

## O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde

Access in a quilombola community: dimensions of health equity

El acceso en una comunidad quilombola: dimensiones de la equidad en salud

Michelle Kuntz Durand<sup>1</sup>; Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Durand MK, Heidemann ITSB. O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):1017-1024. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1017-1024>.

### RESUMO

**Objetivo:** Discutir o acesso de mulheres quilombolas em vulnerabilidade social para o alcance da equidade em saúde. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire, durante a realização de Círculos de Cultura com dez mulheres quilombolas. **Resultados:** Como temas relevantes do acesso são desvelados o transporte, a mobilidade urbana, a informação em saúde e o racismo. O empoderamento comunitário é imprescindível para o alcance da equidade em saúde. Instiga-se um aprofundamento desta temática, pois se percebe que o constrangimento, a insegurança e a culpabilidade destas mulheres ao relatarem algumas omissões sobre sua saúde ainda se mantêm presente. É visível o alcance do empoderamento ao terem atitudes perante a sua saúde e autocuidado. **Conclusão:** Destaca-se a importância de se impulsionar uma consciência cidadã, a emancipação e o fortalecimento de sujeitos a fim de garantir o acesso universal e equitativo como construção e direito de todos.

**Descritores:** Equidade no Acesso, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Empoderamento, Vulnerabilidade Social, Mulheres.

### ABSTRACT

**Objective:** Discuss women's quilombola access in social vulnerability to health equity achievement. **Method:** It involves research adopting a qualitative approach linked to the methodological benchmark of Paulo Freire, during the achievement Culture Circles, with ten women Quilombola. **Results:** As relevant themes of the access were unveiled the transport, urban mobility, information in health and the racism. The community strengthening is indispensable for the achievement of equity in health. It is necessary to deepen such thematic since the embarrassment, insecurity and culpability of these women in reporting some omissions about their health remain present. It is visible their empowerment extent by having attitudes towards health and self-care. **Conclusion:** It is important to promote the citizen's awareness, the emancipation and strengthening of individuals, in order to guarantee universal and equitable access to construction and right for all. **Descriptors:** Access Equity. African Continent Ancestors' Group. Empowerment. Social Vulnerability. Women.

- 1 PhD em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michakd@hotmail.com.
- 2 Ph.D em Enfermagem de Saúde Pública pela Lawrence S. Bloomberg Faculdade de Enfermagem da Universidade de Toronto. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ivoneteheideman@gmail.com.br.

## RESUMEN

**Objetivo:** Discutir el acceso de mujeres quilombolas en vulnerabilidad social para el alcance de la equidad en salud. **Método:** Investigación de abordaje cualitativo articulado con el referencial metodológico de Paulo Freire, durante la realización de Círculos de Cultura con diez mujeres quilombolas. **Resultados:** Como temas relevantes del acceso se desvelaron el transporte, la movilidad urbana, la información sanitaria y el racismo. El empoderamiento comunitario es imprescindible para el logro de la equidad en salud. Se instiga una profundización de esta temática, pues se percibe que la constreñimiento, inseguridad y culpabilidad de estas mujeres al relatar algunas omisiones sobre su salud aún se mantiene presente. Es visible el alcance del empoderamiento al tener actitudes ante su salud y autocuidado. **Conclusión:** Se destaca la importancia de fomentar una conciencia ciudadana, la emancipación y fortalecimiento de sujetos a fin de garantizar el acceso universal y equitativo como construcción y derecho de todos.

**Descriptor:** Equidad en el Acceso; Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Empoderamiento, Vulnerabilidad Social, Mujeres.

## INTRODUÇÃO

Atualmente buscamos o acesso como um substantivo essencial ao ingressar em algo que se necessita ou inerentemente se pretende alcançar. Acesso é um conceito complexo, empregado algumas vezes de maneira confusa e multifacetada. Vinculado às suas desigualdades, é descrito como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o Sistema Único de Saúde (SUS) funcione efetivamente, segundo os princípios e as diretrizes estabelecidos<sup>1</sup>.

Os diversos enfoques de análise do acesso relacionado aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, enfatizando o enredamento e a imprecisão<sup>1</sup>.

Nesse sentido, o termo acessibilidade é descrito como uma condição de possibilidade para a transposição dos entraves voltados à efetiva participação dos indivíduos nos diversos âmbitos da vida social. É apresentada como condição essencial a todos os processos de inclusão social em suas diversas naturezas, sendo elas atitudinal, tecnológica, informacional, comunicacional, linguística, pedagógica, entre outras<sup>2</sup>.

