**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PATRICIA LIMA FERREIRA SANTA ROSA

**MULHERES NEGRAS, O CUIDADO COM A SAÚDE E
AS BARREIRAS NA BUSCA POR ASSISTÊNCIA:
ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UMA COMUNIDADE DE
BAIXA RENDA**

**São Paulo
2013**

PATRICIA LIMA FERREIRA SANTA ROSA

**MULHERES NEGRAS, O CUIDADO COM A SAÚDE E
AS BARREIRAS NA BUSCA POR ASSISTÊNCIA:
ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UMA COMUNIDADE DE
BAIXA RENDA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestra em Ciências

Área de concentração: Cuidados em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko
Komura Hoga

Versão Corrigida

(versão original disponível na Escola de Enfermagem da USP)

**São Paulo
2013**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santa Rosa, Patricia Lima Ferreira

Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na
busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de
baixa renda / Patricia Lima Ferreira Santa Rosa. – São Paulo,
2013.

177 p

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Luiza Akiko Komura Hoga

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Saúde da Mulher 2. Antropologia Cultural e Social 3. Negros I.
Título

Nome: Patricia Lima Ferreira Santa Rosa

Título: Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Às informantes deste estudo que, sollicitamente,
compartilharam um pouco de suas histórias, fazendo da minha experiência
como mestranda algo mais significativo, especial e sensível.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade e capacidade de realização.

Aos meus pais e familiares, simplesmente, por tudo.

À orientadora e amiga, Prof.^a Dr.^a Luiza Akiko Komura Hoga, pela competente, sábia e corajosa condução deste trabalho.

À Dr.^a Dulce Maria Senna e ao Prof. Dr. Alessandro de Oliveira dos Santos por todo o auxílio na construção desta pesquisa e pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Às informantes deste estudo que fizeram desta experiência qualitativa um verdadeiro aprendizado.

Ao grupo de pesquisa Núcleo de Autocuidado à Saúde da Mulher.

Ao grupo de Pesquisa Psicossocial, Transdisciplinar das Desigualdades Raciais no Brasil.

À Monica Feitosa Santana, pelo valioso auxílio na realização das entrevistas.

À Pâmela Adalgisa Lopes Silva pelas transcrições.

À Jéssica Gallante Reis pelo otimismo de sempre e pela ajuda fundamental na organização final deste trabalho.

À Osmara Alves dos Santos pela colaboração nas traduções para o espanhol.

À Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro pela ajuda com as questões éticas.

À Enf.^a e amiga Luciane Martins Andrade Luiz por todo o apoio.

Às minhas amigas Luanda Cardoso e Emiliane Santiago pelo companheirismo e afeto de sempre.

Ao Divino Carvalho da Silva, meu companheiro, por todo o apoio moral, emocional e sociológico.

“Estamos convencidos de que racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos”.

*Declaração da III Conferência Mundial contra o Racismo,
Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, parágrafo 69.*

Santa Rosa PLF. Mulheres negras, o cuidado com a saúde e as barreiras na busca por assistência: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: A metade da população brasileira feminina é constituída por negras. Muitas mulheres pertencentes a este grupo racial jamais fizeram a mamografia, e a taxa de mortalidade materna é maior entre as negras. Muitas desigualdades ainda persistem em diversos setores da sociedade, inclusive no âmbito da saúde, mesmo após a implementação do Sistema Único de Saúde, que disponibiliza assistência gratuita a todas as pessoas. **Objetivos:** Explorar as crenças, valores e práticas das mulheres negras relativas ao cuidado com a saúde no domicílio, no contexto da própria comunidade e a sua interface com a busca por assistência nas instituições de saúde.

Metodologia: A pesquisa foi desenvolvida mediante abordagem qualitativa, utilizando-se do método etnográfico. O estudo foi desenvolvido na Cidade de São Paulo, no bairro Cidade Ipava (CI), uma região do Jardim Ângela constituída por uma grande proporção de negros, apresentando altos índices de vulnerabilidade à pobreza. Os dados foram coletados mediante o processo de observação participante e entrevistas etnográficas com 17 informantes gerais e três informantes chave. **Resultados:** Três descritores e um tema cultural expressam as crenças, valores e práticas das mulheres negras relativas ao cuidado com a saúde: 1) Faço o máximo para não ir ao médico - cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente: 2) A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa: 3) Sofro racismo velado por ser negra. O tema cultural foi: Sem outra saída – somos obrigadas a enfrentar obstáculos e buscar assistência médica porque os remédios caseiros não deram certo e o problema de saúde é grave. **Conclusões:** As mulheres se deparam com muralhas (in)visíveis ao acessar as instituições de

saúde. Os resultados desta pesquisa reiteraram a premissa de que os determinantes sociais que marcam as desigualdades em saúde, tais como, as relações de gênero, classe social, idade, território, religião, raça/cor, entre outros aspectos, não se manifestam de forma isolada nas relações sociais. No tempo atual pós-moderno, as desigualdades sociais persistem, sobretudo entre as mulheres negras moradoras das regiões periféricas de grandes metrópoles. Estas requerem suporte para o empoderamento, essencial para reivindicar, acessar e usufruir de uma assistência à saúde de qualidade.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Negros. Antropologia Cultural, Pesquisa Qualitativa.

Santa Rosa PLF. Black women, the care of the health and the barriers to seek for assistance: an ethnographic study in a low income community [Dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Half of the female Brazilian population is black. Many women in this racial group never did mammography, and the maternal mortality rates are higher among them. Many inequalities still persist in many society sectors, including health, even after the implementation of the National Health System, which provides free health care for all people. **Objectives:** To explore the beliefs, values and practices of black women regarding health care at home, in the community context, and it is the interface with the process of seeking for health care facilities. **Methodology:** The research was conducted through qualitative approach and the ethnographic method was done. It was carried out in the city of São Paulo, at a neighborhood district called Cidade Ipava, located in Jardim Angela, where is there a large proportion of blacks, which suffer high levels of vulnerability to poverty. Data were collected through the participant observation process and ethnographic interviews were done with 17 general informants and three key informants. **Results:** Three descriptors and a cultural theme express the beliefs, values and practices of black women regarding health care: 1) I do my best to not have to go to the doctor – I take care of the health as I can to avoid getting sick: 2) The experience with the health care that I have received in health care facilities is not good: 3) I suffer hidden prejudice for being black. The cultural theme was: Do not having another way - we are forced to face obstacles and must seek for medical care because the home medicines did not showed effects and the health problem is serious. **Conclusions:** Women are faced with (in)visible obstacles when they to access the health care facilities. These results reiterated that the social determinants which characterize the health inequalities, such as gender relations, social

class, age, territory, religion, race, among others, do not manifest themselves alone in the social relations. At the current post-modern environment, the social inequalities persist, especially among black women residents of outlying areas of large cities. These require support for empowerment, essential to claim, to access and to enjoy a high quality health care.

Keywords: Women's Health. Black Population. Cultural Anthropology, Qualitative Research.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Nível de pobreza, segundo grupos de raça/cor. Brasil e Estado de São Paulo, 1992-2009 ⁽¹⁾	26
Gráfico 2	Razão de mortalidade materna estimada pelo Ministério da Saúde, 1990 a 2010.	46
Gráfico 3	Distribuição de mortes maternas por raça/cor. Brasil, 2000 a 2010.	46
Gráfico 4	Distribuição percentual das mortes maternas na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo as causas. Brasil, 2000 e 2010*.....	47
Gráfico 5	População do Bairro Cidade Ipava segundo a idade, março, 2013.	74
Gráfico 6	População residente que procurou e não foi atendida pelo sistema de saúde agrupada por causas do não atendimento, segundo composição de cor ou raça (brancos, pretos & pardos e outros), Brasil, 2008 (em % da população que não foi atendida).	145

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Participação da População Negra ⁽¹⁾ no Total de Habitantes Municípios da Região Metropolitana de São Paulo e Distritos da Capital, 2000.....	59
Mapa 2	Mapa da Cidade de São Paulo demonstrando a localização do Bairro Cidade Ipava, 2013.....	73
Mapa 3	A seta aponta para a localização da ponte, na Estrada da Baronesa, altura do número 3151, aproximadamente. 2011.....	82

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1	Residências típicas das mulheres residentes no Bairro Cidade Ipava, 2013.....	61
Fotografia 2 -	O processo de construção de uma residência no bairro Cidade Ipava, 2013.....	61
Fotografia 3	Estrada da Baronesa, 3151 (número aproximado), abril, 2011. 81	
Fotografia 4	Estrada da Baronesa. 2011.	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização do território: UBS Cidade Ipava, 2013 – População.....	74
Quadro 2	Equipe de profissionais da UBS Cidade Ipava, 2013.	75
Quadro 3	Distribuição de gestantes, nascimentos e doentes crônicos da UBS Cidade Ipava, fevereiro 2013.	75
Quadro 4	Dados de saneamento básico do bairro Cidade Ipava, fevereiro, 2013.	76
Quadro 5	Características sociodemográficas das informantes.	84
Quadro 6	Componentes do DC 1 - “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”.....	86
Quadro 7	Componentes do DC 2 - A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa.	100
Quadro 8	Componentes do DC 3 - Sofro racismo velado por ser negra.	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Figura esquemática indicando a direção de migração interestadual das informantes, 2013	78
Figura 2	DC 1 - “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”.	85
Figura 3	DC 2 - A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa.	99
Figura 4	DC 3 - Sofro racismo velado por ser negra.	109
Figura 5	TC - Sem outra saída – somos obrigadas a enfrentar obstáculos e buscar assistência médica porque os remédios caseiros não deram certo e o problema de saúde é grave.	131

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO.....	25
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1 APRESENTAÇÃO DOS CONCEITOS PRETO, PARDO, NEGRO, RAÇA, RACISMO, PRECONCEITO RACIAL E RACISMO INSTITUCIONAL.....	29
2.2 BREVE HISTÓRIA DOS NEGROS NO BRASIL.....	32
2.3 COMPARAÇÃO ENTRE PAÍSES EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DO NEGRO.....	36
2.4 MOVIMENTO NEGRO E MOVIMENTO MULHERES NEGRAS NO BRASIL	38
2.4.1 Movimento Negro	38
2.4.2 Movimento de Mulheres Negras	40
2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	44
2.6 MORTE MATERNA E A MULHER NEGRA.....	45
2.6.1 A mulher negra e suas suscetibilidades específicas	47
2.6.2 Síndromes hipertensivas	47
2.6.3 Outras causas de morte materna.....	48
3 OBJETIVO GERAL.....	50
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 ABORDAGEM DE PESQUISA	52
4.1.1 O Paradigma Interpretativo.....	53
4.1.2 O Método Etnográfico.....	54
4.2 ASPECTOS ÉTICOS E AUTORIZAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	68
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.3.1 O rigor na pesquisa qualitativa.....	69
5 RESULTADOS	72
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CENÁRIO ESTUDADO.....	72
5.2 A HISTÓRIA DE MIGRAÇÃO PARA O BAIRRO	77
5.3 OS DESCRITORES E O TEMA CULTURAL.....	85
5.3.1 Descritor Cultural 1: “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”	85

5.3.2 Descritor Cultural 2: A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa.....	99
5.3.3 Descritor Cultural 3: Sofro racismo velado por ser negra	109
5.4 TEMA CULTURAL: SEM OUTRA SAÍDA – SOMOS OBRIGADAS A ENFRENTAR OBSTÁCULOS E BUSCAR ASSISTÊNCIA MÉDICA PORQUE OS REMÉDIOS CASEIROS NÃO DERAM CERTO E O PROBLEMA DE SAÚDE É GRAVE	130
6 DISCUSSÃO	135
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICES.....	170
ANEXOS	175

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desenvolver este estudo representou a oportunidade de ser porta-voz das mulheres que vivem na comunidade da qual fiz parte por quase duas décadas e com a qual, ainda possuo fortes ligações. No bairro Cidade Ipava do Jardim Ângela, local onde este estudo foi realizado, ainda abriga meus pais, irmãos, parentes e amigos. Tive acesso a uma universidade pública e pude apresentar ao público acadêmico, a perspectiva das mulheres negras que moram em um lugar que já foi considerado o mais violento do mundo. Apesar deste dado ter melhorado, a população residente naquele bairro ainda apresenta os índices mais elevados de vulnerabilidade social.

As entrevistas concedidas pelas informantes desse trabalho tiveram uma conotação de denúncia. Suas narrativas revelaram o movimento da saúde na periferia que é cotidianamente protagonizado pelas mulheres. Estas nos mostram que os recursos caseiros são explorados até o limite e que há diversas barreiras a serem enfrentadas quando as mulheres desejam acessar o sistema de saúde. Esta realidade é fruto da insuficiência de equipamentos e da baixa qualidade dos serviços de saúde, segundo a percepção das mulheres. Elas também denunciaram a existência de discriminação racial nos serviços de saúde.

Ter feito parte desse cenário cultural me ajudou a interpretar e a reportar os fatos observados, num âmbito mais abrangente. E, a despeito da minha necessidade de distanciamento devido à natureza científica da dissertação de mestrado, avalio que consegui analisar os dados encontrados mediante considerável profundidade. Creio que isto seja devido ao fato de ter pertencido (e de certa forma, ainda pertencer) àquela comunidade. Esse fato traz à tona uma reflexão sobre a urgência de haver mais pesquisadores negros no espaço universitário. Acredito que os membros nativos dos grupos excluídos estão mais aptos a compreender, de forma mais dinâmica, a realidade

vivida pelas mulheres e, desse modo, contribuir na elaboração e implementação das políticas públicas.

Este estudo também mostrou a interseccionalidade da problemática do acesso desigual aos serviços de saúde. Os vários determinantes se inter-relacionam, ou seja: gênero, classe social, idade, território, religião. Este estudo vai além ao dar destaque ao determinante raça/cor, que frequentemente é negligenciado pelas pesquisas desenvolvidas no espaço acadêmico, sob o discurso de que o problema é unicamente social. A discriminação racial tem sido reconhecida internacionalmente como um determinante de desigualdade em saúde e o Brasil não pode se furtar dessa discussão, tão pouco se furtar de tomar providências em relação a estas problemáticas.

A enfermagem pode se engajar na luta por redução das iniquidades em saúde entre os grupos dentro de uma população. Nesse sentido, estudos culturais sobre como se dá o acesso aos serviços de saúde por pessoas pobres já foram realizados. No entanto, esta pesquisa inova ao tratar de pessoas não só de baixa renda, mas também negras, mulheres, moradoras de áreas afastadas do centro da Cidade de São Paulo, a mais rica do Brasil. Esta é a lacuna que buscamos dar início ao preenchimento. Isto porque outros estudos serão necessários a fim de que se possam generalizar os resultados para a população em geral. Por isso, estudos de abrangência populacional que possam corroborar as informações coletadas nesse trabalho são de grande relevância.

Como enfermeira obstétrica, negra e atenta às questões de saúde da mulher, entendo que esta pesquisa é um dos primeiros passos para a compreensão profunda de como se dá a discriminação racial nos serviços de saúde. Entendo que a partir da compreensão abrangente, políticas públicas podem ser reivindicadas e criadas. Entendo que políticas públicas devem resultar em benefícios reais, tanto qualitativa, quanto quantitativamente, levando à efetivação dos direitos à igualdade entre todos os grupos dentro de uma sociedade,

independentemente de gênero, classe social, idade, território, religião, orientação sexual, raça ou cor!

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As mulheres negras e pardas representam 49,7% da população feminina brasileira, ficando praticamente na mesma proporção das brancas, que totalizam 48,7% da população (IBGE, 2012). Apesar desta correspondência em termos proporcionais, não há real efetivação dos direitos à igualdade, conforme preconiza a legislação. Este fenômeno, produto de desigualdades históricas, é caracterizado pela maior vulnerabilidade e exclusão social, sobretudo em relação à escolaridade, remuneração, acesso ao mercado de trabalho (Quadros, 2004) e aos serviços de saúde (Brasil, 2005a; Paixão et al., 2011).

Entre mulheres negras com 40 anos ou mais de idade, 40,9% jamais haviam realizado mamografia em suas vidas, frente a 26,4% das brancas na mesma situação; Dentre as que possuíam 25 anos ou mais, 18,1% das mulheres negras e 13,2% das mulheres brancas jamais haviam realizado o exame Papanicolaou. A taxa de mortalidade materna entre mulheres negras, em 2007 era 65,1% superior à das mulheres brancas (Paixão et al., 2011). Apesar da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e dos investimentos injetados nele, propiciando maior atenção à saúde da população negra e pobre brasileira, as desigualdades ainda persistem em diversos setores da sociedade, inclusive na saúde, contrariando um dos princípios fundamentais do SUS, ou seja, a equidade.

Como uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais e, em especial do movimento negro, o governo brasileiro estabeleceu políticas públicas específicas em prol desta parcela da população. Em março de 2003, criou a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial vinculada à Presidência da República (Brasil, 2013) e em 2007, implementou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esta teve como objetivo, combater a discriminação étnico-racial nos serviços de saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra (Brasil, 2013b).

Ações voltadas à promoção da equidade social não se restringem ao contexto brasileiro. Trata-se de uma questão que tem merecido a atenção de importantes instituições, em âmbito mundial. Neste sentido, a ONU determinou o respeito à igualdade entre homens e mulheres. Além disso, impulsionou a adoção de diversas ações internacionais, com a finalidade de combater a violência contra a mulher, reverter a expansão do HIV/AIDS, promover a segurança econômica da população feminina e a saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2013).

Este organismo internacional exerceu também um papel fundamental no estabelecimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, sendo a primeira, a erradicação da extrema pobreza e da fome em âmbito mundial. No Brasil, observamos progressos nesse quesito, pois houve a diminuição dos índices de pobreza e indigência ao longo dos anos. Entretanto, quando se discriminam os indivíduos segundo dois grandes grupos (brancos/amarelos e pretos/pardos/indígenas), a diferença ainda persiste com desvantagem considerável para o segundo grupo, em nível nacional e estadual, assim como se pode observar no gráfico 1 a seguir. (GESP, 2012).

Gráfico 1 Nível de pobreza, segundo grupos de raça/cor. Brasil e Estado de São Paulo, 1992-2009 ⁽¹⁾.

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD.

⁽¹⁾ Foram estimados os dados para 1994 e 2000, anos que não houve coleta de dados pela PNAD.

Nota: Consideram-se em situação de pobreza pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo de setembro de 1992 (Cr\$ 522.186,94), atualizado pelo INPC Brasil.

Dentre as pessoas com rendimento maior do que 30 salários mínimos, as mulheres brancas representam quase 85%, porém as

negras, pardas e indígenas, representam apenas 13% (IBGE, 2012). Quando observamos a proporção populacional com renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, segundo a raça/cor, no Brasil, há três vezes mais negros, pardos e indígenas se comparado com o número de brancos (GESP, 2012).

