, por exemplo, a utilização da umbigueira e ingesta de chás, continuam a ser propagadas na comunidade. Embora, na maioria das vezes, permanecem ocultas pelas mulheres.

Eu colocava uma ‘umbigueirinha’. Uma vez a enfermeira me xingou. Coloquei na minha neta, ela disse que não pode, fez um escândalo, mas em casa, eu sempre usei. (M1)

Eu dava muito chazinho de erva doce, funcho, hortelã, que era bom para dor de barriga na criança. O doutor que não deixa, nem água pode dar, mas é tudo escondido. (M5)

O uso de faixa ao redor do umbigo, denominada de “umbigueira”, e o oferecimento de chás são comuns no cuidado às crianças, e apesar de serem práticas de cuidado não aconselhadas pelos profissionais de saúde, elas continuam a ser perpetuadas entre as mulheres. Com relação à utilização de faixa umbilical, pondera-se que esta é uma prática culturalmente comum, embora seja ineficaz e, até mesmo, nociva em alguns casos. Da mesma forma, o chá representa um elemento cultural muito importante e significativo nas práticas de cuidado às crianças.²³ Ambas as práticas compõem um saber, que embora empírico, é extremamente respeitado, pois foi transmitido por mulheres consideradas experientes, como as avós e as mães.

Durante décadas e até hoje, a medicina científica e o modelo biomédico convivem ao lado de práticas populares de cuidado, buscando impor o seu saber como o único capaz de produzir os cuidados necessários aos indivíduos.¹⁹ No contexto estudado, verifica-se que apesar da imposição dos saberes dos profissionais de saúde, as práticas de cuidado e as crenças permanecem vivas na história e na cultura da comunidade quilombola.

Observa-se o valor atribuído ao conhecimento transmitido pelas mães e avós.

A única coisa que a minha mãe me ensinou [quanto aos cuidados maternos no puerpério], não sei onde ela aprendeu: ‘- te lava e bota umas gotinhas de álcool, aí vai cair esses pontos’. Isso que ela me ensinou e isso que eu fazia. Tomava o banho, me lavava e passava aquela água com álcool. Ela disse que iam cair os pontos, mas não sei se caiu. A cabeça eu não lavava, mas banho tomava todos os dias. Tinha também o cuidado para não se resfriar e não chegar perto do fogo. Eu não sei porque que elas [as mães] falavam isso: ‘- não pode ir para frente do fogão’. Até hoje, quem faz cirurgia também não pode. Já vem passando de geração. Tudo que minha mãe me passou, eu passei para ela [filha] quando ela ganhou. (M1)

As mesmas práticas de cuidado difundidas, no passado, entre mães e filhas continuam a ser transmitidas às netas. Do ponto de vista cultural,⁶ elas sinalizaram crenças sobre o frio e o calor, os quais, neste caso, não refletem apenas a temperatura, mas uma força simbólica que pode produzir efeitos negativos sobre a saúde destas mulheres. Nessa perspectiva, infere-se que aspectos presentes no ambiente natural, como o frio e o calor, poderiam ocasionar ou expor estas mulheres a enfermidades.

Ademais, existem indivíduos considerados como fonte de aconselhamento e assistência à saúde.⁶ Na comunidade, observa-se que estes sujeitos são representados pelas mulheres com longa experiência em certos eventos femininos, como as avós e mães, assim como as mulheres que ajudaram na criação de diversas crianças.

Eu procurava a minha mãe e a minha bisa, que também ajudou a cuidar dos meus filhos. (M1)

Quando eu tinha alguma dúvida, procurava a minha mãe. (M10)

As mulheres citadas são consideradas como referências no cuidado à saúde devido, principalmente, às suas experiências de vida. Elas orientam as mais jovens, ou menos experientes, sobre práticas de cuidado que já foram validadas por elas e que são socialmente aceitas e respeitadas dentro do quilombo. Sob a perspectiva antropológica,⁶ nos mais diversos contextos, existem indivíduos considerados como detentores de saberes, que auxiliam àqueles considerados como menos experientes em diferentes situações.

Finalmente, em relação à velhice, as mulheres referiram que há uma preocupação com a alimentação e com o frio e o calor. Nos discursos, ainda emergiu uma concepção de infantilização da velhice,²⁴ deixando transparecer que, nessa fase, os indivíduos demandam mais práticas de cuidados.