Embora o direito ao acesso universal e igualitário seja um forte princípio garantido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), percebem-se na prática entraves e desenlaces. Segundo o artigo 196 da Constituição Federal (1988)<sup>3</sup>, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS consagra os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população, garantindo com isso o acesso universal a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral<sup>4</sup>.

Para a otimização de recursos em saúde, a qualidade da assistência voltada a dimensão populacional está ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo, firmando novamente a equidade como forte alicerce ao sistema e isto pode possibilitar o acesso da atenção em saúde<sup>5</sup>.

A equidade é uma dimensão da justiça social do acesso, ao passo que os recursos são mobilizados para abarcar a necessidade de uma determinada população. Estes primam pela importância de se levar em conta as variações de necessidades dentro de configurações geográficas únicas e também dentro de diferentes subgrupos socioculturais e econômicos<sup>6</sup>, oferecendo, assim, maior acesso aos que mais necessitam.

Por conseguinte, faz-se referência às comunidades em vulnerabilidade social nas quais se incluem as populações quilombolas. A vulnerabilidade social implica um conjunto de características, de recursos e habilidades inerentes a indivíduos ou grupos, que podem ser insuficientes ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Com isso, essa relação irá definir maior ou menor grau de desgaste da qualidade de vida dos sujeitos<sup>7</sup>.

Sob esta ótica, a Comissão Pró-Índio de São Paulo define as comunidades remanescentes de quilombo como grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade<sup>8</sup>. O termo “quilombo”, que em sua etimologia bantu significa “acampamento guerreiro na floresta”, foi popularizado no Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo instituídas pelos rebeldes ao sistema escravista e a suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos<sup>9</sup>.

O acesso à saúde deve ser garantido pela constituição brasileira a toda a população inclusive às comunidades quilombolas, entendendo e colocando em prática a equidade como alicerce do cuidado para promover a sua saúde.

Um estudo alusivo à representação social de 146 usuários em relação ao SUS revela como característica central uma dimensão biomédica, hospitalocêntrica e medicocêntrica, reforçada pela perspectiva da medicalização da atenção à saúde<sup>10</sup>.

A atenção à saúde tradicional, dito biomédico, baseia-se numa visão cartesiana de fragmentação corpo e mente, reduzindo o indivíduo a um organismo biológico e desqualificando, assim, aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de viver e adoecer. Além disso, também tem sido questionado o inadequado preparo dos profissionais da saúde para o exercício das suas funções, o alto custo dos serviços de saúde e a incapacidade de se acolher às verdadeiras necessidades da população<sup>11</sup>.

A enfermagem se inclui como uma profissão que busca a superação da dicotomia vigente nos modelos tradicionais de ensino, buscando adaptar-se aos atuais desenhos do mundo globalizado, o qual demanda novas formas de construção do conhecimento assim como mudanças no processo de formação profissional, garantindo uma assistência integral e voltada à transdisciplinaridade<sup>12</sup>.

Sendo assim, acredita-se que o acesso comunitário a ações, serviços e informações relacionadas à saúde são prioridades frente a promoção da saúde da população, impactando na organização da vida diária dos indivíduos e possibilitando realizar escolhas e, assim, oportunizar uma melhor qualidade de vida. Com isso, o acesso enfrenta prejuízos os quais se tornam explícitos em alguns contextos e merecem um importante olhar.

Por conseguinte, este artigo objetiva discutir o acesso comunitário de mulheres de uma comunidade quilombola para o alcance da equidade no que tange à questão da acessibilidade e da mobilidade, à informação a saúde e à relação com os profissionais.

## METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com caráter participativo e dialógico, desenvolvido junto ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que tem como etapas a investigação temática, a codificação e descodificação e o desvelamento crítico<sup>13</sup>.

A investigação dos temas ocorreu durante o desenvolvimento dos Círculos de Cultura no período de abril a junho de 2016 no transcorrer de seis encontros. Teve a participação de dez mulheres maiores de dezoito anos moradoras da comunidade quilombola Morro do Fortunato, município de Garopaba, litoral de Santa Catarina.

O grupo de mulheres da comunidade quilombola Morro do Fortunato se reúne há oito anos e tem a participação de doze mulheres, todas pertencentes à comunidade. Tem como objetivo a realização de atividades artesanais as quais recebem o auxílio da secretaria de serviço social do município. Nele, todas trabalham suas habilidades tanto no que se refere à gastronomia como aos produtos artesanais.