Foi identificada uma lacuna na literatura científica brasileira, no que tange às práticas de cuidado no processo saúde-doença das mulheres negras, de baixa renda, residentes em periferias de áreas urbanas. Assim sendo, evidenciou-se a necessidade, de explorar as práticas cotidianas de saúde adotadas pelas mulheres negras e sua interface com o sistema de saúde vigente no Brasil. Vislumbrou-se a pertinência do desenvolvimento do presente estudo, que será realizado com vistas a obter respostas aos seguintes questionamentos:

Como são desenvolvidas as práticas de cuidado relativas à saúde no contexto familiar, doméstico e comunitário e quais são as crenças e valores que permeiam estas práticas?

Como se dá o processo decisório de busca por assistência nas instituições de saúde?

Que experiências as mulheres vivenciam, neste processo de busca e atendimento à saúde nas instituições?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 APRESENTAÇÃO DOS CONCEITOS PRETO, PARDO, NEGRO, RAÇA, RACISMO, PRECONCEITO RACIAL E RACISMO INSTITUCIONAL

Pesquisas concluídas recentemente apontaram a necessidade de apresentar conceitos referentes à temática das relações étnico-raciais nos trabalhos científicos. Em estudos como este, que investiga as relações étnico-raciais e suas repercussões sobre a saúde das pessoas, essa premissa também é verdadeira. Este aspecto assume importância em razão da existência de variações na forma de interpretar cada conceito, quando comparamos contextos distintos nos âmbitos nacional e nível internacional (Bastos & Faerstein, 2012; Paradies, 2006). Introduzir previamente os conceitos a serem abordados em um estudo consiste também em um indicador da qualidade de um trabalho científico.

Os termos **negro**, (ou população negra), e afrodescendente são comuns neste estudo e se referem aos que as pesquisas demográficas oficiais declaram ter a cor/raça **preta** ou **parda**. Esses estudos, frequentemente, unem essas duas últimas categorias devido à proximidade dos indicadores sociais exibidos pelas duas populações (Paixão & Carvano, 2009). Segundo essa prerrogativa, adotou-se a mesma postura neste trabalho.

O **conceito de raça** adotado nesta pesquisa é o do sentido analítico, reivindicado pela sociologia, que refere-se aos discursos sobre as origens de um grupo, que usam termos remetendo a transmissão de traços fisionômicos, qualidades morais, intelectuais, pelo sangue, psicológicas, etc... Ou seja, trataremos do conceito de raça como uma construção social que, no campo da sociologia ou das ciências sociais, estuda as identidades sociais, localizada no campo da cultura. Anterior a esse conceito, a biologia e a antropologia física criaram o conceito de raças humanas que poderiam ser dividida em subespécies, assim como no mundo animal. Isso, nos fez conhecer o

que chamamos hoje de racismo, pois hierarquizou as sociedades e as populações humanas, fundamentando o racismo doutrinário que respaldou posturas políticas insanas e com efeitos desastrosos resultando genocídios e holocaustos (Guimarães, 2003).

Racismo é a ideologia para justificar a opressão e a escravidão.

“É a convicção de que existe uma relação entre as características físicas hereditárias, como a cor da pele, e determinados traços de caráter e inteligência ou manifestações culturais. O racismo subentende ou afirma claramente que existem raças puras, que estas são superiores às demais e que tal superioridade autoriza uma hegemonia política e histórica, pontos de vista contra os quais se levantam objeções consideráveis. Ao longo da história, a crença na existência de raças superiores e inferiores foi utilizada para justificar a escravidão ou o domínio de determinados povos por outros”. (Geledés, 2013 – p. 30).

O racismo ameaça a proteção da saúde dos indivíduos e das coletividades ao permitir a violação e/ou desrespeito de direitos.

Preconceito racial é a manifestação individual do racismo. Trata-se de percepções atitudes e juízos preconcebidos a respeito de pessoas ou grupos de determinada cor/raça, não sendo facilmente modificáveis por apresentação de evidência contrária (A. de O. dos Santos, 2012). Então, trata-se de uma predisposição psicológica de um indivíduo contra o outro que não lhe é igual em termos de cor de pele, tipos de cabelos, formas faciais e outros que denuncie alguma forma de origem familiar ou cultural (Paixão et al., 2011).

“Esta predisposição parte de associações psicológicas entre o portador do preconceito e o alvo de seu menosprezo, associando-o – por ignorância, tradição, distúrbios mentais, ojeriza, ódio, má-fé ou por interesses puramente instrumentais de ganhos materiais, políticos e simbólicos com o rebaixamento da condição social de quem lhe é diferente – a algum conjunto de atributos negativos nos mais variados aspectos. Tal sentimento não chega a se manifestar necessariamente através de uma prática discriminatória, podendo ser portada pelos sujeitos preconceituosos de forma oculta. Todavia, o preconceito atua no sentido do afastamento entre o sujeito e o objeto (na verdade, outros sujeitos) dos sentimentos preconceituosos. Quase inevitavelmente, em algum momento, este preconceito se revelará ao mundo em

determinadas situações de contatos interpessoais, especialmente diante dos momentos de contendas. Assim, quando tais predisposições transcendem o aspecto puramente psicológico e se tornam uma prática social, elas se derivam para práticas discriminatórias” (Paixão et al., 2011 – p. 21).

Discriminação racial é a manifestação social do racismo (A. de O. dos Santos, 2012). É o tratamento diferenciado em função da raça (ou em função de outros fatores insuficientemente justificados), que coloca em desvantagem grupos raciais específicos (Blank, Dabady, & Citro, 2004).

“A Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial da ONU, em seu artigo primeiro diz que a discriminação social “significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada na raça, cor, ascendência, origem étnica ou nacional com a finalidade ou o efeito de impedir ou dificultar o reconhecimento e/ou exercício, em bases de igualdade, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou qualquer outra área da vida pública - (Convenção ratificada pelo Brasil em 27 de março de 1968)” (Geledés, 2013).

Racismo institucional (RI) é o “fracasso das instituições e organizações em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura e origem étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso o RI sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (Geledés, 2013; PAHO, 2005).

O RI atua de maneira difusa e velada no interior das instituições e organizações, provocando desigualdade na distribuição de serviços, oportunidades e benefícios aos diferentes grupos raciais que compõem o corpo profissional, fazendo-se necessária a criação de políticas públicas que provoquem, além da desracialização, reflexões acadêmicas de como operam esses mecanismos (López, 2012).

2.2 BREVE HISTÓRIA DOS NEGROS NO BRASIL

Esta breve revisão histórica tem o objetivo de contextualizar as questões relativas ao processo saúde-doença, de modo a compreender os determinantes sociais e o processo saúde-doença dos negros na sociedade contemporânea. Não possui, portanto, a pretensão de se aprofundar nessa matéria, que é vasta e muito competentemente explorada pelas disciplinas da área de humanidades.

Escravos africanos foram comercializados e trazidos para esse continente, mais especificamente para o Brasil, durante séculos, com início a partir do século XVI. Primeiramente, para trabalharem no cultivo da cana-de-açúcar no Nordeste. No transcorrer desse período, que mesmo com a anterior proibição do tráfico negreiro, vai até a abolição da escravidão. A forma de utilização da mão de obra escrava, bem como sua concentração geográfica foi se adaptando às mudanças econômicas: passou pela mineração de metais preciosos, principalmente em Minas Gerais, indo até as plantações de café no Rio de Janeiro e São Paulo.

Não se pode deixar de assinalar que os escravos, além das atividades nas lavouras e mineração, executavam as mais variadas tarefas diárias que envolvessem esforço físico, como carregar água, por exemplo. Desempenhavam ainda funções domésticas, artesanais, eram oferecidos em aluguel por seus donos para prestar diversos serviços, entre outras. O escravo era tratado como mercadoria e objeto, portanto, considerado desprovido de alma, vontades, dor, desejos etc. Não lhe era concedido o direito de constituir família, adquirir bens ou trabalhar remuneradamente (Freitas, 1984).

No caso das mulheres isso não era diferente, elas, no entanto, possuíam atribuições mais no nível doméstico, como limpeza,

cozinha, amas de leite dos filhos de seus senhores, dos quais eram escravas. Consequentemente, estavam sujeitas a prestar serviços íntimos, inclusive os sexuais, aos seus senhores. Além disso, os filhos que gerassem eram, por lei, uma propriedade de seus senhores (Freitas, 1984).

É preciso destacar que o processo de escravidão não se deu de forma pacífica, como não poderia ser, pois tratava-se de um sistema baseado na submissão pela força, onde o castigo corporal era uma das principais formas de controle da população escravizada. Era comum a fuga de escravos, a formação de quilombos, assassinato de senhores, suicídios e até mesmo revoltas organizadas como, por exemplo, a Revolta dos Malês, em 1835, em Salvador. Quando negros muçulmanos, letrados, planejaram, numa tentativa frustrada, a tomada de poder na cidade. Eles foram, no entanto, punidos, exemplarmente, como todo escravo que se rebelava contra o seu senhor (Reis, 2004).

Todo esse cenário perdurou até o final do século XIX com a abolição da escravatura, que ocorreu mediante implementação da Lei Áurea, que foi assinada pela princesa Isabel em 13 de maio de 1888. Em suma, os negros foram libertados da escravidão a partir dessa data, quando a população negra era maior em número se comparada à população branca (Azevedo, 1987).

No entanto, é preciso destacar também que a abolição da escravidão não se deu por motivos humanitários, tanto que nosso país foi o último a cessar oficialmente o sistema escravista nas Américas, como resultado de uma conjuntura histórica que tornou praticamente impossível sua manutenção. Ocorreu a proibição do tráfico negreiro e forte pressão política, principalmente por motivos econômicos, por parte da Inglaterra, potência hegemônica da época.

O sistema já se encontrava desgastado em um mundo que passava pela revolução industrial, era necessária mão de obra assalariada para consumo de produtos. Além disso, as ideias abolicionistas cresceram em áreas urbanas como, por exemplo, no

Rio de Janeiro. Onde a grande quantidade de negros causava temor na elite branca brasileira, que vivia pesadelos com uma revolta como a que ocorreu no Haiti, país cuja abolição da escravidão se deu através de revolução promovida pelos próprios escravos.

Somado a isso, essa mesma elite branca, considerava a abolição da escravidão uma necessidade, com base em teorias importadas, como a eugenia, por exemplo, defendia a ideia de que o ideal de civilização deveria ser branca aos moldes europeus. O problema era que havia uma quantidade enorme de indivíduos negros, totalizando, aproximadamente, cinquenta por cento da população. A solução foi logo encontrada, ou seja: miscigenar, misturar a população com a finalidade de que os traços negros fossem se diluindo até que desaparecessem e o ideal de uma sociedade branca e civilizada fosse alcançado.

Assim sendo, foi incentivada a imigração branca, sobretudo a europeia. Para atrair esses imigrantes foi oferecido trabalho remunerado e terras para o cultivo. Milhares de camponeses foram atraídos pela promessa de prosperidade e apesar das duras condições que encontraram na nova terra, jamais passaram pela situação de sujeição extrema que caracterizou a escravidão. Tinham também, portas abertas para ingressar no nascente mercado de trabalho industrial, ainda que muitos fossem capazes apenas de serviços braçais e tão analfabetos quanto a população negra, que perambulava pelas cidades após serem expulsos do campo; pois, podiam encontrar conterrâneos que, por terem chegado antes, ou deterem conhecimentos técnicos, ocupavam cargos de gerência ou até de proprietários de fábricas. Ainda que não fossem da mesma nacionalidade existia a identificação da origem europeia, ou seja, branca.

Identificação essa que se tornou cada vez mais fácil, com o enorme fluxo migratório de brancos incentivado pelo Estado Brasileiro. Nessa época, chegaram aproximadamente 3,99 milhões de imigrantes europeus, durante um intervalo de trinta anos, uma

quantidade equivalente à de africanos, que foi de cerca de 4 milhões, trazidos no decorrer de três séculos (Azevedo, 1987; Bento, 2002).

Os ex-escravos, por sua vez, permaneceram à mercê da própria sorte, pois, nem a elite colonial branca, que excluiu totalmente essa massa do processo de industrialização que nascia (Bento, 2002), tampouco os novos imigrantes, preocupava-se com a condição vivida pelos negros. Deste cenário, emergiu a criminalidade, a delinquência e a miséria entre os afrodescendentes (Azevedo, 1987).

Todas as estatísticas de pobreza, miséria e exclusão da população negra brasileira atual são reflexos históricos, que remontam a cerca de 400 anos de escravidão, seguidos por mais 100 anos de ausência de políticas públicas de inclusão e reparação aos danos sofridos pelos negros, ao longo de sua história de imigração forçada, escravidão e subserviência.

Soma-se a inércia dos brancos, a culpabilização dos negros em relação a sua própria má sorte. A partir daí, difundiu-se a ideia do negro enquanto uma raça pobre, que sofre desventuras porque é menos capaz intelectualmente e não trabalhou o suficiente para vencer na vida (Hasenbalg, 1979). Bento (2000) explora a ideia de que, quando se fala em relações raciais no Brasil, persiste o silêncio, a omissão ou a distorção a respeito do lugar que o branco ocupou e que ocupa nessa questão.

A concepção de que o Brasil é um país sem preconceitos e de que as oportunidades são distribuídas para todos de maneira igualitária é fortemente difundida. Segundo Fernandes (2007, p. 59), há, no Brasil, uma confusão entre os termos: (...) tolerância racial e democracia racial. Esta requer, não apenas a harmonia nas relações sociais de pessoas pertencentes a agrupamentos raciais distintos ou que pertençam a “raças” distintas, mas também a igualdade social, econômica e política.

“A democracia racial é apenas um mito no Brasil” (Fernandes, 2007 - p. 43). Apesar da tolerância e da convivência pacífica entre os indivíduos, não há igualdade de direitos e oportunidades.

2.3 COMPARAÇÃO ENTRE PAÍSES EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DO NEGRO

Apesar de o caso brasileiro possuir especificidades, a escravidão de pessoas provenientes da África com destino às demais colônias da América foi semelhante. Pois, os africanos eram tratados como mercadoria e obrigados a executar trabalhos forçados. Cada país teve sua abolição da escravatura em datas diferentes e com algum grau de diferenciação: temos o caso das colônias espanholas na região da bacia do Prata que aboliram a escravidão já em sua independência (1853), outras pouco depois e algumas tardiamente, como é o caso de Cuba (1886) e Brasil (1888). Além disso, houve casos extremos que corroboraram o medo das elites brasileiras, transformando-se em modelos da violência de que podiam ser vítimas: citamos a Guerra de Secessão (1861 – 1865) norte-americana e mais extremamente, a revolta dos escravos no Haiti (1791-1804). Porém, a forma de inclusão do negro na sociedade no período pós-abolição, também é muito semelhante. Consequentemente, os negros passam por problemas parecidos nos dias de hoje em diversos países, independente do grau de desenvolvimento destes.

No caso dos Estados Unidos, por exemplo, apesar da luta do movimento negro já ter alcançado inegáveis direitos para a população negra, em comparação com o Brasil, eles ainda sofrem com a desigualdade, em relação aos brancos, principalmente, quando se trata de questões de saúde, tudo fruto da evolução histórica do país (Williams, Mohammed, Leavell, & Collins, 2010).

Em relação à Europa, há que se fazer um grifo sobre o posicionamento de alguns historiadores que diferenciam a “presença de escravos” da existência de um “sistema escravista”. Onde esse último só existiria quando se torna base da reprodução da sociedade. A instituição também teve relevância, como aconteceu em Lisboa, que

em termos absolutos, era uma das três maiores cidades escravistas do império português (Venâncio, 2012).

O fluxo de escravos negros para as demais nações europeias pode ter sido menor, no entanto, não livra os afrodescendentes de problemas, muitas vezes, parecidos com os que são enfrentados por esse grupo em países subdesenvolvidos. Lembremos, por exemplo, a revolta dos jovens que surpreendeu toda a França em novembro de 2005 encabeçada por imigrantes ou filho destes (Franco, 2005). Entre eles muitos eram afrodescendentes, tanto do período de fluxo de escravos, quanto de migrações posteriores vindas de suas antigas colônias africanas. O que mostra que as questões levantadas sobre o assunto, ultrapassam a perspectiva do desenvolvimento econômico do país como um todo.

Portanto, o racismo é um fenômeno cruel e insidioso que está presente em diferentes países e em diversos campos como, por exemplo, o da saúde (Werneck, 2005). Para esta autora, as similaridades e diferenças são múltiplas. Ela realizou uma análise comparativa das experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido quanto às iniquidades raciais em saúde e suas respectivas políticas de enfrentamento. Dentre as similaridades está a constatação de que há racismo no país e que ele está impregnado no sistema de saúde. A principal diferença, porém, relaciona-se a vigência de medidas empreendidas, tanto por organizações da sociedade civil e, principalmente, pelos organismos oficiais para a determinação da amplitude das desigualdades raciais e desenvolvimento de ações específicas necessárias para a sua superação.

A exemplo disso e, ao contrário dos outros países, o Brasil só reconheceu oficialmente a vigência do racismo nas relações sociais e na saúde, através do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1995. Este evento ocorreu na ocasião do encerramento da Marcha Zumbi dos Palmares, em Brasília, contando com representantes de

movimentos sociais negros provenientes de todo o território nacional (Werneck, 2005).

2.4 MOVIMENTO NEGRO E MOVIMENTO MULHERES NEGRAS NO BRASIL

Este capítulo possui o objetivo e de fazer sumária contextualização histórica do Movimento Negro e do Movimento Negro de Mulheres desde suas primeiras organizações até os dias atuais. Sua finalidade é efetuar uma despretensiosa descrição da luta política dos negros e negras, ao longo do século passado até o atual, que culminou na criação algumas leis, políticas públicas e até uma secretaria, com *status* de ministério, para tratar especificamente das questões raciais.

2.4.1 Movimento Negro

O primeiro registro de um Movimento Negro no Brasil, notadamente de cunho político, data de 1930. Trata-se da Frente Negra Brasileira (FNB). Esta possuía representação nas cinco regiões do país e, pelas estimativas, chegou a superar 20 mil associados. A maior parte dos seus membros eram mulheres e elas desenvolviam diversas funções como, por exemplo, trabalhos assistencialistas e eventos culturais. Em 1936, a FNB se transformou em partido político, sendo extinto um ano depois, assim como todas as organizações políticas, devido à instauração do “Estado Novo”. Ressurgiu em 1945, com a queda da ditadura “Varguista” (Domingues, 2007).

O agrupamento denominado União dos Homens de Cor (UHC) foi fundado em 1943 e tinha como finalidade: “elevar o nível econômico e intelectual das pessoas de cor em todo o território nacional, para torná-las aptas para ingressarem na vida social e administrativa do país, em todos os setores de suas atividades”.