Deus o livre a pessoa de idade não ter saúde, tem que ter mais cuidado com a alimentação, eu acho. (M1)

Geralmente, a pessoa depois de velha, ela vira criança de novo. A mesma coisa que um bebê. (M2)

O que eu cuido? Eu cuido de tudo. A alimentação, o frio, o calor. (M11)

As práticas de cuidado destacadas e ligadas ao envelhecimento remetem à importância da alimentação para a manutenção da saúde, e também reforçam a preocupação existente em relação à exposição ao calor e frio,⁶ considerados como fatores que expõem o idoso a doenças. Com relação à concepção de que, na velhice, a pessoa “volta a ser criança”, autores²⁴ enfatizam que esta concepção tem sido destacada a partir de uma perspectiva de carinho e de cuidado com o indivíduo, ao chegar à terceira idade. Entretanto, muitas vezes, configura-se em uma tentativa de privá-lo da possibilidade de comandar sua própria vida e história, e de desenvolver as práticas de cuidado de forma independente.

As mulheres também ressaltaram um dos eventos femininos mais significantes nessa fase, o climatério, o qual compõe parte do processo de envelhecer. Foram salientados alguns

desconfortos associados ao climatério, com destaque para os fogachos, os quais demandam práticas de cuidado.

A única coisa que eu fiquei agora, depois que entrei na menopausa são esses ‘calorões’. Horrível! Eu não faço chá. Eu bebo água gelada, ligo o ventilador e vou para frente. (M6)

A gente está muito bem e daqui um pouquinho, parece que aquilo começa a brotar nas roupas, no rosto. Parece que queima, daqui um pouquinho está pingando e daqui um pouquinho começa a passar. (M7)

O climatério consiste em uma experiência feminina muito singular, que pode variar consideravelmente de uma mulher para outra dentro do mesmo grupo. Ligado a este evento e as modificações geradas a partir dele, estão as percepções, os sentimentos e as experiências vivenciadas, de forma muito particular, por cada mulher.²⁵

No alívio dos desconfortos, as mulheres quilombolas buscam opções simples e próximas a elas, descartando a necessidade de ajuda medicamentosa, muito utilizada por mulheres em outros contextos.²⁵ Quanto à medicalização do corpo feminino nesta, e em outras fases do ciclo feminino, uma das participantes manifestou a sua concepção.

Antigamente era muito chá, agora tomam um remédio. O remédio é o primeiro a adoecer a gente, intoxica. Os doutores, hoje em dia, são os primeiros a dar remédio, intoxicam a gente de remédio. Por isso, vem o chazinho de novo. Antes também não existia doença. Agora tu respiras e já pegou uma doença. Tem doença de tudo quanto é tipo que a gente nem conhece. (M6)

Observa-se que a participante não aceita a utilização da medicação como principal via de tratamento diante da ocorrência de uma alteração clínica. Segundo a literatura,¹⁸ a medicalização do corpo feminino se inseriu na sociedade como um dispositivo social, com o intuito de normatizar, administrar e regular os eventos femininos, reduzindo-os a processos orgânicos, que necessitam de intervenção médica. Nesse sentido, a medicalização envolve o processo de transformar aspectos “normais” e fisiológicos da vida em objetos da medicina.

Considerações finais

Este estudo permitiu depreender que as práticas de cuidado, destacadas pelas mulheres quilombolas, encontram-se imbuídas por inúmeros valores, símbolos e significados, e foram elaboradas durante cada um dos seus percursos e processos de viver, diversificando-se, segundo as crenças e os conhecimentos existentes em cada época e contexto histórico. Estas práticas também se mostraram balizadas no conhecimento prévio e fundamentadas, principalmente, nas vivências de outras mulheres do quilombo.

Dessa forma, destaca-se que os cuidados realizados por estas mulheres não devem ser entendidos de forma isolada, mas agregando os aspectos sociais, culturais e econômicos que se inserem neste contexto. Além disso, é preciso ampliar o olhar sobre essas mulheres, que, ao longo da história, estruturaram e perpetuaram com muita tradição e dedicação estas práticas na comunidade.

Portanto, este estudo pretende agregar as contribuições dos saberes populares aos saberes científicos, a fim de permitir o surgimento de práticas de cuidado que condicionem estes dois saberes e que conduzam a ações de saúde mais eficazes. Assim, busca-se difundir o conhecimento que as mulheres quilombolas possuem com relação às práticas de cuidado atreladas à subcultura de assistência à saúde.

Considera-se que, a partir do conhecimento e do entendimento das práticas de cuidado adotadas e mantidas nos diferentes contextos de vida, será possível ao profissional de saúde se aproximar da linguagem e da realidade simbólica construída por cada cultura. Sendo possível produzir um cuidado integral, que valorize o ser humano, seus princípios e valores culturais, que efetivamente responda às necessidades expressas pelos indivíduos.