Após pactuado com as participantes, os Círculos de Cultura foram realizados concomitante aos encontros do grupo de mulheres. Para a obtenção dos temas, contou-se com o apoio de duas auxiliares de pesquisa que contribuíram durante o processo junto aos registros em diário de campo e aplicação do instrumento sociodemográfico. Os temas foram gravados com a devida autorização e transcritos pela pesquisadora que utilizou uma transcrição atenta e direcionada, embasada na pergunta de pesquisa, assim como nos objetivos do estudo.

No primeiro e no segundo encontro houve uma aproximação na relação entre pesquisadora e participantes, promovendo tanto o conhecimento da proposta de pesquisa quanto a escuta atenta da trajetória do grupo.

O levantamento dos temas geradores ocorreu no terceiro encontro com as participantes. Para que esses fossem investigados junto ao grupo, foi dialogado sobre o modelo de Dahlgren e Whitehead<sup>14</sup> sobre os Determinantes Sociais de Saúde aliado a algumas inquietações relacionadas a sua saúde e a interferência destes fatores no ser mulher quilombola.

Para tanto, utilizou-se da dinâmica de recorte e colagem suscitando o levantamento dos temas geradores, os quais foram distribuídos em dois cartazes compostos das figuras selecionadas pelas mulheres.

No quarto encontro, os vinte temas levantados na Investigação Temática foram apresentados em forma de tarjetas e discutidos pelo grupo. Como resultado deste momento dialógico, estes primeiros temas foram reduzidos a oito, os quais foram selecionados pelas participantes do Círculo de Cultura sendo que destes, um foi eleito para ser discutido neste relato: acesso/mobilidade.

Este tema gerador foi desvelado e analisado no quinto encontro, no qual se buscou um olhar crítico referente ao

acesso e à mobilidade relacionados a essa comunidade, sendo trabalhado e traduzido em três diferentes dimensões: acesso ao transporte, acesso à informação em saúde, relação comunidade e profissionais da saúde.

No sexto e último encontro dos Círculos de Cultura, facilitado pelo vínculo e pela empatia de todas as participantes, concretizou-se o desvelamento crítico de forma empoderada e com real possibilidade de se expor e colocar-se diante aos seus anseios e fragilidades, o que permitiu a análise dos temas levantados durante as fases do itinerário de pesquisa.

Este estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) sendo aprovado pelo CAAE 53143216.6.0000.0121. Respeitou-se o anonimato das participantes e a participação na pesquisa foi considerada mediante assinatura do TCLE. Em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos, foram respeitados os princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia, bem como os princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciarmos as discussões com o grupo relacionadas à temática acesso e mobilidade, percebeu-se um pensar ingênuo e não-reflexivo frente aos acessos comunitários vivenciados por essa comunidade.

Embasados no diálogo, passamos a revisitar um novo e crítico olhar ante às suas realidades. Revelou-se, além da precária mobilidade de transporte, uma deficiência de informações sobre o cuidado de si, assim como uma lacuna entre essas mulheres no que se refere à relação com os profissionais e a assistência de saúde.

Nesse contexto, ao se repensar as nuances do acesso à saúde, destaca-se a enfermagem como uma forte e pertinente profissão relacionada ao cuidado e à promoção.

Referente ao perfil, participaram deste estudo dez mulheres com idade entre 24 e 54 anos, pertencentes à comunidade Morro do Fortunato. Referente à escolaridade, apenas uma não estudou, cinco concluíram o ensino fundamental e quatro o ensino médio, sendo que uma está finalizando este ano. Destas dez, oito possuem filhos: duas têm um filho, duas têm dois filhos, três têm três filhos e uma tem quatro filhos. Referente à profissão, uma é balconista, três são doceiras, uma é auxiliar de serviços gerais, uma é artesã e quatro são donas de casa. Quanto à religião, sete são católicas, uma é evangélica, uma frequenta todas as religiões e uma é wilka e celta.

### Acesso ao transporte versus acessibilidade e mobilidade comunitária

Inicialmente, a chegada ao morro exige curiosidade e perspicácia para encontrar as mulheres inseridas nesta comunidade. Distante em média oito quilômetros do centro de Garopaba, é necessário percorrer sinuosas e não povoadas estradas de chão. Atualmente, ao se aproximar da comunidade, foi construída uma pequena e estreita estrada de pedra para os últimos caminhos antes de se chegar ao local.

Com todos esses entraves, ratifica-se a dificuldade de acesso e mobilidade levantada junto a investigação temática pelas participantes no desenrolar dos Círculos de Cultura, claramente expresso na fala da Flor: “O acesso... os horários... quando chove então? Fica tudo bem mais difícil... Para os estudantes que não podem deixar de participar das aulas, tem poucos horários de ônibus e eles precisam ir. Acabamos tendo de carregá-los para baixo e para cima” (Flor).