Tratava-se de um grupo organizado com hierarquia bem estabelecida. Em 1948, já possuía sucursal ou representantes em pelo menos 10 estados brasileiros, além de contatos em 23 cidades só no Paraná. Em 1950 foram recebidos pelo presidente Getúlio Vargas, ocasião em que foram apresentadas uma série de reivindicações a favor da “população de cor” (Domingues, 2007).

No período da ditadura no Brasil, iniciado em 1964, houve a quase extinção do movimento negro. Esse período desarticulou uma coalizão de forças existente no país para o enfrentamento do “preconceito de cor”. Seus militantes eram estigmatizados e acusados pelos militares de inventarem uma coisa que, supostamente, não existia no Brasil, ou seja, o racismo. A repressão desmoralizou lideranças, lançando-as numa espécie de clandestinidade onde discussões sobre questões raciais não poderia ser feitas publicamente, configurando-se como uma grande dificuldade para o movimento negro dessa época (Domingues, 2007).

Em 1978 é fundado o Movimento Negro Unificado (MNU), marcando a volta do movimento negro organizado à cena política do país. O MNU possuía ideologia inspirada no movimento negro estadunidense, onde projetavam lideranças como Martin Luther King, Malcon X, Panteras Negras (marxistas) e movimentos de libertação de países africanos de língua portuguesa como, Guiné Bissau, Moçambique e Angola. Entendia que a luta antirracista tinha que ser combinada com a luta revolucionária anticapitalista e, pela primeira vez, foi feita a articulação entre raça e classe social (Domingues, 2007).

As reivindicações “mínimas” do MNU eram: a desmistificação da democracia racial brasileira, organização política da população negra, transformação do Movimento Negro em movimento de massas, formação de alianças na luta contra o racismo e exploração do trabalhador, organização para enfrentar a violência policial, organização nos sindicatos e partidos políticos, luta pela introdução de história da África e do Negro no Brasil nos currículos escolares,

busca de apoio internacional contra o racismo no país. O MNU marca a história do Movimento Negro no país ao unificar a luta de grupos diversos em escala nacional (Domingues, 2007).

O MNU adotou o termo “negro” oficialmente para designar todos os afrodescendentes escravizados no país, sendo assim, o termo que antes era considerado ofensivo, passou a ser usado com orgulho pelos ativistas; tornou o dia 13 de Maio o Dia Nacional de Denúncia Contra o Racismo; passou a considerar o dia 20 de novembro como data festiva, o Dia da Consciência Negra, dia simbólico da morte de Zumbi dos Palmares; “africanizou-se”, ou seja, passou a defender uma identidade étnica, cultural, religiosa e estética específica no negro, defendendo o resgate de raízes ancestrais africanas; denunciou o genocídio negro brasileiro (Domingues, 2007).

2.4.2 Movimento de Mulheres Negras

As mulheres ativistas negras sempre tiveram participação considerável no movimento negro desde a sua primeira organização política, ou seja, a FNB. Além disso, elas participaram ativamente do movimento feminista desde o início também.

Rodrigues e Prado (2010), em um estudo que analisa a trajetória do Movimento de Mulheres Negras (MMN) nos últimos trinta anos, dissertam sobre a construção da identidade coletiva do MMN que possui características próprias, apesar de estar em constante diálogo com o Movimento Negro (MN) e o Movimento Feminista (MF).

O MMN não é uma organização institucionalizada, propriamente dita, mas sim, uma denominação dirigida ao ativismo social promovido por mulheres negras provenientes de várias partes do país, fazendo parte ou não de alguma organização política, governamental ou organização não-governamental (ONG). Inclusive, essa falta de unidade dificulta a articulação dentro do MMN que possui reduzido apoio financeiro, em comparação com outras organizações. (C. Rodrigues & Prado, 2013; C. S. Rodrigues & Prado, 2010).

O MMN dentro do MN se deparava com questões contraditórias relacionadas ao machismo e ao sexismo, marcando sua diferenciação dentro do grupo. Já em relação ao MF, as mulheres brancas tinham dificuldade de reconhecer as diferenças existentes intragênero, pois, demoraram para desconstruir a visão eurocêntrica e universalizante das mulheres (Carneiro, 2003). Por exemplo: a luta de mulheres brancas consistia na luta pela liberdade socioeconômica e cultural, no entanto, isso representava uma sistemática subordinação das mulheres negras ao serviço doméstico (Carneiro, 2003; C. Rodrigues & Prado, 2013; C. S. Rodrigues & Prado, 2010).

Sendo assim, o MMN chamou atenção para discussão sobre o que denominaram de tripla discriminação, ou seja, ser pobre, negra e mulher, revelando a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminismo construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais (Carneiro, 2003). Foi aí que Carneiro (2003), intitulou de “enegrecimento do feminismo”, o ato de provocar a discussão e reivindicar participação ativa dentro do feminismo, levando em consideração as demandas específicas das mulheres negras (Carneiro, 2003; C. Rodrigues & Prado, 2013; C. S. Rodrigues & Prado, 2010).

Processo semelhante ocorreu dentro do MN, onde o MMN teve que exigir a instituição da dimensão de gênero como elemento estruturante das desigualdades raciais que foi chamado de “sexualização” do MN (Carneiro, 2003; C. Rodrigues & Prado, 2013; C. S. Rodrigues & Prado, 2010).

Segundo Carneiro (2003), a ação política de mulheres negras vem promovendo o reconhecimento: da falácia da visão universalizante da mulher; das diferenças intragênero; do racismo e da discriminação como fatores de produção e reprodução das desigualdades sociais experimentadas pelas mulheres no Brasil; dos privilégios que essa ideologia produz para as mulheres do grupo racial hegemônico; da necessidade de políticas específicas para mulheres negras para a equalização de oportunidades sociais; da dimensão

racial que a pobreza tem no Brasil e, conseqüentemente, a necessidade de corte racial na problemática da feminilização da pobreza; da violência simbólica e a opressão da branquidade, como padrão estético privilegiado e hegemônico exerce sobre mulheres não brancas.

Dentre as muitas pautas do MMN, uma delas merece destaque devido à recente repercussão midiática ao longo deste último ano, ela é a 'luta pelo trabalho doméstico decente'. Este termo refere-se ao empenho político empregado em busca de direitos trabalhistas que, pela lógica, deveriam ser iguais para qualquer categoria profissional. No entanto, as trabalhadoras domésticas brasileiras, ainda nos dias atuais, não têm o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o que facilitaria a aquisição da casa própria, por exemplo (Oliveira, 2013). Sendo assim, a posição de servidão e subserviência se perpetua numa sociedade de origem escravocrata que trata as mulheres negras, pobres e empregadas domésticas, segundo os resquícios da época da escravidão, onde elas tinham que servir, sem, no entanto, terem direito à remuneração, respeito ou dignidade.

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC), conhecida como PEC das Domésticas, Nº 66 altera a redação do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal para estabelecer a igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e demais trabalhadores urbanos e rurais (Brasil, 2012c). Essa PEC é um marco na luta por direitos trabalhistas das empregadas domésticas brasileiras, no entanto, encontra-se parada, tramitando no Congresso Nacional. Houve uma maciça divulgação na mídia dessa PEC e um amplo debate na sociedade, onde se pôde perceber, novamente, os discursos inflamados, cheios de resquícios escravocratas e patriarcalistas.

O objetivo deste capítulo foi demonstrar, resumidamente, a luta dos negros e negras brasileiros em direção à inclusão social através de movimentos políticos organizados ou não. Buscou-se demonstrar

que essa luta remonta de mais de um século, mas se intensificou nas últimas décadas, culminando em algumas conquistas, por exemplo:

- Legislação antirracista (Geledés, 2013):
 - Constituição Federal de 1988, no artigo 5º inciso XLII, determinando que “a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito de reclusão nos termos da lei”;
 - Lei Caó – Lei nº 7.716/89 que regulamentou a disposição constitucional acima;
 - Lei da Injúria Racial – Lei nº 9.459/97 que ampliou a abrangência da Lei Caó;
- Criação do SUS que melhorou o acesso da população pobre e negra aos serviços de saúde;
- Criação de órgãos governamentais especificamente direcionados para essa questão racial, como é o caso da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) com *status* de ministério;
- Colocação de militantes históricos nos cargos de chefia desses órgãos, como é o caso, por exemplo, da atual ministra da SEPPIR, Dra. Luiza Bairros;
- Sanção do Estatuto da Igualdade Racial (20/06/2010);
- Lei nº 10.639/03 que estabelece a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira nos currículos escolares (Geledés, 2013);
- Reconhecimento das terras quilombolas na Constituição de 1988.

Estas são algumas das principais conquistas alcançadas, porém, ainda há muito para ser feito, conforme já foi exposto neste trabalho através dos dados estatísticos sobre desigualdade racial no país.

2.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É importante lembrar que antes da criação do SUS em 1988 o sistema de saúde brasileiro foi extremamente excludente para com a população negra. No entanto, este capítulo se aterá, predominantemente, ao período “pós SUS”.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo histórico de reivindicações da sociedade civil organizada (Brasil, 2006). O SUS é previsto na Constituição Brasileira promulgada em 1988, que garante a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Ele está baseado em princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, além da descentralização e participação da comunidade, garantindo o atendimento integral à população brasileira. Trata-se de um marco histórico no reconhecimento de muitos direitos de cidadania. Possui a proposta de prestar assistência à saúde numa perspectiva ampla, considerando, entre outros aspectos, os processos que determinam as condições de saúde. Caracteriza-se pela proposta, que parte do princípio de que o processo saúde-doença possui determinação social, ou seja, é resultante de fatores relacionados às formas de viver e trabalhar das pessoas, das quais advêm potenciais de fortalecimento e de desgaste da saúde (Queiroz & Salum, 1996).

A Constituição Cidadã e, com ela, a criação do SUS, marcaram um momento de conquista da sociedade civil organizada, em especial do MN e do MMN. Essa ocasião, datada em 1988, marcou o aniversário de 100 anos da abolição da escravidão no país, onde se promoveram diversos debates e eventos com a finalidade de discutir as questões relativas às iniquidades e desigualdades sofridas pelas populações vulneráveis no Brasil (Ribeiro, 2008).

Em 2005 a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde incluiu nas Diretrizes e no Plano de Ação (DPA) 2004-2007, e que se estenderam para as DPA na gestão seguinte, nos anos de 2008-2011, dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde,

um capítulo relativo às mulheres negras, levando em consideração o fato de que este grupo possui singularidades culturais e especificidades no perfil de morbimortalidade. Em publicação realizada em 2005, pontuou fragilidades sofridas pelas mulheres negras, como: taxa de analfabetismo muito superior se comparada com as mulheres brancas; serem majoritariamente chefes de família sem cônjuge; devido a razões sociais ou de discriminação, elas possuíam menos acesso aos serviços de saúde, maior incidência de hipertensão arterial (principal causa de morte materna no Brasil); e maior incidência de diabetes tipo II (Brasil, 2005b).

2.6 MORTE MATERNA E A MULHER NEGRA

A morte materna no Brasil ocorre devido aos seguintes fatores: hipertensão, hemorragias, infecção puerperal e aborto, que constituem-se como causas obstétricas diretas; e, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério, constituindo-se como causas obstétricas indiretas (Brasil, 2012b).

O Boletim Epidemiológico, publicado pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, sobre mortalidade materna em 2012, traz o gráfico 2, de linhas a seguir, que analisa a tendência de queda da mortalidade materna conforme o passar dos anos, desde 1990 até 2010 (de 141 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos), representando uma queda de 52%. A Meta do Milênio para o ano de 2015 é de 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Gráfico 2 Razão de mortalidade materna estimada pelo Ministério da Saúde, 1990 a 2010.

No mesmo gráfico, observa-se, que a razão de mortalidade materna caiu consideravelmente entre os anos de 1990 e 2000, apresentando, porém uma diminuição na velocidade da queda a partir de 2001, mantendo-se praticamente estável até 2010 (Brasil, 2012b). Esse fato configura-se como um verdadeiro desafio em busca da redução da razão de mortalidade materna.

Sabe-se também que a mortalidade materna é maior entre as mulheres negras (Brasil, 2012b) conforme é possível observar no Gráfico 3.

Gráfico 3 Distribuição de mortes maternas por raça/cor. Brasil, 2000 a 2010.

2.6.1 A mulher negra e suas suscetibilidades específicas

Neste trabalho, apontam-se, principalmente, para os determinantes sociais do processo saúde-doença, no entanto, é sabido que fatores genéticos influenciam de maneira decisiva na saúde das pessoas. A população negra como um todo é, geneticamente, mais suscetível a algumas doenças como anemia falciforme, hipertensão arterial, miomatoses uterinas etc.

Abordaremos neste item problemas de saúde com maior prevalência na população negra feminina, devido a fatores genéticos. Sabemos, no entanto, que esses mesmo fatores genéticos, associados com os fatores sociais, potencializam os efeitos sobre a saúde desse seguimento da população.

2.6.2 Síndromes hipertensivas

No Brasil, as síndromes hipertensivas são a principal causa de morte materna (Gráfico 4). Sabe-se que a hipertensão arterial é mais frequente, se inicia mais precocemente e apresenta evolução mais grave na população negra (Brasil, 2005a). Portanto, a mortalidade materna é maior entre as mulheres negras (Brasil, 2012b; Martins, 2006).

Gráfico 4 Distribuição percentual das mortes maternas na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo as causas. Brasil, 2000 e 2010*.

Os efeitos deletérios da hipertensão arterial são drásticos na saúde da gestante, podendo evoluir para pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Se não houver socorro rápido e manejo adequado, o risco de morte é elevado, justificando as políticas públicas nesse sentido. O quinto Objetivo do Milênio é melhorar a Saúde da Gestante. Isso implica em melhor qualidade pré-natal, por exemplo.

Reduzir (ou acabar) com o racismo institucional e as formas de diferenciação no atendimento, também poderá (está relacionado à reduzir) contribuir drasticamente na redução da mortalidade materna por complicações ocasionadas pelas síndromes hipertensivas.

2.6.3 Outras causas de morte materna

No Gráfico 4 é possível observar também as outras causas de morte materna no Brasil, tais como: hemorragias, infecção puerperal e aborto, que constituem-se como causas obstétricas diretas; e, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério, constituindo-se como causas obstétricas indiretas.

A partir de um olhar mais atento, podemos inferir que, as mortes por causas obstétricas diretas ou indiretas, configuram-se como resultantes de processos preveníveis, relacionando-se à assistência à saúde inadequada, ineficiente ou inexistente para alguns casos.

Batista, Escuder & Pereira (2004) concluíram que a mortalidade tem cor no Brasil, demonstrando através de análise de registros de óbitos do Estado de São Paulo dos anos de 1999 a 2001 que a população branca morre predominantemente devido a doenças, no entanto, a população negra morre por causas externas, transtornos mentais, causas mal definidas e complicações da gravidez e parto (Batista, Escuder, & Pereira, 2004).

3 OBJETIVO GERAL

3 OBJETIVO GERAL

- Explorar as crenças, valores e práticas das mulheres negras relativas ao cuidado com a saúde no domicílio, no contexto da própria comunidade e a sua interface com a busca por assistência nas instituições de saúde.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida mediante abordagem qualitativa. Esta escolha se deveu ao fato do problema de pesquisa estar relacionado a um contexto particular, sendo assim, buscou-se obter as melhores respostas para este problema.

O pesquisador qualitativo na área da saúde está interessado nas pessoas e suas vidas, em seus problemas como pessoa, focalizando suas percepções e experiências em questões de saúde, usando seus estados de saúde como pano de fundo ou contexto (Morse, 2012).

O pesquisador qualitativo na área da saúde determina como as pessoas percebem suas experiências no mundo por um olhar leigo, interpretando-as. O pesquisador põe a pessoa em primeiro lugar. O nosso foco é na experiência de saúde-doença: seus sentimentos, emoções, comportamentos. Nós estudamos o quanto a doença afeta a vida cotidiana das pessoas (Morse, 2012).

A pesquisa qualitativa na saúde inclui partes da vida dos indivíduos que eles nunca disseram para outra pessoa. Padrões na história podem ser reconhecidos. Mas pesquisadores qualitativos da área da saúde não se limitam a análises óbvias, descrição da história, eles também interpretam significados atrás da história. Eles exploram a história por inferências e metáforas e podem sempre discernir significados para os quais não temos palavras e conceitos. O pesquisador qualitativo, frequentemente, expressa, ou representa, o que as pessoas não puderam dizer por si mesmas. Isso faz emergir novos conhecimentos e percepções (Morse, 2012).

Os resultados das pesquisas qualitativas são fundamentais para embasar a intervenção e implementação da prática baseada em evidências (Sandelowski & Leeman, 2012). Entretanto, pouca atenção é destinada aos resultados dos estudos desenvolvidos segundo esta abordagem. Há, portanto, a necessidade de aumentar a

acessibilidade e a utilização destes resultados, o que requer adoção de algumas estratégias. As principais consistem em traduzir os resultados dos estudos qualitativos para a forma de declarações temáticas, que podem por sua vez ser traduzidos para a linguagem da intervenção e implementação. Escritores de relatórios de pesquisa qualitativa em saúde podem considerar essas estratégias para mostrar a importância e a exequibilidade de descobertas para um público mais amplo.

4.1.1 O Paradigma Interpretativo

A corrente interpretativa da antropologia foi seguida para desenvolver esta pesquisa. Seu foco é a compreensão das crenças, valores e práticas relativas ao cuidado com a saúde no domicílio e a busca por assistência à saúde institucionalizada por mulheres negras de uma comunidade de baixa renda. Buscou-se verificar se os fatores raciais, socioeconômicos e culturais/territoriais característicos da vida destas mulheres influenciam suas ações e decisões deste âmbito.

No paradigma interpretativo, a intersubjetividade, ou o reconhecimento mútuo entre pesquisador e participantes da pesquisa, é valorizada (Horsfall, 1995). Os fenômenos são estudados através do olhar das pessoas que focalizam suas próprias situações de vida. A natureza unitária da pessoa com o meio ambiente é congruente com a prática individualizada, holística defendida pela disciplina de enfermagem (Drew & Dahlberg, 1995). Exemplos de teorias de enfermagem desenvolvidas no âmbito do paradigma interpretativo (Parse, 1992), denominado “*Humam Becoming*” (*Tornar-se Pessoa*), que se baseia na indissociabilidade entre os seres humanos e seus respectivos ambientes de origem, o de Leininger (2006) denominado “Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado”, que preconiza o desenvolvimento do cuidado culturalmente competente para pessoas de culturas semelhantes ou diferentes.

O paradigma interpretativo difere ontologicamente de outros, como o positivista, o pós-positivista e a teoria crítica, pelo fato de estar baseado no relativismo. Neste, a visão da verdade é composta por múltiplas realidades locais e específicas, que só podem ser percebidas de forma subjetiva (Allen, Benner, & Diekelmann, 1986; Guba, 1990).