Como limitações do estudo, identificou-se o fato do observador da técnica de GF ser um homem e a temática do estudo envolver os cuidados de saúde entre mulheres, o que pode ter

gerado desconforto às participantes, em algum momento. Outra limitação considerada consiste na possibilidade de vieses de memória, já que pesquisa abrangeu informações que implicavam às mulheres em retomar suas lembranças.

Referências

1. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Quilombolas [Internet]. 2013 [acesso em 2017 maio 15]. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/estrutura-fundiaria/quilombolas>
2. Freitas DA, Rabelo GL, Silveira JCS, Souza RL, Lima MC, Pereira MM, et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. Rev CEFAC [Internet]. 2013 [acesso em 2017 maio 15];15(4):941-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n4/22.pdf>
3. Brasil. Presidência da República. Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias [Internet]. 2003 [acesso em 2017 maio 16]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2003 nov 21. Seção 1, p. 4-5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
4. 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 [Internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 16];16(1):129-35. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510> doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100018>
5. Ferreira VA, Acioli S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2010 [acesso em 2017 maio 20];18(4):530-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a05.pdf>
6. Helman CG. Cultura, saúde & doença. Porto Alegre: Artmed, 2009.
7. Kleinman A. Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1988.
8. Prates LA. O olhar feminino sobre o cuidado à saúde da mulher quilombola [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

10. Silva JMO. Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
11. Ribeiro PCP, Oliveira PBR. Culto ao corpo: beleza ou doença? Adolesc Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 26];8(3):63-9. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=287
12. Genep AV. Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes; 2011.
13. Silva SC, Prates LA, Scarton J, Barreto CN, Alves CN, Wilhelm LA, et al. Mitos e dúvidas de adolescentes acerca das modificações corporais e suas implicações na sexualidade. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 28];2(2):459-69. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10812/pdf>
14. Martins CBG, Alencastro LCS, Matos KF, Almeida FM, Souza SPS, Nascimento SCF. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. Adolesc Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 28];9(1):25-32. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=303
15. Savegnago SDO, Arpini DM. Conversando sobre sexualidade na família: olhares de meninas de grupos populares. Cad Pesqui [Internet]. 2013 [acesso em 2017 maio 29];43(150):924-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v43n150/10.pdf>
16. White K, Hopkins K, Schiefelbein E. Atitudes surrounding contraceptive responsibility: do latino youth differ from other groups? J Appl Res Child [Internet]. 2013 [acesso em 2019 ago 16];4(2):8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467895>
17. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 [acesso em 2017 maio 30];17(1):111-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>
18. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
19. Santos ACB, Silva AF, Sampaio DL, Sena LX, Gomes VR, Lima VLA. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. Rev NUFEN [Internet]. 2012 [acesso em 2017 jun 05];4(2):11-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf>
20. Geertz CA. Interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
21. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Saúde Debate [Internet]. 2013 [acesso em 2017 jun 05];37(99):610-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>

22. Fox R, McMullen S, Newburn M. UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 ago 16];15:147. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494694> doi: 10.1186/s12884-015-0581-5

23. Silva LM, Silva IA, Praça NS. Child health care: practices of a brazilian indigenous population. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 16];27(3):1097-109. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27524754> doi: 10.1353/hpu.2016.0103

24. Pereira RF, Freitas MC, Ferreira MA. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jun 06];67(4):601-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0601.pdf>

25. Schmalfluss JM, Sehnem GD, Ressel LB, Teixeira CMD. Percepções e vivências das mulheres acerca do climatério. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jun 06];8(9):3039-46. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10023/10410>

Autor correspondente

E-mail: lisiealende@hotmail.com

Endereço: Dr. Maia 2160, apto 302 Bairro Bela Vista – Uruguiana, Rio Grande do Sul
CEP: 97501-768

Contribuições de Autoria

1 – Lisie Alende Prates

Contribuições: concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

2 – Gabriela Oliveira

Contribuições: concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados.

3 – Laís Antunes Wilhelm

Contribuições: análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

4 – Luiza Cremonese

Contribuições: concepção e planejamento do projeto de pesquisa, redação e revisão crítica.

5 – Carolina Carbonell Demori

Contribuições: redação e revisão crítica.

6 – Lúcia Beatriz Ressel

Contribuições: concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, e revisão crítica.

Como citar este artigo

Prates LA, Oliveira G, Wilhelm LA, Cremonese L, Demori CC, Ressel LB. Vem passando de geração para geração”: as práticas de cuidados de mulheres quilombolas. Rev. Enferm. UFSM. 2019 [Acesso em: Anos Mês Dia];vol e40: P1-P40. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769233450>