Corroborando com a fala de Flor, destaca-se em um estudo a subutilização e a sugestiva maior dificuldade de acesso pelas populações quilombolas. Justificam, ainda, que uma provável explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e na utilização de serviços de saúde, sendo proclamada, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas<sup>15</sup>. O acesso é condição essencial para melhoria da qualidade de vida, incluído no conceito positivo de saúde.

Nessa ótica, junto ao conjunto da população negra brasileira, é possível identificar que o grupo das comunidades quilombolas demonstra-se ainda negligenciado. Em sua maioria localizadas em áreas rurais, constituídas originalmente por descendentes de escravos, as comunidades resistiram à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural<sup>16</sup>.

Junto a isso, as moradoras destacam as dificuldades de deslocamento tanto para chegarem como para saírem de seus lares. Relatam que para as crianças chegarem na escola, como para todos os moradores que necessitem de qualquer comércio, dependem de veículo próprio ou de ambularem até o local, pois a oferta de transporte público é bastante defasada: “Não tem farmácia aqui... tudo fica lá embaixo... quando não tem ônibus temos que subir andando com várias sacolas...” (Apaixonada).

Percebe-se, com isso, a importância imperiosa em se adaptar os serviços utilizados pela comunidade à dinâmica de trabalho, destacando a necessidade de uma maior oferta de transporte público condizente com suas realidades, uma maior infraestrutura e possibilidade de comércio e renda a esse grupo populacional.

## Acesso à informação em saúde

A dificuldade de acesso ao transporte público desvelado como uma restrita acessibilidade e mobilidade comunitária permitiu-nos, no transcorrer dos Círculos de Cultura, uma nova e reflexiva leitura frente ao acesso à informação e à relação deste com as questões raciais.

Embora ainda exista considerável debate sobre o conceito de acesso à informação em saúde, parte da literatura acede que acesso não equivale à simples utilização do serviço e educação em saúde. O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado deles e auxiliando na avaliação da equidade em saúde<sup>17</sup>.

O debate realizado no transcorrer de Círculos de Cultura possibilita aos pesquisadores uma maior proximidade e inter-relação com os participantes, possibilitando uma verdadeira inserção em seus cotidianos e uma leitura pautada ainda na

percepção, na empatia e na vivência das rodas. Com isso, na medida em que os encontros foram sendo desenvolvidos e os temas geradores codificados e decodificados, identificou-se déficit relacionado à informação em saúde das participantes somado a um crescente e real interesse do grupo frente às questões relacionadas ao cuidado de si, à qualidade de vida, à autonomia e à promoção da saúde, permitindo assim o desvelamento da temática do acesso e mobilidade.

Nesse aspecto, a promoção da saúde considera a universalidade e a integralidade, prioriza a abordagem coletiva e visa à redução das desigualdades sociais, ao empoderamento, a autonomia e à participação social. Desempenha ainda um importante papel no processo de desenvolvimento comunitário, buscando relacionar os determinantes da saúde e capacitando a comunidade para que amplie suas conquistas e melhore sua qualidade de vida<sup>18</sup>.

Dessa forma, isto é traduzido na fala de Flor:

*Na real nós falamos um pouco de tudo... questão do acesso... porque muitas outras coisas nós não temos acesso... educação, saúde... (Flor).*

*O que mais falamos referente ao acesso foi do transporte... que é algo bem precário aqui para gente. (Batalhadora).*

E ainda, com um olhar reflexivo, reforça: “Mas se formos pensar em tudo temos dificuldade de acesso até para conseguir informação.”

O diálogo produzido nos Círculos demonstra um novo olhar sob a realidade de vida dessas mulheres, permitindo-as algumas ponderações perante as suas necessidades e reflexões para a tomada de decisões. Passam a compreender que a dificuldade de acesso transcende ao acesso de transporte e mobilidade comunitária, abrangendo ainda um déficit da informação e educação em saúde.

Nesse sentido, o acesso está relacionado a quatro elementos principais: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, afirmando confusão e proximidade ao conceito de equidade em saúde. Reforçam estudos que convergem a uma reflexão em comum na qual o problema do acesso à saúde e conseqüentemente, da equidade, necessita ser confrontado por meio de ações intersetoriais e transversais a diversas áreas governamentais, abrangendo políticas públicas e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente mediante ações limitadas ao nível de atuação dos sistemas de saúde<sup>19</sup>.

A informação é primordial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso. Estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e os sujeitos<sup>19</sup>.