Os pesquisadores que se embasam em paradigmas interpretativos devem considerar que as observações que faz são subjetivas, pois são "relativas a valores" ou possuem um "valor mediado" (Lincoln & Guba, 1985). Tais pesquisadores buscam, por meio da intersubjetividade, compartilhar a consciência subjetiva e compreender as relações que se estabelecem no decorrer do desenvolvimento da pesquisa. Cada metodologia associada ao seu respectivo paradigma reflete os fundamentos ontológicos do relativismo, ou do realismo, e os seus fundamentos epistemológicos da subjetividade, objetividade ou intersubjetividade. O foco do paradigma interpretativo é conhecimento prático, objetivando ajudar a compreender ou mudar o mundo social. Os conhecimentos derivados deste paradigma são co-construídos mediante colaboração entre pesquisadores e participantes da pesquisa (Campbell & Bunting, 1991).

Portanto, no paradigma interpretativo, a teoria emerge de forma indutiva, as hipóteses são formuladas e testadas para gerar teoria, e esta serve como base para explicar e fazer uso prático dos dados (Lincoln & Guba, 1985; Morse, 2012).

4.1.2 O Método Etnográfico

O método etnográfico, assim como usado na antropologia, é de primordial importância na pesquisa de avaliação, gerando um relatório final com sugestões de intervenção. Isto é chamado de etnografia enfocada, desenvolvida pela enfermagem (Morse, 2012).

O método etnográfico é desenvolvido para descrever a experiência a partir da perspectiva das pessoas que pertencem ao cenário cultural estudado. O etnógrafo está interessado em explorar, compreender e descrever as crenças, valores e comportamentos que são próprios a uma determinada cultura (Morse, 2012).

A prerrogativa deste método de pesquisa é a descrição densa da cultura. Para tanto, o etnógrafo deve estabelecer uma hierarquia estratificada das estruturas significantes para a cultura, ou seja, explorar, compreender e descrever as ações próprias dela que são produzidas e reproduzidas pelos nativos da cultura. Cabe ao pesquisador interpretar tais ações e elaborar categorias culturais, ou seja, traçar a curva do discurso social, fixá-lo de tal forma que seja inspecionável e, por meio destas estratégias, realizar a interpretação antropológica (Geertz, 2008).

A etnografia é um método de pesquisa que se originou na antropologia. A prática da etnografia representa uma atividade interpretativa que resulta em uma descrição densa das estruturas de significação. Tal descrição requer que o pesquisador estabeleça relações, selecione os informantes, transcreva as entrevistas gravadas, registre dados e elabore um diário de campo (Geertz, 2008).

O método etnográfico pode ser empregado para os estudos da área de saúde e enfermagem. Também neste campo do conhecimento, as informações provenientes dos discursos das pessoas podem ser sistematizadas e analisadas, de modo a construir um conhecimento direcionado ao cuidado de enfermagem, para instrumentalizar os enfermeiros em seu processo de tomada de decisões na prática clínica. Estas devem ser culturalmente congruentes à bagagem das pessoas, famílias e comunidades que são alvo da ação dos profissionais de enfermagem (Leininger, 2006).

O desenvolvimento do método etnográfico permite acessar dados culturais a partir de várias fontes, dentre elas, a entrevista etnográfica, a observação participante, o diário de campo, os

documentos, as fotografias, entre outros. Trata-se de recursos que auxiliam o pesquisador a aprofundar e conferir maior abrangência aos dados obtidos, mediante síntese e teorização dos dados coletados. Isso significa que todos os dados disponíveis a respeito do contexto estudado podem ser utilizados como fontes de informação, como por exemplo, os mapas, as notícias de jornal ou as histórias contadas pelos nativos, geralmente os moradores mais antigos da cultura (Morse, 2012).

Na área da saúde, o método etnográfico tem sido usado extensivamente para avaliar ambientes de cuidados. Ele é particularmente útil para o estudo destes cenários pelo fato de envolver tanto o contexto da experiência dos pacientes como a satisfação com o cuidado. Os métodos etnográficos permitem revelar os diferentes elementos envolvidos, dentre eles, como se deu a construção do cenário e a sua situação corrente. A interpretação deste conjunto permite fazer recomendações no relatório final de pesquisa (Morse, 2012).

Os conceitos de *emic* e *etic* auxiliarão no entendimento de qual postura foi adotada para a realização deste trabalho. O *emic* refere-se aos conhecimentos aprendidos e transmitidos por leigos, indígenas, povos tradicionais ou populações locais. Além de práticas para prover suporte, assistência, habilidades e facilidades para pessoas com alguma necessidade de saúde com o objetivo de promover o bem estar, ajudar em situação de morte ou em outra condição humana (Leininger, 2006).

O *etic* refere-se à visão profissional do cuidado de enfermagem, cujo aprendizado foi proveniente de educação formal para o cuidado em saúde, geralmente aprendido em instituições educacionais. Essas instituições ensinam às enfermeiras, e outros profissionais de saúde, a oferecerem suporte, assistência, habilidades e facilidades ao outros indivíduos ou grupos a fim de melhorar a saúde, prevenir doenças, auxiliar em situação de morte ou outra condição humana (Leininger, 2006).

4.1.2.1 O processo de observação participante

O processo de Observação Participante (OP) foi desenvolvido para coletar dados. A OP não é por si mesmo, um método de pesquisa, nem uma técnica de coleta de dados. Trata-se de um processo comportamental desempenhado pelo etnógrafo para facilitar a coleta dos dados (Angrosino, 2009).

A OP é um importante instrumento que serve para compreender o permanente vaivém entre interior e exterior dos acontecimentos. Nesse processo, procura-se captar em primeiro lugar, o sentido específico das ocorrências e gestos, mediante um processo empático. Em seguida, o etnógrafo percebe a necessidade de recuar para criar a possibilidade de situar esses significados em contextos mais abrangentes. O trabalho de campo, enquanto experiência pessoal intensa e única pode ser entendido como um rito de passagem (Clifford, 1998).

O etnógrafo se insere na cultura e tem de ser aceito e considerado familiar na comunidade a ser estudada, antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita da pesquisa. O pesquisador passa a ser visto como um vizinho e um amigo, e ao mesmo tempo é considerado como cientista. Este deve fazer um esforço para ser aceito como pessoa, o que implica na necessidade de se adaptar aos comportamentos, aparências e diferenças culturais. Para tanto, deve adotar um estilo que agrade a maioria das pessoas entre as quais se propõe conviver para desenvolver seu estudo. Não se pode esperar ter controle de todos os elementos da pesquisa. Assim sendo, as situações surpresa que aparecem devem ser vivenciadas de acordo com o comportamento do grupo (Angrosino, 2009).

O processo OP foi desenvolvido no bairro Cidade Ipava, localizado no distrito do Jardim Ângela, cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. Foram observados os comportamentos cotidianos relacionados ao cuidado da saúde entre mulheres negras, observando em que medida fatores como território, condição

socioeconômica, gênero, discriminação racial e outros poderiam interferir nesse processo.

O Modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR), desenvolvido por Leininger no início dos anos 60 é derivado da abordagem de OP usado na antropologia. A autora, porém, incorporou em 1991 a etapa de “reflexão” ao modelo para adaptá-lo melhor ao método da etnoenfermagem. Este Modelo é composto pelas etapas de observação, observação com alguma participação, participação com alguma observação e observação reflexiva.

Na fase de observação é esperado do pesquisador a dedicação de parte do seu tempo na observação do campo antes de iniciar a participação, trata-se de um momento em que observação e escuta são fundamentais. O foco da observação é o contexto cultural.

A observação com alguma participação quer dizer que o pesquisador deve iniciar sua participação nas atividades das pessoas do campo gradualmente, interagindo cada vez mais com as pessoas. O foco da ‘observação com alguma participação’ são os informantes dentro do contexto cultural.

A participação com alguma observação. Nesta fase o pesquisador passa a participar das atividades dos informantes, diminuindo assim, sua observação. Trata-se de um momento em que um vínculo é estabelecido e propicia a realização das entrevistas, quando for o caso.

A observação reflexiva é a fase em que ocorre uma confirmação essencial e importante dos dados provenientes das pessoas estudadas. Esta última etapa resume-se em analisar todo o processo. A observação reflexiva, na verdade, deve acontecer durante todas as fases, no entanto, se intensifica na última.

O modelo OPR foi desenvolvido neste estudo de forma contínua, com predomínio da observação nas etapas iniciais e a sua gradual substituição pela participação, até que as pesquisadoras se sentissem consideradas familiares no contexto estudado. Os

fenômenos, fatos e costumes cotidianos observados foram importantes para a descrição densa do território estudado.

4.1.2.2 A inserção na cultura - Território com grande proporção de negros

Mapa 1 Participação da População Negra ⁽¹⁾ no Total de Habitantes Municípios da Região Metropolitana de São Paulo e Distritos da Capital, 2000.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade.

⁽¹⁾ Inclui a população parda e preta.

4.1.2.3 O foco nas mulheres negras que residem no território

Uma pesquisa com foco nas mulheres afrodescendentes que residem em uma zona periférica de uma grande cidade requer a exploração dos conceitos relacionados a esta temática.

O Dicionário de Conceitos Históricos Silva e Silva, (2005, p. 85), conceituam cultura como:

“Um dos principais nas ciências humanas, a ponto de a Antropologia se constituir como ciência quase somente em torno desse conceito. Na verdade, os antropólogos, desde o século XIX, procuram definir os limites de sua ciência por meio da definição de cultura. O resultado é que os conceitos de cultura são múltiplos e, às vezes, contraditórios. O significado mais simples desse termo

afirma que cultura abrange todas as realizações materiais e os aspectos espirituais de um povo. Ou seja, em outras palavras, cultura é tudo aquilo produzido pela humanidade, seja no plano concreto ou no plano imaterial, desde artefatos e objetos até ideais e crenças. Cultura é todo complexo de conhecimentos e toda habilidade humana empregada socialmente. Além disso, é também todo comportamento aprendido, de modo independente da questão biológica” (Silva & Silva, 2009).

Verifica-se que o conceito de cultura pode assumir uma multiplicidade de significados que podem ser, por vezes, contraditórios entre si. Devido a este fato, consideramos a necessidade de apresentar o conceito de *“Territórios Urbanos de Maioria Afrodescendente”*. Estes *Territórios* se referem a espaços urbanos onde encontramos diferentes grupos sociais com origem históricas e culturais diversas, mas com a maioria da população composta por afrodescendentes. Esta característica faz com que o território apresente uma dinâmica cultural e social específica (Cunha Jr, 2007).

Nestes territórios, os espaços geográficos representam a base para os processos culturais que neles se processam. Isto faz com que as identidades sejam constituídas e a natureza das relações sociais seja estabelecida. Disto resulta a noção de que o espaço geográfico se forma a partir de um processo histórico capaz de estruturar a natureza e a identidade de seus ocupantes. O território está sempre associado a uma noção histórica. Ele apoia-se nos conceitos de terra, território, cultura e identidade utilizados como na perspectiva de matriz africana. Nesta, a terra é uma sede simbólica de maternidade da população (Cunha Jr, 2007).

Uma característica marcante desses territórios urbanos de maioria afrodescendente é a autoconstrução. Consequentemente, a universidade e o seu conhecimento produzido, as técnicas e as políticas públicas relativas ao espaço urbano têm seu desenvolvimento prejudicado nestes territórios (Lima & Cunha Jr, 2000; Videira, 2005). É possível afirmar que o contexto cultural, foco deste estudo, apresenta estas características. As fotografias 1 e 2

tiradas do espaço geográfico do local estudado permitem reafirmar tal realidade.

Fotografia 1 Residências típicas das mulheres residentes no Bairro Cidade Ipava, 2013.

Fotografia tirada pela autora (parte do bairro CI).

Fotografia 2 - O processo de construção de uma residência no bairro Cidade Ipava, 2013.

Fotografia tirada pela autora (parte do bairro CI).

O fenômeno representado pelo território enquanto fruto de uma construção histórica, e a existência de espaços urbanos de maioria afrodescendente na Cidade de São Paulo, possui característica similar à observada por estudos desenvolvido na Região Norte e Nordeste do território brasileiro, onde os negros também foram expulsos da cidade para as suas periferias, áreas onde a urbanização é precária ou inexistente. Naquelas regiões, o processo urbano de organização das cidades se deu em função da imigração europeia, que atribuiu um caráter dinâmico à economia que foi produzida por membros destes grupos étnicos ao longo do século passado (Cunha Jr, 2007).

Os termos “cultura” e “Território Urbano de Maioria Afrodescendente” (TUMA) se referem à cultura que está sendo estudada, ou seja, o bairro CI, que se trata de TUMA localizado no distrito do Jardim Ângela, zona sul da Cidade de São Paulo.

4.1.2.4 O nativo que volta para fazer pesquisa em sua comunidade

Ao desenvolver o processo OP, a pesquisadora teve o cuidado de incorporar com a maior profundidade possível, o olhar de uma pesquisadora no desenvolvimento de um estudo etnográfico. Esse cuidado foi necessário pelo fato dela ter vivido nesse cenário cultural por 17 anos. Quando um pesquisador pertence ou algum dia fez parte da cultura, ele tem incorporado em seu ser algumas crenças e valores que são próprias da cultura, por esta razão o pesquisador deve, de uma forma consciente, assumir uma atitude de estranhamento em relação a todas as práticas culturais próprias do cotidiano de vida dos nativos da cultura (Munhall, 2007). Este cuidado foi tomado no decorrer do processo de OP desenvolvido.

No decorrer do processo OP, foram realizadas entrevistas etnográficas com os informantes do território.

4.1.2.5 Entrevistas etnográficas

O pesquisador qualitativo da área da saúde tem pouco ou nenhum controle do conteúdo ou direção da entrevista. O entrevistado pode começar a se envolver intensamente e a falar com o pesquisador sem conhecê-lo muito bem (Morse, 2012).

Primariamente, o pesquisador é um ouvinte e o participante, inconscientemente, seleciona o conteúdo e a forma que está sob o seu controle, determinando, inclusive a hora de terminar a entrevista. Se o pesquisador não entendeu nitidamente sobre algum aspecto da história tem que esperar para fazer perguntas no final da entrevista. Porque, algumas vezes, o participante está tão envolvido contando sua história que é difícil interrompê-lo (Morse, 2012).

E assim aconteceu, as entrevistas se iniciaram no momento em que foram agendadas, mas não tinham hora para acabar. O tempo de duração de cada entrevista variou entre 20 minutos e 2 horas e meia. Procurou-se direcionar a conversa na direção dos objetivos da pesquisa, no entanto, foi necessário permitir que as mulheres se expressassem, não sendo ético interrompê-las. Sendo assim, conforme a necessidade psicológica de cada informante, permitiu-se que ela se abrisse e expusesse seus sentimentos, percepções e experiências.

Entrevistas semiestruturadas são usadas quando o pesquisador tem mais informações sobre o assunto e sabe as perguntas a fazer, porém, desconhece as respostas (Morse, 2012).

A partir desse conhecimento, as seguintes questões foram incluídas no roteiro de entrevista (APÊNDICE A):

- Diga-me como você cuida no seu dia-a-dia da sua saúde?
- Diga-me como você cuida no seu dia-a-dia da saúde e a de sua família?
- Quando você se considera doente?
- Você aprendeu sobre saúde/doença com alguém?

- O que faz você tomar a decisão de procurar ajuda fora de casa?
- Quando você procura ou sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?
- Quem você procura quando sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?
- Como você busca ajuda fora de casa?
- Você já percebeu alguma diferença de tratamento por ser negra?

Algumas se emocionaram ao contarem suas histórias. Estratégias de comunicação terapêutica foram utilizadas no sentido de confortá-las. Tratou-se de uma experiência pessoal intensa que modificou a pesquisadora como ser humano.

“Entrevistar é o processo de dirigir a conversação de forma a coletar informações relevantes”. A entrevista etnográfica é uma conversa amistosa que o observador participante tem com seus informantes, dirigindo, no entanto, a conversa na direção do que o pesquisador necessita fazer. É necessário porém, tomar cuidado para não parecer arrogante ou impaciente (Angrosino, 2009). Desse modo, a entrevista etnográfica flui interativamente, de forma aberta, sendo possível acomodar digressões, podendo abrir rotas para novas investigações, inicialmente, não pensadas pelo pesquisador. É nesse momento que um participante bem informado da comunidade auxilia o pesquisador a formular perguntas no decorrer da entrevista (Angrosino, 2009).

Na entrevista etnográfica é possível explorar o fenômeno com profundidade, ou seja, os significados, as nuances e as ideias mais escondidas que podem escapar às questões de múltipla escolha com respostas fechadas.

Para Leininger (2006) há dois tipos de informantes: informantes gerais e Informantes-chave. Informantes-chave são as pessoas que mais conhecem sobre o domínio da investigação. Esses informantes

são provenientes de visitas casuais do pesquisador ao local de estudo, perguntando aos moradores sobre pessoas com as características de interesse à pesquisa e convidando-as a dividirem suas experiências voluntariamente em entrevista. Informantes gerais, assim como os informantes-chave, são pessoas selecionadas propositalmente. Geralmente, não são conhecedoras profundas do tema pesquisado, mas possuem ideias gerais sobre si e podem contribuir com a pesquisa, levando o pesquisador a relevantes reflexões e percepções culturais.

Nesta pesquisa, foi possível observar que, dentre as 20 informantes entrevistadas, três demonstraram um conhecimento mais complexo que foi de encontro aos propósitos desta pesquisa. Assim sendo, estas mulheres foram consideradas as informantes-chave da amostra. As três informantes-chave moravam no bairro há mais de 10 anos e apresentaram uma visão ampla das questões relacionadas ao processo saúde e enfermidade, busca por assistência nas instituições de saúde e discriminação racial.

Em algumas situações, as pesquisadoras buscaram fazer com que as entrevistas perdessem um pouco do seu caráter formal. Duas informantes preferiram conceder entrevista em seus locais de trabalho, tendo sido uma delas, em um salão de cabeleireiro. Aquela entrevista foi realizada em uma manhã, quando as mulheres estavam abrindo o comércio, que ainda estava vazio. Decidiu-se fazer as unhas e cortar os cabelos durante as entrevistas. Essa atitude foi muito bem aceita e fez com que as entrevistas ficassem com um caráter bem menos formal.

A aproximação da pesquisadora se deu em torno das mulheres que apresentavam características fenotípicas afrodescendentes incontestáveis a olho nu como cor da pele escura, de vários tons, associada ou não com a textura do cabelo e formato do nariz. No entanto, foi imprescindível a autodeclaração da entrevistada de sua cor de pele como negra ou preta.

Além da identidade étnica, no início da entrevista foram feitas algumas perguntas de caracterização sócio-demográficas, como: nome, idade, religião, estado civil, anos de estudo, trabalho, renda, lazer, pessoas com que morava e tempo de moradia no bairro (APÊNDICE A).

As informantes pertenciam à rede de contatos da pesquisadora que residiu no bairro Cidade Ipava durante 17 anos e se mudou de lá há 2 anos. Trata-se, portanto, de uma amostra por conveniência.