Essas se destacam como ferramentas vinculadas à promoção da saúde, as quais fortalecem e empoderam os indivíduos para tomarem decisões e serem ativos na construção de suas trajetórias de vida.

É imprescindível ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, destacando-se que o acesso passa também pelas condições sociais e econômicas

da população e não apenas de sua condição étnica. A universalidade deve ser vista como o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população, porém ainda não se concretizou na prática<sup>20</sup>.

### Acesso e o racismo em saúde

Na relação das informações com o racismo em saúde identificou-se que se desnudam temas cruciais atrelados ao dia a dia e diversos enfrentamentos são experimentados por essas mulheres. Na fala enfática e reflexiva de Flor:

*O racismo gera também uma dificuldade de acesso... até para conseguir um trabalho melhor, que saia da informalidade... Daí acabam tendo que ficar com empregos de faxineira, pedreiro... os maridos sem carteira assinada... A filha dela por exemplo começou a fazer faculdade mas era em Tubarão era muito difícil então desistiu... então tudo isso é dificuldade de acesso... até para ter um futuro melhor... Então o tema que nós pegamos entrou tudo na dificuldade de acesso por que abrangia tudo. (Flor).*

A discriminação por cor e raça, perpetrada na maior parte das vezes de forma velada em virtude das leis que a condenam, determina diferenças enormes no acesso e na assistência nas diferentes esferas sociais, como, por exemplo, na menor oportunidade de escolarização, na justiça, como reflexo da falta de informação e da relação com uma melhor rentabilidade econômica, assim como nas condições de moradia e habitação<sup>21, 22</sup>.

Nas entrelinhas dos Círculos de Cultura, são apontadas no desenrolar dos diálogos fortes e subjetivos construtos resultantes de um passado velado e preconceituoso no qual, de maneira “engraçada” e sutil, vem à tona e é exposta na roda.

*Esses dias falaram no rádio... ofereceram as músicas... Uma para o pessoal da costa... e daí falou: Essa vai para os pretos lá de cima! Acreditam??? Mas eu vou cobrar dele... Não é que a gente tenha vergonha da nossa cor mas por que não falou: ‘...pessoal lá do morro do Fortunato?’ (Conta rindo...)... Talvez até não fosse por racismo... Talvez por costume, mas que ofende ofende. (Flor).*

A fala acima denota o sentimento de revolta e tristeza com questões coletivas e uma autojustificativa para a compreensão do preconceito social vivenciado em situações singelas do dia a dia, como nesse caso, em mensagens da rádio local. Neste interim, destaca-se que o preconceito interfere na condição de saúde. O profissional da saúde pode contribuir para amenizar esta realidade contribuindo no empoderamento desta população.

Nesta mesma direção, se ratificam a violação multifatorial embasada no racismo, no sexismo e nas condições socioeconômicas e culturais da garantia do acesso universal e equitativo à saúde, assim como da utilização dos serviços. O acesso – utilização dos serviços e insumos de saúde – é condição importante para a manutenção e o reestabelecimento

da saúde, ainda que não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de qualidade<sup>23</sup>.

Os autores ainda complementam que

*as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento 23:572.*

Ao se compreender dificuldade de acesso à informação em saúde e sua relação com as questões raciais desveladas no transcorrer dos Círculos de Cultura, as participantes passam a vislumbrar uma nova necessidade a se buscar. Percebem, assim, um maior e crescente interesse em aprender e compreender suas vidas e seus direitos como protagonistas de suas histórias.

### Acesso aos profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas

O acesso referente à mobilidade e à informação em saúde ainda se fez necessário, por meio dos relatos das participantes, discutir a relação com os profissionais da saúde e o empoderamento das mulheres quilombolas.

Dada a relevância dessa abordagem para as participantes envolvidas neste estudo, sente-se a necessidade de se discutir esta relação e aprofundar a temática. O restrito acesso aos profissionais da saúde ou a ausência de habilidades para utilizar ou questionar frente aos seus anseios indicam a vulnerabilidade dessas relacionada ao processo de saúde e doença.

Frente a isso, a importância da formação é voltada a práticas dialógicas entre os atores envolvidos, apontando a compreensão dos determinantes da saúde, bem como o desenvolvimento de ações que resultem em melhoria das condições de vida e de saúde da população e consequente maior responsabilização dos profissionais pelos resultados de suas ações<sup>24</sup>.