Todas foram entrevistadas no local que preferiram. A maioria foi em suas próprias residências e 4 foram entrevistadas nos seus respectivos locais de trabalho. Elas foram informadas a respeito dos objetivos da pesquisa e, após seu consentimento por escrito, as entrevistas foram feitas com gravador.

Procurou-se selecionadas mulheres que representassem o máximo possível a diversidade local, constituindo-se uma amostra representativa da população. Ou seja, apresentaram diversidade com relação às seguintes categorias: idade, escolaridade, religião e trabalho formal.

Vinte e duas mulheres foram convidadas a participar, porém duas recusaram. O motivo alegado para a recusa foi inibição em relação ao gravador de voz. Portanto, 20 mulheres contribuíram como informantes-chave (três) ou informantes gerais (dezessete) deste estudo.

As entrevistas foram realizadas no mês de setembro de 2013. Foi efetuado contato prévio, ou pessoalmente, ou via telefônica, para agendamento de um horário que fosse mais adequado para a informante. A pesquisadora esteve presente em todas as entrevistas, porém, a segunda entrevistadora participou apenas das entrevistas iniciais, até o momento em que a primeira pôde se sentir autoconfiante para dar prosseguimento às demais entrevistas. Ambas são enfermeiras obstétricas. Uma terceira entrevistadora, psicóloga de formação, e membro do grupo de pesquisa sobre Psicologia das Desigualdades Raciais no Brasil, com grande experiência em

entrevistas qualitativas, desenvolveu, juntamente com a primeira entrevistadora, as demais entrevistas.

Não houve dificuldades em relação à aproximação com as informantes nem dificuldade de aceitação de nossa presença entre as que se dispuseram a participar. Sete entre as 20 entrevistadas foram indicadas pelas primeiras e eram desconhecidas pela pesquisadora. Decidiu-se encerrar a inclusão de novas informantes a partir da vigésima mulher entrevistada tendo em vista a considerável repetição dos conceitos emitidos pelas mulheres, o que os principais autores de escritos a respeito de pesquisa qualitativa denominam como saturação teórica (Leininger, 2006; Morse, 2012). Por meio desta estratégia, foi possível alcançar a diversidade desejada com relação à idade, religião, escolaridade e renda.

Durante as entrevistas, observou-se que as informantes possuíam uma motivação intensa em participar. Provavelmente, essa motivação era proveniente de uma vontade de colaborar com a pesquisadora. Além disso, perceberem uma oportunidade de denunciar a precariedade relacionada ao sistema de saúde que está disponível para elas. Ainda que nada lhes fosse prometido, no sentido de melhoria desse sistema de saúde, elas demonstraram acreditar que, de alguma forma, seus 'desabafos denunciadores' poderiam resultar em alguma influência positiva em futuras políticas públicas.

Percebeu-se que seus olhos fitavam profundamente os olhos das pesquisadoras, como quem observa atentamente se o ouvinte está prestando bastante atenção no que elas estavam falando. A presença de uma psicóloga durante algumas entrevistas propiciou um ambiente de maior escuta, deixando-as ainda mais à vontade para falar de suas crenças, valores, práticas e vivências. Além disso, quando só haviam entrevistadoras negras, elas falaram mais abertamente sobre questões raciais e de discriminação (Schucman, Costa, & Cardoso, 2012). A pesquisadora e a psicóloga são negras e o tom de pele delas, segundo a paleta de cores de tom de pele, localiza-se no número seis.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS E AUTORIZAÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, via Plataforma Brasil, e teve seu desenvolvimento aprovado. Foram respeitados e obedecidos todos os critérios científicos e éticos da pesquisa qualitativa com a finalidade de garantir a legitimidade e resguardar as pessoas que fizeram parte dela.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi lido, preenchido e assinado pelas informantes antes do início das entrevistas. Neste, constavam, além dos dados pessoais, os dados relativos a e-mail e telefone de contato da pesquisadora se deu caso a participante quisesse tirar dúvidas a respeito da pesquisa ou até mesmo deixar de participar em qualquer momento. O anonimato foi garantido e, no trabalho final, as informantes foram identificadas por meio de um número, cuja sequência está de acordo com a ordem em que foram entrevistadas, por exemplo: I1, I2, I3 etc., sendo que “I” é a inicial da palavra informante.

A seguir, foram obtidos os dados pessoais das informantes, mediante a um roteiro de entrevista (APÊNDICE A). Todas as entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e analisadas.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Em pesquisa qualitativa da área da saúde, a análise dos depoimentos dos colaboradores dos estudos deve ser feita de forma indutiva, ou seja, o pesquisador trabalha preferencialmente a partir de dados de resultados teóricos ao invés de utilizar concepções próprias (Morse, 2012).

Cada entrevista foi submetida a um processo de transcrição constituído por três etapas. Primeiro, foi realizada a transcrição literal dos discursos, na íntegra. Segundo, houve a supressão de perguntas,

construindo uma narrativa contínua. E, terceiro extraiu-se o tom vital de cada entrevista por meio da identificação das palavras-chave.

Pequenos trechos foram extraídos dos depoimentos para exemplificar os principais aspectos constantes nos temas e sub-temas culturais. Esta estratégia foi considerada importante para elucidar seus componentes e constitui um dos aspectos de rigor no desenvolvimento da pesquisa etnográfica (Leininger, 2006).

Após sucessivas leituras foi possível identificar pontos em comum na experiência das mulheres. Este fato permitiu elaborar descritores culturais, que, em síntese, foram frases que resumiram características em comum apresentadas pelo grupo estudado. A partir dos descritores culturais emergiu um tema cultural do conjunto de experiências relatadas pelas mulheres. O tema cultural foi a conclusão da ideia que emergiu dos descritores culturais.

Foram criadas figuras esquemáticas que procuraram ilustrar resumidamente o conteúdo de cada descritor ou tema cultural. Seguido de cada uma dessas figuras, foi elaborado um quadro, com um resumo explicativo escrito sobre cada item.

4.3.1 O rigor na pesquisa qualitativa

O desenvolvimento da pesquisa qualitativa deve ser permeado pela obediência a alguns princípios de rigor. Tais princípios incluem o respeito à composição da amostra, que deve ser intencional, a garantia de ocorrência da saturação teórica, que requer seguidas entrevistas de modo a garantir a integridade dos dados. Basicamente, o pesquisador tem a responsabilidade de avançar no desenvolvimento de seu estudo com muito cuidado e mediante a um processo indutivo, verificando e reverificando cada percepção. No decorrer de todo o processo de pesquisa, o pesquisador qualitativo precisa ser reflexivo e analítico, e documentar as suas decisões (Morse, 2012).

Os resultados das pesquisas interpretativas são um pouco mais difíceis de validar pois os resultados derivam das percepções cuidadosas de um único pesquisador e os participantes podem não estar cientes das conclusões da pesquisa (Morse, 2012).

Esta autora preconiza que os pesquisadores que se utilizam da corrente interpretativa de pesquisa devem desenvolver estratégias para garantir que seu estudo seja rigoroso, o que requer uma escrita lógica, rica, detalhada e a apresentação de argumentos convincentes ao leitor. Obviamente, pode usar referências externas e trabalhos publicados para dar suporte às suas observações. O pesquisador deve estabelecer uma ligação lógica entre os resultados de sua pesquisa e a descrita por outros, de modo a reiterar ou contradizer seus resultados. Quanto maior o nível de desenvolvimento conceitual e teórico, maior o alcance de generalidade e maior o impacto da pesquisa (Morse, 2012).

Esta pesquisa buscou garantir o rigor metodológico mediante a descrição detalhada do ocorrido no trabalho de campo. Os resultados são apresentados de maneira a facilitar o entendimento do leitor, através de figuras esquemáticas e quadros explicativos, seguidos de redação elucidativa.

Após a elaboração dos descritores e temas culturais, conduziram-se esses achados às informantes-chave do estudo a fim de que efetuassem possíveis críticas e/ou sugestões (Leininger, 2006). Elas, por sua vez, confirmaram as percepções da pesquisadora, aprovando o conteúdo tanto gráfico quanto escrito, sem apresentarem sugestões de mudança.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados na sequência consistem na síntese das entrevistas, do diário de campo e da observação participante.

Primeiramente, são apresentadas as características gerais do cenário estudado, seguido da história de migração das informantes e a história do bairro, relatada por um morador antigo e pelas demais informantes. Adicionaram-se os problemas de saúde referidos pelas informantes, suas motivações e sentidos atribuídos ao cuidado com a saúde e as sugestões para melhorar as condições de acesso à saúde naquela comunidade.

Depois, há um quadro com as características, sociodemográficas das informantes. A sequência em que essas informações aparecerão será a seguinte: ordem numérica em que elas foram entrevistadas, tom de pele, idade, estado civil, anos de estudo, trabalho, renda familiar, lazer, com quem moram e tempo de moradia no bairro. As linhas em destaque colorido se referem às informantes-chave. Por fim, serão apresentados os três descritores culturais e o tema cultural, que representa a síntese das experiências relatadas pelas mulheres e o observado no cenário cultural. Cada um dos descritores e o tema cultural serão seguidos pelas respectivas figuras esquemáticas e um quadro explicativo, de modo a possibilitar uma compreensão abrangente e, ao mesmo tempo, interligada dos elementos que compõem as crenças, valores e práticas das mulheres em relação ao fenômeno estudado.

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CENÁRIO ESTUDADO

O território estudado localiza-se na capital paulista, situada na Região Metropolitana do Estado de São Paulo (RMESP). Trata-se do bairro chamado Cidade Ipava (CI), que possui 17 mil habitantes cadastrados pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Este bairro

pertence ao Distrito do Jardim Ângela, administrado pela Subprefeitura do M'Boi Mirim (Mapa 02). A seguir, é apresentado um mapa para ajudar na melhor compreensão do contexto geográfico estudado.

Mapa 2 Mapa da Cidade de São Paulo demonstrando a localização do Bairro Cidade Ipava, 2013.

Fonte: Site prefeitura Municipal de São Paulo.

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/planejamento/zoneamento/0001/parte_II/m_boi_mirim/18-MAPA-MB-05.jpg

O bairro CI possui 17.314 habitantes cadastrados pelo PFS da UBS CI, representando 5,82% da população da área de abrangência da subprefeitura do M'Boi Mirim (Prefeitura de São Paulo - CEJAM, 2013). É coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Na área de abrangência da UBS, há 4.772 famílias, cujas idades dos seus membros estão distribuídas e contabilizadas no Quadro um e no Gráfico 05.

Quadro 1 Caracterização do território: UBS Cidade Ipava, 2013 – População

População segundo a idade (em anos)	Quantidade
Menores de 1 ano	304
1 a 4	1167
4 a 6	614
7 a 9	921
10 a 14	1659
15 a 19	1772
20 a 39	6025
40 a 49	2472
50 a 59	1411
60 e mais	969
Total	17314

Fonte: Prefeitura de São Paulo – Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim) – UBS Cidade Ipava - Caracterização do Território Cidade Ipava, 2013 (PMSP, 2013).

Gráfico 5 População do Bairro Cidade Ipava segundo a idade, março, 2013.

Fonte: Prefeitura de São Paulo – Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim) – UBS Cidade Ipava - Caracterização do Território Cidade Ipava, 2013.

As 17.314 pessoas cobertas pelo PSF contam com 03 médicos, 04 enfermeiras, 09 auxiliares de enfermagem, 22 agentes comunitários de saúde (ACS), 09 funcionários administrativos e 09 de outras funções distribuídos em 04 equipes (Quadro 2).

Quadro 2 Equipe de profissionais da UBS Cidade Ipava, 2013.

Profissionais	Número
Equipes de saúde da família	04
Médicos	03
Enfermeiras	04
Auxiliares de enfermagem	09
Comunitários de saúde	22
Administrativos	09
Outros	09

Fonte: Prefeitura de São Paulo – Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim) – UBS Cidade Ipava - Caracterização do Território Cidade Ipava, 2013.

Dentre os dados referentes ao perfil de saúde/doença da população do bairro CI (Quadro 3).

Quadro 3 Distribuição de gestantes, nascimentos e doentes crônicos da UBS Cidade Ipava, fevereiro 2013.

Gestantes, nascimentos e doentes crônicos	Número
Gestantes acompanhadas	179
Gestantes adolescentes	41
Nascimentos	24
Hipertensos	1947
Diabéticos	614
Tuberculose	06
Hanseníase	01

Fonte: Prefeitura de São Paulo – Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim) – UBS Cidade Ipava - Caracterização do Território Cidade Ipava, 2013.

Com relação ao saneamento básico, apesar de haver coleta pública de lixo, água encanada e esgoto cobrindo a maior parte do território, o bairro CI ainda possui 228 poços artesianos e 763 fossas, sendo, provavelmente, as mesmas famílias que não possuem água encanada e sistema de esgoto, respectivamente (Quadro 4).

Quadro 4 Dados de saneamento básico do bairro Cidade Ipava, fevereiro, 2013.

Lixo	Número
Coletado	4765
Queimado	05
Céu aberto	02
Esgoto	
Sistema de esgoto	4009
Fossa	763
Céu aberto	0
Água	
Rede pública	4541
Poço	228
Outros	01
Moradia	
Tijolo	4760
Madeira	11
Outros	01

Fonte: Prefeitura de São Paulo – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim) – UBS Cidade Ipava - Caracterização do Território Cidade Ipava, 2013.

Os moradores mais antigos relataram que há pouco mais de 15 anos passados ainda não havia água encanada nem sistema público de esgoto, isso explica a existência de poços e fossas em muitas casas ainda. Pois, muitos moradores preferiram não se desfazer desses recursos mesmo com a chegada dos recursos oficiais. Isso se deve à falta de água, proveniente da fornecedora estatal, que ocorre constantemente na região, sendo o poço um recurso para as emergências. Costuma-se, inclusive, compartilhar água dos poços com as famílias que não os possui.

Quanto aos equipamentos de ensino, há duas escolas municipais, uma de primeiro grau e uma de ensino infantil; duas creches públicas e três particulares. Com relação aos equipamentos comerciais: há alguns mini-mercados, lojas de roupas, restaurantes e oficinas mecânicas. Muitos dos comércios estabelecidos na região são informais, possuindo uma dinâmica consideravelmente rápida. Portanto, a contagem dos comércios em um determinado mês, pode ser bem diferente no mês seguinte.

Os informantes constantemente reclamaram do fato de não haver alguns equipamentos sociais considerados importantes como, por exemplo: agências bancárias, postos de gasolina e casas lotéricas.

O bairro conta com algumas linhas de ônibus e lotação. A maior parte (57%) da população residente no bairro é adulta, conforme demonstrado no Gráfico 05. Isso indica que uma grande quantidade de indivíduos em idade economicamente ativa necessita se deslocar para fora do bairro, percorrendo longas distâncias, para terem acesso à trabalho, escolas de segundo grau, faculdades e outros.

5.2 A HISTÓRIA DE MIGRAÇÃO PARA O BAIRRO

As informantes deste estudo tinham em comum a história da migração interestadual. Elas eram provenientes da Bahia (dez), Minas Gerais (cinco), Pernambuco (três) e somente uma era natural de São Paulo.

Um dos informantes era do sexo masculino. Embora este estudo tenha focalizado a perspectiva das mulheres, consideramos pertinente coletar dados relativos à história do bairro pelo fato deste informante ser um dos moradores mais antigos de lá, ter domínio em relação às transformações ocorridas no cenário territorial no decorrer dos anos, além do grande interesse demonstrado em compartilhar os seus conhecimentos e experiências com a pesquisadora. É morador do bairro há 17 anos e também um migrante nordestino, nascido no Estado da Bahia.

Figura 1 Figura esquemática indicando a direção de migração interestadual das informantes, 2013

Figura esquemática criada pela autora

Também serão utilizados trechos das entrevistas realizadas com as 20 informantes que relataram dados da história do bairro.

Foram constantes os relatos dos informantes sobre a sua trajetória de migração. Algumas delas referiram ser provenientes de áreas urbanas de seus estados de origem, mas, a maior parte veio de regiões rurais. Durante seus discursos comentaram sobre a necessidade de trabalhar na lavoura, em casas de fazer farinha, ou em moinhos para ajudar subsistência da família.

“(...) eu já trabalhei no manguê, catando caranguejo, para ajudar meus pais (I11). Também já trabalhei na roça, ia para a casa de farinha fazer farinha, beiju, rapadura...” (I1, I3, I5, I11, I11, I12, I16, I20).

Frequentemente, houve relatos de que a migração em direção à São Paulo se deu quando elas ainda eram muito jovens. Algumas relataram a necessidade de migrar para trabalhar e mandar parte do rendimento para as suas respectivas famílias que ainda permaneceram nos estados de origem.

Quando eu cheguei em São Paulo eu ainda era adolescente (I5, I11, I3, I5, I11, I12, I16, I20).

Nenhuma das informantes deste estudo tinha nascido na própria comunidade estudada, imediatamente após a chegada à Cidade de São Paulo. Elas relataram ter residido em outros bairros e

também em outras cidades vizinhas, muitas vezes, em favelas antes de se mudarem para o bairro CI.

A informante mais antiga (I1) já estava morando no bairro há 22 anos e a informante com menor tempo de moradia no bairro há um ano (I15).

Quase todas possuíam residência própria, somente duas informantes pagavam aluguel. O bairro CI representa o lugar em que suas famílias conseguiram realizar o desejo de adquirir um imóvel próprio.

A minha irmã morava de aluguel e nós duas compramos esse terreno juntas (...) aqui foi o local que tivemos condições de comprar, eu gosto bastante do bairro (I7)

Os moradores mais antigos relataram que há 15 ou 20 anos passados, a região era quase totalmente carente de infraestrutura. Em suas ruas não havia água encanada, sistema de esgoto, iluminação pública, pavimentação asfáltica, diversidade de linhas de ônibus e outros recursos alternativos de transporte. Também não havia nenhuma UBS e, portanto, tinham que percorrer longas distâncias para buscar assistência em relação aos problemas de saúde que surgiam, até mesmo os mais simples.

“A vinda da UBS para mim foi um avanço, porque, quando a gente ou um filho da gente tivesse algum problema de saúde, tínhamos que ir para longe: Hospital São Paulo, Hospital Regional Sul...” (I1, I2, I7, I8, I11, I12, I16).

Algumas se referiram com certo saudosismo ao tempo em que quase não passavam carros nas ruas, não haviam muitas casas e que a delinquência era menor se comparada aos dias atuais. Esses fatores permitiam que seus filhos brincassem livremente e sem preocupações nas ruas do bairro.

Nossos filhos aproveitaram muito aqui, brincaram na terra, tinha árvores, corriam até de vaca e boi (risos)... Porque quando nós mudamos para cá não tinha nem a metade das casas que tem hoje, então, tinha muito terreno, campinho... Jogaram muita bola, empinaram muita pipa. (I7, I8, I16, I20).

Reconhecem que o bairro nos dias atuais avançou em relação a duas últimas décadas, pois o aumento da densidade populacional trouxe consigo mais saneamento básico, iluminação pública, linhas de ônibus e lotação, pavimentação asfáltica para várias ruas, muitos equipamentos sociais como supermercados, feiras, restaurantes, cabelereiros, igrejas e duas UBS's para a região¹.

No entanto, relataram o enfrentamento de dificuldades de acesso do bairro a outros recursos fundamentais, tendo em vista que a região é carente em termos de emprego, faculdades, centros comerciais, hipermercados, bancos, correios, cartórios, hospitais, entre outros.

A questão aqui são as estradas e as conduções, a estrada aqui é muito perigosa e acho que a única dificuldade essa (I7).

(...) Eu sairia daqui para ir a um local que tenha shopping e mercado do lado da minha casa, pois aqui não tem" (I8).

A fotografia três apresenta a ponte que dá acesso ao bairro Cidade Ipava e ao bairro vizinho Jardim Aracati. É a única via pavimentada para acessar a região. As informantes referiram que as condições de vida são muito difíceis para quem reside além daquela ponte.

"É preciso melhorar as condições de vida da ponte para cá" (I7, I8, I14).

"Onde a gente mora, só para vocês terem uma ideia, aqui é uma ilha e, se essa ponte quebrar nós vamos ter que ir a pé ou a outra saída é avião! Uma vez teve um problema lá, o cano da SABESP estourou e derrubou uma parte da ponte. As pessoas iam de ônibus até ali, atravessavam, e depois pegavam outro ônibus do outro lado. Foi assim: os ônibus de fora ficaram lá fora e os que estavam dentro não conseguiam sair. Então, a gente atravessava a pé e pegava a condução do outro lado para continuar e assim o ônibus seguia para Santo Amaro e depois voltava. Os moradores que saíram de carro foram estacionando os carros porque não dava para passar e quem estava dentro não saía. Isso durou 2 dias. Tem uma outra saída, mas é de difícil acesso" (I7, I8, I14).

¹ Há outra UBS no bairro vizinho chamada UBS Jardim Aracati. Os moradores mais antigos costumam misturar os dois bairros em suas narrativas.

“Imagina uma ambulância para passar, a pessoa morre não por falta de atendimento, mas pelo acesso, acho que é isso que complica, a gente tinha que ter algo mais próximo” (I7, I8).

Fotografia 3 Estrada da Baronesa, 3151 (número aproximado), abril, 2011.

Fonte: Google Maps.

As informantes fizeram uma analogia da ponte com uma muralha (In)visível, ou seja, uma barreira importante que os moradores da região enfrentam no cotidiano. A existência de um único acesso pavimentado gera grandes congestionamentos na localidade, tendo em vista que a ponte é estreita e só permite a passagem de dois veículos por vez. Acresce-se do fato de que, a estrada que dá acesso à ponte, contornando a Represa de Guarapiranga, possui caminho íngreme, sinuoso, e muito perigoso para os transeuntes (Fotografia 04 e Mapa 03).

(...) é como se tivesse uma muralha. Em minha opinião, é como se fosse uma muralha em volta. Aqui é você, aqui sou eu. “Como aqui não tem os recursos, temos que ir buscar esses recursos, do lado de lá...” (I1, I2, I7, I8, I14, I19, I20).

Fotografia 4 Estrada da Baronesa. 2011.

Fonte: Google Maps.

Mapa 3 A seta aponta para a localização da ponte, na Estrada da Baronesa, altura do número 3151, aproximadamente. 2011.

Apesar de todas as limitações do bairro, as mulheres consideraram que as condições de vida e saúde de lá são melhores, se comparadas ao que estavam habituadas nos seus estados de origem.

(...) eu acho que a saúde hoje é melhor do que antigamente, aqui pelo menos você faz um exame e sabe do que a pessoa morreu, e antes a gente não sabia... Então, eu acho melhor agora. (I1, I5, I11, I12, I13, I16, I20).

“(Antigamente, em Minas Gerais) ... eu nem sabia que tinha que fazer pré-natal, ser acompanhado direto, né? A gente que vinha lá do interior não tinha este costume. Eu me lembro a minha mãe, por exemplo, nós fomos todos nascidos em casa com parteira e não teve esse negócio de médico. A minha mãe passou, pela primeira vez no médico, quando tinha 50 anos. (I1)

“Desde os 14 anos que eu tenho um problema de saúde, mas só descobri quando vim para São Paulo. O meu pai teve que vir para cá para descobrir que tinha câncer de próstata também” (I6).

Para as mulheres que eram provenientes da zona rural, o cuidado à saúde institucionalizado era praticado no espaço urbano de seus respectivos estados, configurando-se como uma dificuldade, pois o transporte era difícil.

“O cuidado da saúde nessa época era precário, difícil, porque o que tinha lá era na cidade. Tinha em ônibus que buscava a gente nas segundas e sextas-feiras. No meio desses dias, se você passasse mal, já era mais difícil para ir. Dentista, era uma vez no ano que tinha... gratuito na escola, nos bairros para ajudar, uma vez no ano” (I3).

“Eu sou do nordeste e eu me lembro das histórias que a minha mãe contava. Ela dizia que naquele tempo não existia posto, que os médicos eram todos longe, então, ela cuidava da gente, tratava da gente muito com o remédio caseiro” (I10, I12, I16).

No Quadro 5, são apresentadas as características sociodemográficas das mulheres. Quanto à cor da pele, foi adotada a graduação sugerida por Telles e Steele, (2012) conforme descrito na metodologia.

As informantes deste trabalho apresentaram uma média de 8,9 anos de estudo, significando apenas o primeiro grau completo. No entanto, entre as informantes com 55 anos ou mais, a média de anos de estudo foi de 4,7.

Quadro 5 Características sociodemográficas das informantes.

Informantes Chave (C) ou Gerais (G)	Idade (anos)	Religião	Estado civil*	Estudo (anos)	Ocupação	Renda familiar (sal. mín.)**	Lazer	Convênio médico	Pessoas na mesma moradia ***	Tempo de moradia no bairro (anos)
I1 - C	58	Católica	C	3	Do lar	2,2	Assistir TV	Não	M e F	22
I2 - G	32	Católica	S	13	Desempregada	2,2	Visitar parentes	Não	P e O	22
I3 - G	27	Católica	UE	11	Desempregada	2,2	Visitar parentes, ler, parque	Sim	M e F	11
I4 - G	28	Candomblecista	UE	11	Comerciante Cabeleireira	14,7	Ir ao shopping, ler, ouvir música	Não	M	23
I5 - G	54	Católica	C	4	Comerciante Bar e mercearia	5,9	Assistir TV	Não	M	16
I6 - G	32	Evangélica	C	9	Comerciante Cabeleireira	Sem renda	-	Sim	M	15
I7 - C	46	Católica	C	14	Pedagoga	6,6	Assistir futebol de, várzea, religião, cinema, fazer trilha, festas em casa	Sim	M e F	15
I8 - G	51	Católica	C	8	Do lar	5,9	Ginástica, dança, viajar, festas em casa	Não	M e 2 F	15
I9 - G	30	Evangélica	UE	11	Do lar	2,2	Religião	Não	M e 4 F	23
I10 - G	36	Evangélica	UE	11	Comerciante Manicure	Não declarada	Passeio em parque ou shopping	Não	M e 2 F	15
I11 - G	64	Evangélica	C	8	Aposentada	2,1	Assistir TV	Não	M	14
I12 - C	62	Evangélica	C	5	Do lar	Não fixa	Assistir TV, ler	Não	M e F	15
I13 - G	50	Católica	C	8	Do lar	2,9	Ir ao cinema, assistir TV	Sim	M, P, F e O	13
I14 - G	32	Católica	C	7	Do lar	1,3	Assistir futebol de várzea, passear na casa de parentes, assistir TV	Não	M e 3 F	06
I15 - G	28	Umbandista	C	11	Do lar	1,3	Assistir futebol de várzea, assistir TV	Não	M, O e F	01
I16 - G	56	Sem religião	C	3	Diarista	4,4	Assistir TV, ouvir música, visitar amigas/vizinhas	Sim	M	17
I17 - G	23	Católica	S	11	Desempregada	3,7	Passear na casa de parentes, ir à balada, assistir TV	Não	P e O	05
I18 - G	43	Católica	C	11	Do lar	1,8	Passear na casa de parentes	Não	M e 2 F	04
I19 - G	26	Candomblecista	UE	8	Do lar	1,7	Assistir TV	Não	2 F	11
I20 - G	47	Evangélica	C	11	Téc. Enfermagem	4,4	Clube, passear na casa de parentes, almoçar fora	Não	2 F e M	17

* Solteira (S), Casada (C), União Estável (UE)

** Valor do salário mínimo vigente na época das entrevistas: R\$ 678,00.

*** Pais (P), Marido (M), Filhos (F), Outros (O)

5.3 OS DESCRITORES E O TEMA CULTURAL

Foram elaborados três descritores culturais (DC) e um tema cultural (TC), que sintetiza os elementos constituintes dos DCs.

5.3.1 Descritor Cultural 1: “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”

Esse descritor sintetizou o primeiro domínio percebido nos discursos das informantes, caracterizando-se pelo comportamento relatado de evitar ao máximo buscar os serviços de saúde institucionalizados devido às diversas barreiras. Evitar buscar assistência institucionalizada também significou lançar mão dos recursos terapêuticos disponíveis no âmbito doméstico e comunitário.

A figura dois, a seguir, é a representação gráfica do DC 1. O Quadro 6 detalha os elementos constituintes da figura dois.

Figura 2 DC 1 - “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”.

Figura criada pela autora.

Quadro 6 Componentes do DC 1 - “Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”.

<ul style="list-style-type: none"> • Práticas de cuidado realizadas em casa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de chás, ervas e xaropes caseiros <ul style="list-style-type: none"> – Gripes, dores cabeça ou abdominal etc.; – Hortelã, poejo, limão, erva-doce, alho, cebola, guaco, gengibre, mel, boldo, cidreira, capim santo, quebra-pedra etc.; – Conhecimento passado de geração em geração; ○ Uso de medicamentos comprados na farmácia sem prescrição médica <ul style="list-style-type: none"> – Paracetamol, dipirona, Dorflex®, Buscopan®, Aspirina®, xaropes fitoterápicos, omeprazol etc.; ○ Uso de medicamentos prescritos por médico para problemas de saúde antigos <ul style="list-style-type: none"> – Medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e diabetes ○ Prevenção de problemas de saúde: <ul style="list-style-type: none"> – Alimentação; – Exercícios físicos; – Higiene pessoal e do ambiente; – Dormir bem; – Parar de fumar
<ul style="list-style-type: none"> • Apego à fé e a religiosidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoio psicológico, melhora da autoestima; ○ Conhecimentos, atitudes e práticas, passados de geração em geração; ○ Influência das religiões na cultura em geral; <ul style="list-style-type: none"> – Católicas (dez) - oração em casa, na igreja e consulta a benzedeiras; – Evangélicas neopentecostais (seis) - oração em casa, na igreja e óleo ungido (abençoado); – Candomblecistas/umbandistas (três) - ervas, folhas e outros (via oral ou banhos); ○ Religiões de matriz africanas e discriminação; <ul style="list-style-type: none"> – Discriminação por parte de familiares, parentes ou vizinhos.
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores que interferem na decisão em buscar de assistência profissional <ul style="list-style-type: none"> ○ Esgotam as possibilidades terapêuticas no âmbito doméstico e comunitário; ○ Percebe que o problema de saúde é grave; <ul style="list-style-type: none"> – Ensinos aprendidos com profissionais de saúde, vizinhas, amigas, mães e parentes; – Espera pela melhora dos sintomas variando de algumas horas até uma semana.
<ul style="list-style-type: none"> • Os recursos de transporte utilizados <ul style="list-style-type: none"> ○ Quando ainda der para andar <ul style="list-style-type: none"> – Condução (transporte coletivo); – Carro próprio (mas, não sabem dirigir; apesar de metade delas possuírem automóvel próprio ou da família); ○ Quanto não dá para andar <ul style="list-style-type: none"> – Vizinho (forte solidariedade entre os vizinhos); – Automóvel próprio (maridos, filhos e genros dirigindo); – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

5.3.1.1 O uso de chás, ervas e xaropes caseiros

O uso de chás, ervas ou xaropes caseiros no cuidado com a própria saúde ou a saúde dos demais membros da família representou quase uma unanimidade entre as mulheres. No entanto,

elas foram enfáticas em afirmar que se tratava de uma prática muito mais corriqueira antigamente, sobretudo em seus estados de origem, onde o acesso ao sistema de saúde era muito difícil e quase impraticável. Observou-se uma diferença intergeracional na utilização desse recurso. As mulheres com mais idade se mostraram mais propensas a utilizar tais recursos de cuidado e cura e as mais jovens tinham inclinação para sair à procura de assistência médica.

“(...) a gente se vira muito com o chá caseiro” (I1, I2, I3, I4, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I16, I17, I18, I20).

“(...) Antigamente, era bem mais, agora é que nem tanto” (I1, I2, I3, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I16, I17, I18, I20).

“Há bastante diferença na forma que eu cuido da minha saúde e minha mãe que é de outra geração. As pessoas mais jovens ficam doentes e vão logo procurar um médico primeiro e os mais velhos falam: - Não, eu vou estar bem melhor amanhã. Minha mãe fala: - Estou bem, amanhã vou estar melhor e nunca vai ao médico. Minha mãe benze” (I17).

Tratavam-se de recursos de cuidado e cura utilizados, geralmente, para tratar problemas de saúde considerados simples e sem gravidade, como as gripes e resfriados, tosse, dores abdominais ou estomacais, diarreia e cefaleias. Entretanto, houve relatos do uso destes recursos para tentar resolver problemas mais graves, como as crises renais, cálculos vesiculares e edemas.

“As coisas que se tratam com chás são gripe, dor de barriga, dor de cabeça, sabe esses dá para manter o só na base do chá” (I1, I2, I3, I4, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14, I16, I17, I18, I20).

“Meu marido ficou com uma crise nos rins (...) eu dei um chá de quebra-pedra para ele” (I7, I8).

“Existe uma tal de “pata de vaca” e há outro “cana do macaco” que é ótimo, eu tinha um tio que estava para fazer uma cirurgia de pedra na vesícula e daí ele tomou “cana de macaco” e quando chegou na hora ele tinha expelido a pedra” (I7, I8).

Os recursos utilizados com mais frequência foram a hortelã, poejo, limão, erva-doce, alho, cebola, guaco, gengibre, mel, boldo,

cidreira, capim santo, quebra-pedra, buchinha, cabelo de milho, caroço de abacate, romã, casca de chuchu, manjeroba, pata de vaca, cana do macaco e o carvalho branco.

Muitas dessas ervas eram colhidas frescas do próprio ou no quintal de algum vizinho. Todas relataram conhecimentos similares a respeito da indicação de uso das ervas. Para curar gripes e resfriados faziam chás de hortelã, poejo, limão, erva-doce, alho, cebola; para curar tosse, o guaco, gengibre, limão e o mel; para dores estomacais, o boldo. A cidreira e o capim santo eram utilizados para melhorar a situação de nervosismo.

“No caso de gripe e resfriado eu faço chá de hortelã, poejo, limão, alho, cebola. Fervo tudo junto com açúcar” (I1, I3, I4, I5, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I16, I17, I20).

“O chá de hortelã com poejo, é bom para resfriado, principalmente, para crianças. A erva-doce e também é boa para resfriado se a criança estiver com peitinho cheio. O chá de erva-doce que é uma beleza!” (I1)

“O xarope de abacaxi é um ótimo, tem muita vitamina C, corta a gripe na hora” (I10, I11, I14).

“Para tosse eu faço chá de guaco, gengibre, limão e alho” (I5).

O conhecimento a respeito destes recursos foi transmitido de uma geração para a próxima, ou por meio dos representantes das religiões, sobretudo as pastorais de saúde e da umbanda.

“Eu aprendi sobre as folhas com a minha mãe e com a minha avó. Na época, a minha avó, por parte de mãe. Não tinha esse negócio de médico era só chá caseiro mesmo. É que eles conheciam todo tipo de folha” (I1, I2, I5, I11, I12, I13, I16, I20).

Três das informantes eram de religiões de matriz africana, sendo duas do candomblé e uma da umbanda. Uma delas relatou que o uso de ervas, folhas e banhos feitos com esses elementos, seja para ingestão ou banhos, eram de uso corriqueiro nas práticas de religiosas feitas para resolver problemas de saúde. Alertaram, no entanto, que algumas pessoas associam fármacos industrializados às

receitas feitas com ervas e demonstraram preocupação em relação aos possíveis prejuízos à saúde.

“Algumas pessoas misturam com medicamento, por exemplo, Citotec®, mas isso é muito forte, quando faz isso, o útero da depois não serve mais. Correm o risco de não engravidar mais ou de ter a gravidez de alto risco” (I4)

5.3.1.2 Uso de fármacos sem prescrição médica

Outro recurso frequentemente mencionado foi o fármaco industrializado utilizado sem prescrição médica, facilmente adquirido em farmácias. Esta prática era simultânea ao uso dos chás, ervas e xaropes caseiros. A auto-medicação era um recurso acessado nos casos considerados simples ou sem gravidade como as cefaleias, dores de dente, febres, tosse, dores de garganta, vômitos, dores musculares e pequenas queimaduras.

Os medicamentos industrializados mais mencionados foram o paracetamol, dipirona, Dorflex®, Buscopan®, Aspirina®, xaropes fitoterápicos, omeprazol, Benegripe®, diclofenaco, antibióticos, xaropes antialérgicos, inalação com soro fisiológico, sulfadiazina de prata, Neosaldina®, Lisador®, loratadina. Os conhecimentos a respeito das indicações destes medicamentos foram adquiridos dos médicos clínicos e pediatras, em consultas prévias, com vizinhos, amigos, pais e parentes.

5.3.1.3 Uso de Fármacos Industrializados Prescritos para Doenças Crônicas

As informantes atribuíram o uso de fármacos industrializados com prescrição médica para doenças crônicas como uma forma de executar o cuidado de sua saúde em casa. As doenças crônicas mais relatadas foram: hipertensão arterial, diabetes melitus, cardiopatias, obesidade, bronquite, artrose, osteoporose, labirintite, HIV.

“Eu cuido da minha saúde em casa tomando os remédios para pressão(...)” (I11, I12, I13, I16).

“Eu tomo os remédios direitinho, do jeito que eles mandam eu tomar porque são muitos remédios, eu me cuido assim. eu tomo remédio para diabetes, labirintite, hipertensão, para a artrose e para osteoporose... (I12)

Os medicamentos mais citados foram os anti-hipertensivos, antidiabéticos, medicamentos para função cardíaca, e outros utilizados para tratamento de doenças crônicas.