Dessa forma, ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta das necessidades dos sujeitos devem ser articuladas no contexto, visando constituir compromissos e parcerias para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços de saúde<sup>25</sup>. Corroborando com o pensamento anterior a fala de Violeta quando diz: “(...) É, na verdade a gente sente que ninguém nos escuta ou sei lá, pensam que aquilo que a gente está sentindo é bobagem e só nos passam uma receita e deu.” (Violeta). E ainda, esse contexto é fortalecido com a fala de Violeta: “É tão fácil o que vocês estão falando aqui, mas ninguém falou do nosso jeito da importância de fazer esses exames.” (Querida).

Sob esta ótica, percebe-se a urgência eminente de uma atenção diferenciada, contemplada com profissionais comprometidos e que exerçam uma escuta ativa e conectada com a realidade individual das comunidades em que atuam.

Na área de saúde, a importância de se saber sobre as informações fornecidas pelos profissionais aos sujeitos está relacionada ao respeito à autonomia destes e para exercê-la é fundamental que eles estejam bem informados sobre sua saúde e todos os fatores que nela estão inseridos<sup>26</sup>.

As falas das participantes também retratam a questão do cuidado e demonstram a fragilidade das relações entre os que recebem (ou buscam) cuidado e os que oferecem (ou negam) cuidado/ educação: “Nas consultas que eu já fui, nunca que eu ouvi falar que tomar anticoncepcional, mais pressão alta e muito menos a questão da idade e os riscos de seguir tomando...” (Violeta).

Nessa fala, declara-se a importância e os riscos gerados com esse distanciamento muitas vezes resultante de uma assistência cada vez mais medicamentosa, biológica e veloz, permitindo muitas lacunas e consequências diversas vezes irremediáveis. Com isso, percebe-se a necessidade eminente de um olhar mais atento e holístico vinculado a uma escuta ativa e encontros embasados na empatia e no diálogo.

Nesse sentido, é destacada a imperativa necessidade de se pactuar com os partícipes que buscam no sistema uma verdadeira corresponsabilidade, incentivando-os a se tornarem verdadeiros protagonistas de sua saúde, gerindo sua vida cingida de cuidados com alimentação, atividade física, atividades de lazer e, assim, cuidados integrais que abarquem seu corpo, espírito e saúde mental<sup>25</sup>.

Confirma-se que pessoas aguardam a consulta para externarem suas angústias, contudo, em alguns momentos não conseguem espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que repercute negativamente na continuidade de seu autocuidado<sup>25</sup>.

Dessa forma, ao se perceber o desconforto e o constrangimento apontado pelas participantes deste estudo ao discutirmos questões relacionadas à saúde da mulher e principalmente ao explicar as patologias relacionadas ao ser negra/ser mulher como, por exemplo, um alto índice de câncer de colo uterino, percebeu-se que são inúmeras as vezes em que a prevenção não se efetiva devido à ausência de atividades de educação em saúde. Isso é caracterizado nas falas de algumas participantes ao serem questionadas quanto ao exame Papanicolau:

*Hummm... A última vez que fiz o meu fazem mais de quatro anos... É horrível... (Flor).*

*Acho ruim... Porque é uma humilhação para gente... Eu tenho que me preparar uma semana antes... Mas mesmo assim faço todos os anos... Embora esse ano eu ainda não fiz... (Violeta).*

*Eu sempre falo para minha agente comunitária que eu faço, mas na verdade não faço não... Eu fiz no meu pré-natal... Nesse negocio de pré-natal eu sou bem rígida... Agora o preventivo acho muito constrangedor... (Flor).*

E ao ser questionada quanto ao tempo que não realizava o exame, Flor responde: “Faz dez anos... Mas não imaginava que era tão importante assim fazer esse exame...” (Flor).

O diálogo acima expressa o sentimento de constrangimento, culpabilidade e desconhecimento representado pelas mulheres. Com isso, ainda inseridas na proposta Freireana de troca e aprendizado coletivo, dialogamos no Círculo de Cultura perante a importância da realização anual do exame preventivo de câncer de colo uterino e a possibilidade de diagnóstico precoce caso ele seja realizado todos os anos. Aproveitamos para desmistificar e amenizar os sentimentos de constrangimento e exposição, buscando dar uma merecida ênfase ao cuidado de si, à autoestima e à consequente qualidade de vida.

Corroborando com o diálogo exposto, compartilha-se a crítica à insistente prevalência do autocuidado como um plausível e desejável resultado das ações educativas em saúde, a qual apresenta relação com a ideologia do individualismo, na qual é central a noção de autonomia individual. A forte influência dessa ideologia no campo da saúde relaciona-se à formação. Ainda densamente impregnada pelo paradigma biomédico, é afastada de compreensões socioantropológicas acerca da saúde e fundamentada em teorias cognitivo-comportamentalistas que configuram processos de aprendizagem focados na transmissão de informações e mudanças de atitudes, negligenciando em sua maioria, os Determinantes Sociais e culturais da saúde, individualizando os processos de adoecimento<sup>27</sup>.