5.3.1.4 Práticas de Prevenção e Promoção de Saúde: Alimentação, Exercícios Físicos, Higiene Pessoal e Ambiental, Sono, Cessação do Tabagismo

As práticas de prevenção e promoção de saúde faziam parte do cotidiano do cuidado com a saúde no contexto doméstico. As mais citadas foram os cuidados com uma alimentação mais saudável, que incluía o uso de menor quantidade de sal e gordura no tempero dos alimentos. A realização de exercícios físicos, de forma sistemática ou não, a redução do peso, os cuidados com a higiene pessoal e doméstica, a aeração da residência, um sono qualitativa e quantitativamente adequado, a cessação ou diminuição do tabagismo, o agasalhamento adequado e o afastamento de fatores geradores de estresse foram as principais precauções adotadas pelas mulheres.

“Por causa da informação, a gente acaba aprendendo a se prevenir de muitas coisas como, por exemplo, de um resfriado e ou coisa assim, a gente sabe que a alimentação ajuda e muita coisa, o exercício físico... então, hoje em dia a informação veio para ajudar, coisa que na época dela (mãe) eles não tinham tanto o acesso” (I2)

“Eu cuido da minha saúde em casa evitando certos tipos de comida, que não se deve, como: comida gorda, massas eu evito muito e o doce também” (I1, I11, I12, I16). “(...) o médico fala muito de eu emagrecer (...)” (I7, I5, I12, I16).

Estas práticas de promoção da saúde foram aprendidas por meio das informações veiculadas pela televisão, Internet e as orientações fornecidas pelos amigos, agentes comunitários de saúde e filhos que tiveram melhor e maior acesso à educação formal.

“Essa informação vem via televisão, via Internet, explicativos, panfletos, amigos que já são da área da saúde e que conversam e trocam ideias, e isso favorece bastante. Eu me sinto mais esclarecida” (I2)

“Meu filho mais novo está sempre trazendo informação da escola sobre isso ou aquilo que falaram...” (I12, I16).

5.3.1.5 Apego à fé e a religiosidade

Conforme apresentado em tabela anterior, as mulheres tinham uma religião. Foram referidas as filiações às religiões católica (10), evangélica (seis) e espírita (candomblé – duas e umbanda – uma). Somente uma mulher referiu não seguir religião alguma. As mulheres que referiram uma religião relataram assiduidade aos cultos e práticas religiosas.

A fé religiosa permeava a vida das mulheres e algumas consideravam que esta fé era a coisa mais importante da vida. A cura de determinadas doenças era atribuída à fé religiosa, entretanto, esta mesma fé não representava um obstáculo no processo de acessar as instituições de saúde. Mesmo que estas tenham sido utilizadas, o sucesso terapêutico era atribuído à providência divina.

“Eu acho que acima de tudo está a fé, a fé em Deus porque eu acho que sem a fé em Deus nós não conseguimos nada” (I1, I2 - Católicas)

“Nós, primeiramente, pedimos a ajuda de Deus, que para nós é Oxalá, são vários, é porque a gente acredita em muitos deuses, mas, o principal é Oxalá, na umbanda também é Oxalá. Ele é Deus, não tem ninguém acima de Deus, só muda de nome” (I4 – Candomblecista).

As práticas religiosas realizadas diferiam conforme a religião professada. As católicas oravam em casa e na igreja e consultavam

as benzedeiras. No entanto, referiram que esta prática vem perdendo força, de forma dramática, de uma geração para outra.

“Você pode orar em casa e tudo, mas se você está na igreja, na casa de Deus, é muito diferente, nossa! Eu sinto isso, sinto... eu não sei explicar, mas é diferente de orar em casa” (I1, I2, I7, I8, I5, I13).

“Pega 4 matinhos, ou 3, com carvão também... De longe ela benze, se você ligar para ela e disser: “Maria, eu estou com um mau-olhado!” Ela vem com um matinho e benze você de lá, é a tradição deles” (I3).

“Hoje para falar a verdade, não sei se é porque é cidade grande, ou porque quando vou no interior fico tão pouco tempo lá que não vejo falar mais, mas parece que acabou esse negócio de benzedeira, não é mais como quanto a gente era criança” (I1).

As evangélicas também faziam orações e frequentavam cultos religiosos. Além disso, faziam uso de um óleo ungido, recebido dos pastores, que eram utilizados com a finalidade da cura ou de benção.

“Por exemplo, esses dias eu cheguei da igreja e a minha filha mais velha estava com febre. Eu ungi ela e coloquei ela para dormir. Graças a Deus, no outro dia, ela acordou super bem” (I9).

“Quando eu me machuco e não é nada grave, eu passo um óleo ungido, misturado com Doutorzinho, esfrego e do outro dia eu estou boa” (I11).

As mulheres espíritas, seja do candomblé ou da umbanda, usavam ervas, folhas e outros elementos natureza em seus rituais de cuidado e cura. Tais elementos eram benzidos, conservados, e utilizados por via oral ou na forma de banhos.

Eu tive uma doença de pele que a minha pele soltava, descamava. Eu já tinha feito vários tratamentos, tudo o que você possa imaginar na época (...) Aí eu cheguei lá e eu fiz o que a gente conhece por “ebó”, tomei um banho, aí ele me passou um sabonete chamado sabão da costa para mim trocar. Que é um sabão feito à base de cinza, umas coisas. Eu substituí, quando eu voltei no médico, nem o médico acreditava. É tanto que nunca mais... era uma coisa do outro mundo, de você pegar a pele e puxar até onde você quisesse, não doía, era como se fosse uma pele morta. Era como uma pele queimada no de sol e que

descascava. Na época eu andava de blusa, de cacharréu. De início, quando a pele começava descascar a aparência era feia, mas depois ficava normal, como se fosse uma cobra. Aí foi quando começaram a falar: "Você é de Oxumarê". "Você é de Oxumarê (o orixá representado por serpentes)" (I4)

A fé e a religiosidade eram vistas como recursos terapêuticos para os problemas de saúde mental. Muitas vezes, representava o único recurso de apoio para os momentos de aflição que vivenciavam. Assim sendo, a escuta atenta e acolhedora recebida dos representantes das religiões eram valorizadas e consideradas como recursos importantes de suporte para às situações emocionais difíceis que enfrentavam.

"A minha filha mais nova estava com depressão e ela ia ao grupo de oração, ia à igreja para se sentir melhor, mas, isso é para quando é uma coisa tipo depressão, que mexe mais com o sentimento..." (I13 - Católica).

"Eu também procuro a religião quando eu estou com algum problema de saúde, tanto os pastores, os obreiros, como outros membros da igreja. Essas pessoas me ajudam dando muita atenção. Elas me ouvem, me falam palavras que me fortalecem e fazem oração por mim." (I11 - Evangélica).

"Ansiedade e depressão é uma coisa cotidiana das pessoas pela loucura do dia-a-dia por exemplo eu tenho uma vida muito louca, muito corrida mesmo! Isso vai deixando a gente com um cansaço psicológico, você vai ficando irritada (...) Eu cuido da minha saúde mais em casa mesmo... eu faço chás, coisas que me acalmam" (I4 – Candomblecista).

A prática religiosa também representava um recurso importante para melhoria da autoestima e de superação das situações difíceis de racismo enfrentadas pelas mulheres na vida cotidiana.

"A vida que eu tenho hoje é superação em cima de superação (...), mas o maior de tudo é Deus. Essa é a superação que eu tenho. Sem Deus não sou ninguém. (I18 – Católica).

"(Após uma situação em que se sentiu discriminada racialmente) ... Eu sou assim, foi assim que Deus me fez, é assim que o meu Pai Omulu me ajuda a viver e eu não vou tentar mudar por causa disso, não. Eu me agarro

muito a fé, eu me agarro muito ao meu Pai Omulu. Não tem um dia que eu não acorde e que eu não agradeça a Ele por aquele dia e, que eu vá dormir e que não agradeça a ele por estar indo dormir de novo. Eu me agarro muito a ele porque eu sei que ele é muito protetor. (I19 – Candomblecista).

“Eu recorro à religião mais para o meu desenvolvimento mesmo, para defesa contra qualquer coisa ruim: inveja, doença, ou qualquer outra coisa... Faço banho com ervas. As ervas que se usam, depende da sua necessidade, para defesa, posso usar arruda, espada de São Jorge...” (I15 – Umbandista).

A fé, as crenças e práticas religiosas foram aprendidas por meio dos ensinamentos recebidos dos ancestrais, como os pais e avós e mediante aconselhamento feito pelos amigos.

“Sobre espiritualidade... isso a minha mãe me ensinou, os meus pais me ensinaram” (I1, I2, I3, I5, I13).

“Na verdade, a figura de espiritualidade que eu tenho mais forte é a da minha avó. É como a minha mãe havia falado sobre esta questão dos benzimentos, da fé dela em Nossa Senhora, toda noite ela ia lá, pedia proteção, ela passava em todas as portas onde tinha gente dormindo e, pedindo para deus tomar conta da nossa noite de sono. A gente vendo isso, vai ficando firme, e tantas coisas aconteceram que a gente dobra o joelhos, e pede para Deus tomar conta para que nada de mal aconteça, e isso vai deixando a gente mais forte” (I2).

“A minha mãe era mãe de santo. Quando a minha mãe raspou para o santo (rito de passagem onde, dentre outras coisas, se raspa a cabeça), ela estava grávida de mim, automaticamente, eu sou mãe de santo, mas eu não posso raspar a minha. E, de sempre frequentar com a minha mãe, eu fui aprendendo algumas coisas que ela fazia” (I15 – Umbandista).

Há o alicerce na religiosidade para o enfrentamento das doenças, sobretudo quando as outras possibilidades terapêuticas de natureza biomédica já tinham se esgotado.

“Então, a maioria vem para a religião, mais por saúde mesmo. Os motivos para entrar na religião, é como a gente diz: umas vêm pelo amor e outras vêm pela dor. Por alguma coisa que não conseguiu uma solução, é até como eu brinco com os meus amigos, tipo, todo mundo tem a sua religião, mas recorre à nossa quando as coisas não tiveram solução” (I4).

Foi reforçada a ideia de que a igreja católica estimula o uso de receitas caseiras feitas com ervas para solucionar problemas de saúde.

“(Há mais 50 anos, em Pernambuco). No sentido da religião e saúde a gente às vezes procurava o padre, depois da missa, pedindo ajuda a ele e ele ensinava uns remédios caseiros. E foi assim que o agente se criou, quando viemos para cá para São Paulo a gente trouxe esse hábito de usar remédios caseiros” (I11).

“(Nos dias atuais) Faço parte da Pastoral da igreja Católica e lá nos fazemos muitos cursos de capacitação de como tratar crianças e gestantes. Nesses cursos de capacitação a gente aprende muito sobre remédio caseiro: como aliviar uma cólica menstrual, por exemplo, eu cuido muito assim para um resfriado eu passo um xaropinho... Eu aprendi na Pastoral, em minha família aprendi com minha mãe” (I8).

“Foi com umas freiras e ela só usa ervas, ou seja, só mato ela faz esse xarope e ela chama para benzer bronquite. Ela é um pronto socorro a gente grita “tia Maria tem o xarope tal?” E ela diz: Tem” (I8).

Acreditam que as receitas caseiras recomendadas pelas pessoas que praticam o candomblé e a umbanda influenciam as demais pessoas da mesma sociedade pois, independentemente das crenças religiosas, elas se utilizam as ervas para resolver problemas de saúde. Advertiu-se, entretanto, que a devida prudência é necessária nos casos em que os problemas de saúde não melhoram após determinado intervalo de tempo. As informantes demonstraram preocupação com este aspecto e admitiram a necessidade de procurar ajuda médica, pois avaliaram que o uso das ervas não é suficiente para resolver alguns tipos de problemas de saúde.

“As pessoas com diabetes gostam de controlar também com pata de vaca e carvalho branco. Por exemplo, a mãe da minha colega, segundo ela, controlou a diabetes assim. É legal porque essa senhora era evangélica, que tomava até insulina, mas ela acreditou” (I4 – Candomblecista).

“Quando uma pessoa segue uma religião eu acho que ela tem que ser muito equilibrada nesse sentido, de saúde,

porque assim... as folhas estão aí, a religião está aí, mas tem algumas coisas que é de médico, não adianta. Você sozinha não vai conseguir. Vamos supor, você tem uma inflamação aí você toma chá ou coisa assim, uma semana e você não vê o resultado, é médico. Quando a gente percebe que é problema que a gente não pode resolver sozinha...” (I4 – Candomblecista).

5.3.1.6 Religiões de matriz africanas e discriminação

Mulheres cujas religiões tinham uma matriz africana (candomblé e umbanda) se sentiam discriminadas pelos próprios familiares e vizinhos parentes.

“Eu queria voltar a ir com mais frequência na minha religião (frequenta quinzenalmente). A minha religião também é muito discriminada, porque todo o mundo aqui é adventista (mora na casa do sogro)... Meu sogro não gosta, mas, ninguém tem que gostar quem tem que gostar sou eu. Eu gosto da minha religião, ela é muito discriminada, mas eu gosto” (I15 – Umbandista).

“Eu sinto muita falta de ir na casa do meu pai de santo. Já faz dois anos que eu não vou na casa dele. Provavelmente, em setembro, pode ser que eu vá porque é a festa do meu santo, Festa de Pai Omulu, mas vou uma vez e não posso ir mais. Não tenho ido frequentemente porque prefiro evitar brigas e confusões com o meu marido, ele não aceita e fala que lá só tem coisa errada, coisas de macumba. Nem quando ele está ausente eu não posso ir porque as tias do meu marido moram aqui perto, tenho medo de elas verem e acabarem contando para ele, entendeu? Ai a confusão está feita! Está doendo não poder ir... esses dias me deu uma saudade tão grande que comecei a chorar” (I19 - Candomblecista).

5.3.1.7 Fatores que interferem na decisão em buscar de assistência profissional

A busca por assistência nas instituições de saúde só ocorria quando todos os recursos de cuidado e cura disponíveis no contexto doméstico já tinham sido utilizados e não tinham apresentado a resolutividade desejada. Procediam dessa forma pelo fato de possuírem um imaginário social negativo em relação aos serviços públicos de saúde, que derivava da má qualidade da assistência à

saúde até então recebida. Estavam descontentes, sobretudo, em relação à demora habitual do atendimento, a abordagem hostil demonstrada pelos profissionais, que se mostravam distantes e apáticos em relação ao atendimento que prestavam.

Foi referido um atendimento com estas características principalmente em relação aos profissionais da categoria médica. O descontentamento quanto à qualidade do atendimento incluía a falta de profundidade na abordagem dos sinais e sintomas de doença, o exame físico superficial, o atendimento prestado de forma rápida com a preocupação focalizada na dispensa rápida dos pacientes, a atitude profissional hegemônica e o tratamento com ênfase no alívio dos sinais e sintomas que motivavam a queixa dos pacientes, sem preocupações em relação à cura da doença.

*“Evito ao máximo de ir no médico” (I4, I10, I13, I15, I17).
“Sempre primeiro o chá depois o médico. Primeiro a gente tenta chá aí é que vai procurar um médico. Isso porque é difícil conseguir um médico hoje vou dar o exemplo da aqui o posto de saúde: se você quiser marcar uma consulta você só vai conseguir para daqui a dois meses” (I1).*

“Eu evito ao máximo ir no médico por causa da demora, por que você passa o dia inteiro na fila, e quando você entra lá eles não passam nem dois minutos olhando na sua cara” (I10).

A percepção em relação a um possível agravamento do problema de saúde representou um motivo importante da busca por assistência à saúde institucionalizada. O grau de gravidade era mensurado mediante parâmetros que tinham sido previamente aprendidos dos próprios profissionais de saúde, dos vizinhos, amigos e demais membros da família. O principal parâmetro consistia no prolongamento da manifestação dos sinais e sintomas de doença, sobretudo quando estes ultrapassavam certo período de tempo.

“(...) se for coisas mais graves ou algumas dores que a gente acha estranha, eu acabo indo ao médico” (I1, I3, I7, I8, I9, I10, I11, I12, I13, I14).

“E agora quanto a outros tipos de problema mais sério a gente procura o médico que nem no caso do ano passado, eu tive um problema de entupimento de veia aí eu tive que fazer um cateterismo e também a uma angioplastia, então, esses tipos aí não tem jeito tem que procurar o médico” (I1)

Havia a uma percepção de que, se a mobilidade física estivesse preservada, o transporte coletivo ou o veículo particular poderia ser utilizado como meio de transporte até a instituição de saúde. Cerca de metade das mulheres possuía veículo próprio. Entretanto, muitas não tinham carteira de habilitação para dirigir e dependiam da disponibilidade e boa vontade de terceiros para levá-las às instituições de saúde.

“(...) Eu, normalmente, procuro ajuda do meu marido, pois ele é quem dirige, ou então eu vou sozinha de condução, para médico, essas coisas...” (I3, I10, I14, I15, I16, I20).

“Quando o meu genro está em casa eu peço para ele, no geral e vou sozinha bem devagarinho, paro e descanso um pouco, sento no chão, levando, e vou assim mesmo para não ficar pedindo para um e para outro” (I12).

Quando havia problemas de mobilidade física e não dispunham da ajuda dos membros da família, as mulheres recorriam à rede de suporte a que tinham acesso, como os vizinhos. A ajuda destas pessoas era requisitada nas situações que requeriam urgência e pronta remoção para a instituição de saúde. A existência de uma rede de solidariedade social foi relatada pelas informantes e percebida durante a OP.

“Se for algo mais grave que eu nem possa a andar aí eu procuro um vizinho que tenha carro. Os vizinhos aqui são muito solidários a nós, penso neles antes mesmo de pensar em chamar uma ambulância. Por exemplo, tem vizinho que até se oferece, dizendo: - Se tiver algum problema, não sofra sozinha, chame a gente” (I1, I3, I7, I8, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I18, I19, I20).

5.3.2 Descritor Cultural 2: A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa

O DC 2 sintetizou o segundo domínio percebido nos discursos das informantes, evidenciando os serviços de saúde aos quais elas recorrem para cada situação diferente. Ou seja, a depender da gravidade aparente do caso, escolhe-se o serviço mais adequado.

No entanto, elas se deparam com uma série de dificuldades que orbitam sobre a utilização desses nesses serviços. Dentre essas dificuldades destacam-se: a má qualidade de atendimento, falta de médicos, descaso, atendimento desumanizado e discriminação (não racial, por enquanto).

A figura três, a seguir, é uma abstração gráfica que procura sumarizar as narrativas das informantes em torno do DC 2. O Quadro 7 apresenta os dados da figura, porém, mais detalhadamente.

Figura 3 DC 2 - A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa.

Figura criada pela autora.

Quadro 7 Componentes do DC 2 - A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa.