Dessa forma, facilmente se explicam algumas posturas profissionais em que, formados neste contexto e expostos a práticas assistenciais embasadas em avaliações quantitativas e epidemiológicas, invistam na Promoção da Saúde do outro a partir de ações verticalizadas, com pouco espaço para a escuta e saturados daqueles saberes determinados pela ciência como de inequívoca valorização ao cuidado de si<sup>27</sup>. Constatação essa expressa na fala a seguir: “Esperei oito meses para conseguir a consulta e quando cheguei lá ele mal me olhou e já me deu um remédio para acalmar... Na verdade, sai como entrei...” (Amizade).

A fala acima nos permite refletir a priorização da escuta ativa em nossos cotidianos assistenciais, vislumbrada como uma prática de cuidado e uma maior possibilidade de aproximação entre o binômio profissional e a comunidade.

Dessa forma, ao escutarmos o outro e valorizarmos suas singularidades, vivenciamos o cuidado e avançamos em estratégias de se fortalecer a autonomia dos sujeitos e consequente promoção da sua saúde, indicando um processo de empoderamento com maior abertura para a escuta e algum tipo de transformação em suas práticas no sentido do empoderamento da população<sup>28</sup>.

O cenário do acesso que remete às múltiplas dimensões da vulnerabilidade da mulher quilombola reforça a importância eminente de estratégias de empoderamento individual e comunitário de forma equitativa e promotora de práticas e discussões que promovam a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou discutir o acesso comunitário de mulheres de uma comunidade quilombola para o alcance da equidade no que tange à questão de acessibilidade e mobilidade, à informação à saúde e à relação com os profissionais, tendo como pilar balizador as questões étnicas e raciais. No que

competem à acessibilidade como sinônimo de mobilidade e deslocamento, as participantes desvelam a temática como necessidades transcendentais, as quais possibilitam as novas e frutíferas reflexões narradas neste estudo.

Dessa forma, no transcorrer deste processo de escuta e leitura subliminar, se desperta um silencioso e imperativo ensejo direcionado às diversas comunidades invisíveis que clamam por merecidas e ainda obscuras possibilidades de acesso, o qual remete a ferramentas poucas vezes exercidas como o respeito, equidade, cuidado, educação em saúde, autonomia, qualidade de vida e empoderamento.

Diantes das dificuldades e das reflexões desencadeadas neste estudo, destaca-se como consensual a imperiosa necessidade de se pensar em estratégias de engajamento e participação social intuindo maior acessibilidade e mobilidade para essa e tantas comunidades em vulnerabilidade social.

Por conseguinte, instiga-se um aprofundamento desta temática, pois se percebe que o constrangimento, a insegurança e a culpabilidade dessas mulheres ao relatarem algumas omissões sobre sua saúde e uma provável vergonha em relatá-las ainda se mantêm presentes. Por outro lado, é visível o alcance do empoderamento delas ao terem atitudes em prol da sua saúde e do autocuidado, em especial ao relatarem suas ações já efetivadas, como agendamentos de exames assim como práticas saudáveis em seus cotidianos.

Destaca-se ainda a forte relação com uma merecida visibilidade e valorização dessa população. Produzir mudanças em condutas muitas vezes engessadas e igualmente reproduzidas permite credibilidade e fortalecimento da equidade, possibilitando o exercício do cuidado como estratégia de autonomia, empoderamento e promoção da saúde.

Com isso, apesar de algumas realidades atrozestarem vinculadas ao acesso e/ou à carência, acredita-se na possibilidade da construção de coletivos críticos e reflexivos. É relevante impulsionar uma consciência cidadã, sobrepujar o conformismo social por meio da emancipação e do fortalecimento de sujeitos empoderados e comprometidos e finalmente, assim, garantir o acesso universal e equitativo como construção e direito de todos.

## REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Jesus WLA. *Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise*. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2012. v. 17, n. 11, p. 2865-2875. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002) [Acesso em 23 setembro 2016].
2. Brasil. *Conceito de Acessibilidade*. Universidade Federal do Ceará. 2017. Disponível em: <http://www.ufc.br/acessibilidade/conceito-de-acessibilidade> [Acesso em 18 janeiro 2017].
3. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) [Acesso em 05 maio 2017].
4. Teixeira C. *Os princípios do sistema único de saúde*. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) [Acesso em 23 de setembro de 2016].
5. Norman AH, Tesser CD. *Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde*. Saúde e Sociedade. [Internet]. 2015. 24 (1): 165-179. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000100165&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000100165&script=sci_abstract&tlng=pt) [Acesso em 30 novembro 2016].
6. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. *Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care*. British Journal of General Practice, London, v. 54, n. 502, p. 374-381, 2004.
7. Monteiro SRRP. *O marco conceitual da vulnerabilidade social*. *Sociedade em Debate*. [Internet]. 17(2): 29-40, jul.-dez./2011. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695/619> [Acesso em 30 novembro 2016].
8. Seppir - Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico das ações realizadas*. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>. Acesso em: 13 outubro 2016.
9. Leite IB. *O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais*. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 965-977, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300015) [Acesso em 14 outubro 2016].
10. Oliveira DC, Silva LL. *O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde*. Rev. Enferm. [Internet]. UERJ. 18(1):14-18, jan.-mar. 2010. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a03.pdf> [Acesso em: 20 outubro 2016].
11. Araújo D, Miranda MCG, Brasil S. *Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade*. Rev Baiana Saúde Pública. 2007. 31 Suppl 1: 20-31.
12. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. *Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas*. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(1):176-84. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2158/1/v19n1a21.pdf> [Acesso em 14 novembro 2016].
13. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.
14. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. 1991.
15. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. *Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública. 2013. v. 29, n. 9, p. 1829-1842. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001300022](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300022) [Acesso em 27 abril 2017].
16. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. *Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais*. Cad. saúde colet. 2014. v. 22, n. 3, p. 307-313. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000300307&script=sci_arttext&tlng=pt) [Acesso em 13 outubro 2016].
17. McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University; 2007.
18. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. *Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família*. Trab. Educ. Saúde. 2012. v. 10 n. 2, p. 235-255, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462012000200004&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200004&lng=pt&tlng=en) [Acesso em 14 novembro 2016].
19. Sanchez RM, Ciconelli RM. *Conceitos de acesso à saúde*. Rev Panam Salud Publica. 2012. 31(3) 260-268. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9344/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Acesso em 11 outubro 2016].
20. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. Rev CEFAC. [Internet]. 2011. 13:937-43. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf> [Acesso em 13 outubro 2016].
21. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. *Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?* Saude soc. [Internet]. 2007. 16 (2): 146-155. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en) [Acesso em 12 outubro 2016].
22. Lopes F. *Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde*. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. v. 21, n. 5, p. 1596-1601, set./ out. 2005b. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/34.pdf> [Acesso em 12 outubro 2016].

23. Goes EF, Nascimento ER. *Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades*. Saúde debate. [Internet]. 2013. 37(99):571-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf> [Acesso em 12 outubro 2016].
24. Kleba ME, Vendrusculo C, Fonseca AP, Metelski FK. *Práticas de reorientação na formação em saúde: relato de experiência da Universidade Comunitária da região de Chapecó*. Ciênc. cuid. Saúde. [Internet]. 2012. v. 11, n. 2, p.408-414. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167738612012000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612012000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=pt) [Acesso em: 14 novembro 2016].
25. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprar A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. *Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas*. Ciênc. saúde coletiva. 2012. v. 17, n. 11, p. 2923-2930. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100009](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009) [Acesso em 12 outubro 2016].
26. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Alvarez AM. *Autonomia e direito à informação: contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados*. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2010. Disponível em [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200007) [Acesso em 13 outubro 2016].
27. Oliveira DLLC. *A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?* Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2011. v. 64, n. 1, p. 185-188. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100027) [Acesso em 14 outubro 2016].
28. Maricondi MA, Chiesa AMA. *A transformação das práticas educativas em saúde no sentido da escuta como cuidado e presença*. Ciência, Cuidado e Saúde. [Internet]. 2011. v. 9, n. 4, p. 704-712. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12048> [Acesso em 12 outubro 2016].

Recebido em: 27/09/2017

Revisões requeridas: 18/01/2018

Aprovado em: 24/01/2018

Publicado em: 07 /01/2019

**Autora responsável pela correspondência:**

Michelle Kuntz Durand

Rua Nereu Ramos, 1441 – E apto. 601 – Ed. Brasil,

Centro, Chapecó

Santa Catarina, Brasil

CEP: 89.801-021

E-mail: michakd@hotmail.com

Telefone: +55 (48) 9.9988-2807

**Divulgação: Os autores afirmam  
não ter conflito de interesses.**