<p>A busca pelo cuidado à saúde institucionalizado</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso dos Serviços Públicos de saúde <ul style="list-style-type: none"> ○ UBS's <ul style="list-style-type: none"> – Prevenção – consultas agendadas e realização de exames – (Papanicolaou, mamografia, consulta com ginecologista); – Pequenos curativos, consultas ambulatoriais para doentes crônicos (hipertensos, diabéticos), pré-natal, aquisição gratuita de medicamentos na farmácia; ○ AMA's <ul style="list-style-type: none"> – Muito utilizada nos casos urgentes – Instituição mais elogiada ○ Hospital Público Mais Próximo <ul style="list-style-type: none"> – Hospital M'Boi Mirim – para urgências, emergências e casos considerados graves. • O uso dos Convênios médicos e clínicas particulares <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas médicas mais rápidas; ○ Especialidades; ○ Acesso à exames mais complexos do que pela rede pública de saúde <ul style="list-style-type: none"> – Usa-se o convênio, mas também os serviços públicos de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Críticas sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde <ul style="list-style-type: none"> ○ UBS's: <ul style="list-style-type: none"> – Demora em conseguir passar em consulta médica; – Falta de médicos; – Encaminhamento para fazer exames muito longe de casa; ○ Convênios: <ul style="list-style-type: none"> – Piora na qualidade ao longo dos últimos anos. ○ Os profissionais de saúde <ul style="list-style-type: none"> – Médico (falta do profissional, despreparo relacionado à realidade social da periferia, hostilidade, apatia, desumanização); ○ Discriminação negativa <ul style="list-style-type: none"> – Quem não é hipertensos, diabéticos, gestantes, ou idosos tem dificuldade para ser atendido; ○ Discriminação positiva <ul style="list-style-type: none"> – Prioridade no atendimento – idosos (duas) e portadora de HIV (uma); – Serviços de saúde particulares (não convênio); ○ Descaso <ul style="list-style-type: none"> – Má qualidade da assistência; – Dificuldade em dar continuidade aos tratamentos iniciados; – Crítica ao PSF, aos ACS's e à precariedade relacionada a essa proposta.
--	---

5.3.2.1 A busca pelo cuidado à saúde institucionalizado: utilização de serviços públicos e privados

Os relatos das informantes sobre sua busca por assistência institucionalizada foram marcados por, predominantemente, quatro tipos de serviços públicos: UBS's, Assistência Médica Ambulatorial

(AMA), Hospitais e Ambulatórios de Especialidades; e dois tipos de instituições privadas ou de convênio: Hospitais e Consultórios Particulares. Quatorze das informantes referiram não possuir convênio e dependerem totalmente dos serviços públicos de saúde.

5.3.2.1.1 A utilização das UBS's e as críticas referidas

O primeiro cuidado referiu-se à prevenção, por meio das consultas médicas e realização de exames preventivos nas UBS's, dentre eles, o Papanicolaou, mamografia, consulta com ginecologista. Outros exames específicos, feitos em instituições públicas diversas, foram relatados por mulheres que possuem história familiar de alguma enfermidade como câncer de esôfago e doença de Chagas, por exemplo.

“(...) Aprendi principalmente a valorizar essa questão do preventivo. Por que a gente não tem que perder a saúde para cuidar, a gente tem que cuidar antes, a UBS vem com essa proposta do tratamento preventivo (...) o posto em si, é para a isso, para preservar a saúde das pessoas no bairro” (I1, I2, I7, I8).

“Resumindo, o que eu faço pela minha saúde é o exame preventivo todos os anos, e isso eu faço já desde de 2005 que é o exame endoscopia, mamografia, Papanicolaou. Esses exames que eu faço através do posto, então isso aí é todos os anos, e isso é rotina” (I1)

“De seis em seis meses eu passo no Dante, no cardiologista, por causa da Doença de Chagas” (I5).

No entanto, há vários relatos de pessoas que preferem não utilizar a UBS do bairro, sendo as principais justificativas: a demora em conseguir passar em consulta médica, a falta de médicos e o fato de possuir convênio médico.

“Eu raramente um uso o posto de saúde porque é muito demorado, você vai fazer um ultrassom ou qualquer coisa, demora muito. Geralmente, quando sai o pedido do exame, você já não precisa mais, já se passaram seis meses” (I3, I6, I7, I13, I16).

“Quase nunca vou ao posto é muito raro eu usar, pois quase não tem médico você marca uma consulta, mas demora quase 5 meses... Como fazer se você precisa dela para ontem?” (I17).

As informantes que possuíam convênio de saúde referiam fazer pouco uso dos serviços públicos de saúde. A busca por assistência nas UBS's se restringia a problemas de saúde considerados sem muita importância, como os pequenos curativos, consultas ambulatoriais para doenças crônicas (hipertensão e diabetes), pré-natal, aquisição gratuita de medicamentos na farmácia. Aparentemente, não há um total desprezo pelos serviços prestados pela UBS's em razão da facilidade de acesso. Reforçaram, no entanto, que os cuidados de saúde institucionalizados eram predominantemente por meio do convênio de saúde. Elas mencionaram que preferiam deixar as suas vagas para quem precisasse mais, ou seja, as pessoas que não possuíam convênio médico.

“Muito pouco eu procuro o SUS. O posto de saúde aqui não ajuda, já faz um bom tempo que eu não vou lá fazer nada (I6), a não ser para pegar remédio, (I3) ou trocar uma receita” (I13).

“Eu vou no posto sempre que tem um exame mais básico... até porque é mais perto. O posto é mais rotina: cuidar da pressão, exame de sangue, Papanicolaou...” (I13, I16)

“E Quando tem que marcar alguma especialidade, ou exames de coração, por exemplo, eu vou no convênio. Como eu tenho convênio, dou oportunidade para que não tem” (I7, I13, I16).

Criticou-se também o fato das UBS's encaminharem seus usuários para fazer exames em lugares muito distantes do bairro.

“Se eu moro aqui eu deveria fazer no bairro, mas aí manda para lá e a mulherada não vai, é muito longe, no bairro tem dois mamógrafos, eles queriam tirar um mamógrafo daqui por falta de uso, mas como se tem muita mulher que precisa fazer o exame? Eles mandam para Pedreira, Vila Formosa e Zona Leste, eles mandam para todo o canto, menos aqui. Tem muita coisa errada... porque hoje muita gente não tem a condução” (I8).

“Da última vez me mandaram para longe” (I8, I18).

“Daí eu falei que queria fazer aqui pois era meu direito e falei eu moro aqui e quero fazer aqui é um direito meu” (I8).

5.3.2.1.2 A utilização das AMA's

As AMA's eram consideravelmente utilizadas e o conhecimento de sua existência já estava amplamente difundido na comunidade.

“Para o urgente e imediato vem o AMA” (I1, I2, I7, I8, I14, I15, I17, I18, I19).

“Na AMA, recebi o encaminhamento para o ortopedista. Só assim eu consegui voltar no posto para que eles agendassem uma consulta com um especialista para mim, o ortopedista no AMA do Jardim São Luiz, e eu estou passando lá” (I11).

“(...) e por isso eu prefiro ir para o convênio e a AMA eu não tenho o que reclamar graças a Deus toda as vezes que eu fui lá fui bem atendida” (I13)

5.3.2.1.3 A Utilização do hospital público mais próximo

O Hospital público mais próximo da cultura estudada é o Hospital M'Boi Mirim. As percepções sobre qualidade variaram entre positivas e negativas.

“Eu fui três vezes lá e fui super bem atendida” (I8).

“O pronto socorro mais próximo é o M-Boi ou uma das AMA's, que no caso, dependendo da gravidade você precisa é de um hospital” (I7, I8).

“O M-Boi-Mirim não atende a gente bem, na verdade eles deixam a gente lá sofrendo o dia inteiro...” (I13).

5.3.2.1.4 A utilização dos convênios médicos e clínicas particulares

Cinco mulheres referiram possuir convênio médico, normalmente como benefício do trabalho formal dos companheiros.

Elas relataram que o convênio é uma forma de conseguir consultas médicas mais rápidas, ter acesso às especialidades médicas e exames mais complexos do que pela rede pública de saúde.

“Meu convênio é da empresa que o meu marido trabalha e é familiar” (I3, I7, I13, I16).

“Pelo convênio, eu consigo passar em consulta mais rápido do que se eu esperar pelo posto” (I3, I6, I7, I13, I16).

“E Quando tem que marcar alguma especialidade, ou exames de coração, por exemplo, eu vou no convênio” (I7, I13, I16).

Apesar dos benefícios do convênio, relatados pelas informantes, houve reclamações constantes quanto à piora da qualidade dos convênios ao longo dos últimos anos.

“Meu convênio era ótimo, mas agora está uma porcaria” (I7).

“Hoje em dia o convênio não está lá aquelas coisas! Mas a consulta do posto é muito mais demorada” (I13).

“Se em um convênio que é pago há essa burocracia imagina...” (I6).

Houve queixas em relação à distância entre o domicílio e o hospital mais próximo e este fato levava algumas informantes a utilizar os serviços do SUS ao invés do convênio.

5.3.2.2 Percepções sobre a qualidade dos serviços institucionalizados de saúde

Houve constante queixa em relação à qualidade dos serviços de saúde institucionalizados. As reclamações variaram muito e foram desde queixas relacionadas ao comportamento dos profissionais, propriamente ditos, como com relação à estrutura e à administração.

5.3.2.2.1 Os profissionais de saúde

Quanto aos profissionais, havia predomínio da queixa em relação ao profissional médico. As informantes constantemente relataram descontentamento relacionado à falta de humanização no atendimento.

“Alguns médicos nem te tocam. Tem dia que você dá a sorte de pegar um médico, aí ele te escuta direitinho. É que nem teve um dia que eu levei o meu filho na AMA ali atrás do Figueira Grande, atrás do Habibs, ali tem uma AMA muito bom ali. Foi essa que descobriu que o meu pequeno estava com sinusite, ela foi bem atenciosa, olhou direitinho, mas isso é sorte. Médico para mim é sorte!” (I10).

“Às vezes o médico que atende aqui é o mesmo que também atende no particular. Mas, se você vai no particular você tem um atendimento diferenciado e no posto outro atendimento” (I4).

O absenteísmo no trabalho por parte do profissional médico foi apontado como um grande problema. Este problema ocorria sobretudo nas UBS's. Elas consideraram que o médico era o membro da ESF com mais instabilidade no trabalho, fazendo muita falta para a população. As informantes atribuíram esse fato a duas causas que são as seguintes: a distância do bairro, pois, os médicos, geralmente, residem em bairros mais centrais da cidade; e, agressividade da população, com relatos até do médico já ter sido agredido verbal e fisicamente pela população insatisfeita.

“Os médicos não vêm para cá pela distância e porque são agredidos pela população” (I7, I8).

“O Dr. João era amado pelo povo, só que ele foi agredido duas vezes porque ele não pode dar um atendimento e, por causa disso, ele foi embora. As pessoas fizeram abaixo assinado para ele voltar, mas como ele ia voltar para uma região em que era ameaçado a todo o momento? E, assim, nós perdemos ótimos médicos. Os médicos acabam indo embora, pois os bons são agredidos sem motivo e os ruins ficam (...)” (I7, I8).

Houve menção em relação à falta de preparo do profissional médico para enfrentar situações a serem vivenciadas ambientes de trabalho inerentes à periferia das grandes cidades.

“Acredito que tem muito médico que vem, não sei o valor do salário, mas acho que eles vêm sem saber com o que vai lidar e tem uma certa resistência quando vem e olha a periferia, pois é assustador! Não é qualquer um que consegue lidar não, pois, é mal cheiro, maus tratos, ali (na favela) se vê de tudo: prostituição, trabalho infantil... nesses locais você pode ver de tudo” (I7).

5.3.2.2.2 Discriminação Negativa

Houve a reclamação constante de uma discriminação relacionada às pessoas que não faziam parte dos grupos prioritários, ou seja, hipertensos, diabéticos, gestantes, ou idosos. Essas mulheres passam ainda por mais dificuldade de acesso à assistência, principalmente nas UBS's. As reclamantes desse quesito encontravam-se em idade reprodutiva e possuíam demandas variadas e específicas, como tratamento para infertilidade, por exemplo.

“Além dessas situações de urgência, o posto não resolve, por exemplo, médico... você nunca consegue se você não for hipertensa, ou tiver diabetes, quem tem problemas assim é que consegue passar, a gente fica no último da lista. Aí e quando você vai passar se estiver com um problema, já agravou...” (I3, I6, I7, I10).

“Faz muito tempo que eu consegui uma consulta no posto, eu acho que foi quando eu estava grávida, já faz 5 anos... foi quando eu tive direito a aquelas consultas” (I10).

“(...) engravidei eu perdi o filho e não consegui engravidar mais” (I3, I6).

5.3.2.2.3 Discriminação Positiva

Algumas informantes relaram passar por situações de discriminação positiva relacionada ao fato de fazerem parte de grupos prioritários para atendimento como idosos e portadora de HIV, por

exemplo. A percepção foi de melhora na qualidade da assistência e de menos demora nas filas de espera.

“Me sinto bem tratada ultimamente por causa da idade. Teve um dia, que eu fui a primeira a ser atendida naquele dia” (I11, I12).

“Com relação ao HIV, e as vezes que eu vou nas consultas ou pegar remédio... nessa parte eu nunca sofri discriminação. Até mesmo o pessoal dos postos, eles procuram tratar você muito bem, não tenho do que reclamar, tanto aqui no Mitsutani, tanto quando eu fazia tratamento lá em Santo Amaro. Eles sempre me trataram muito bem mesmo!” (I19)

Outra forma de discriminação positiva referida foi a percepção de tratamento de melhor qualidade em serviços de saúde particulares.

“Eles tratam você como igual, você está pagando... quando você está pagando particular é outro nível. No particular, você vai e a pessoa já te chama. No público, não, eles dizem: - Aguarda aí. Você espera horas por um péssimo atendimento”. (I10).

5.3.2.2.4 Descaso percebido nos serviços de saúde com relação ao atendimento

Algumas informantes relataram uma percepção de descaso por parte dos serviços públicos de saúde para com a população, queixando-se da má qualidade assistencial de maneira geral e também da dificuldade em dar continuidade aos tratamentos iniciados.

“É um descaso que eles têm com as pessoas... eu já vi muita falta de respeito pelas pessoas no posto principalmente aqui no nosso bairro. Todos que moram aqui são pobres, se tivessem condições, já teriam saído desse bairro com certeza para um apartamento dos melhores. Infelizmente, quem entra lá dentro é só porque já está na beira da morte. O que eu já vi de gente morrendo...” (I6).

“A médica disse que: - Antes de mudar a medicação da senhora precisa fazer um eco, passar por um vascular, e um endócrino... Mas, isso vai acontecer no dia em que Deus der bom tempo e que esses encaminhamentos cheguem na minha mão!” (I12).

Outras vezes elas criticam o trabalho da Equipe de Saúde da Família, principalmente os ACS's com relação às atribuições de cada profissional fugindo dos anseios da população. Muitas vezes elas prefeririam que esses profissionais não tivessem à mão instrumentais para realização de pequenos procedimentos ou até mesmo medicamentos considerados simples como dipirona, por exemplo.

“Eu não gosto desse pessoal que vem de porta em porta do SUS, pois eles não têm nem um aparelho para medir a pressão se caso precisar de uma “Dipirona” ou de outro remédio não tem. E também vem os auxiliares de enfermagem sem um aparelho para medir a pressão, a agente (ACS) vem e pergunta uma coisa e, depois, outra quase igual. Ai vira aquela bola de neve” (I6).

“Eu acho que deveria ter uma ambulância de plantão no bairro, pois não tem. No posto eles ficam indo para lá e para cá e não atendem ninguém. Fica aquele entra e sai e não tem uma ambulância no local, para mim esse posto e nada é a mesma coisa” (I6).

“Acho esse negócio de PSF uma enganação” (I6, I17, I20).

Houve uma queixa relacionada à forma em que o Programa de Saúde da Família funciona. Uma informante disse que preferia o jeito em que o posto de saúde funcionava no início com pediatria, ginecologia, clínica geral e não com PSF como é agora.

“E acho que deveria voltar ao sistema de antes cada caso ter seu médico, pois aqui é um médico e enfermeiro para a área, por exemplo você vai levar seu filho ao pediatra, ele passa com aquele que fez o pré-natal e também naquele que vai atender um idoso, ou seja é muita coisa para um médico só” (I9).

Apesar das reclamações e insatisfação predominantes com relação aos serviços de saúde, principalmente, os públicos, houve muitos elogios também. A instituição mais elogiada foi a AMA. A principal justificativa foi o fato de propiciar uma solução rápida para problemas de saúde considerados urgentes.

“Hoje em dia eu quase não vou no posto, eu vou mais no AMA, porque lá tem uma solução... porque a AMA é

praticamente como um pronto-socorro. Eles têm até mini cirurgia, é como um mini hospital é tanto que eu não vou quase no posto. Quer dizer, lá tem mais solução do que os médicos daqui do posto” (I11).

5.3.3 Descritor Cultural 3: Sofro racismo velado por ser negra

O DC 3 sintetizada as experiências vividas por ser negra e pela denúncia com relação às situações de discriminações racial e social sofridas em instituições de saúde. Além de discriminação racial sofrida em instituições de saúde, as informantes relataram passar por essas situações também em outras instituições/organizações. Além disso, evidenciaram-se os mecanismos de defesa utilizados no enfrentamento diário dessas situações.

A figura quatro, a seguir, é uma abstração gráfica que procura sumarizar as narrativas das informantes em torno do DC 3. O Quadro 8 contém detalhamentos dos elementos constitutivos da Figura quatro.

Figura 4 DC 3 - Sofro racismo velado por ser negra.

Figura criada pela autora.

Quadro 8 Componentes do DC 3 - Sofro racismo velado por ser negra.

Experiências com a negritude
<ul style="list-style-type: none"> Resistência e resiliência das mulheres negras <ul style="list-style-type: none"> Auto-declaração: “preta” – decisão política. Não concordância com ser denominada “parda”. Crítica à atitude de profissionais que questionam essa decisão; Amor à cor de sua pele e felicidade declarada por ser negra/preta; A mulher negra periférica: <ul style="list-style-type: none"> Procura estudar, melhorar de vida, financeiramente falando, e andar bem arrumada; Sofre menos discriminação racial na medida em que é mais escolarizada e anda mais arrumada; Não se agrada de apelidos racistas; Mulheres com mais idade e menor escolaridade tendem a se preservar mais da discriminação racial evitando espaços considerados arriscados (ambiente com predominância de pessoas brancas e favorecidas socioeconomicamente falando); Entre as mais jovens a tendência foi contrária; Repetidos relatos de resistência, resiliência e superação perante as dificuldades impostas pelo território, à pobreza, à precariedade dos serviços públicos e à discriminação racial; <ul style="list-style-type: none"> A fé e a força interiores atribuídos como “combustíveis” para a superação; Metáfora da “Muralha (In)visível” que as separa dos recursos públicos e privados de qualidade representada pela ponte e pela estrada ruim que dá acesso ao bairro.
Racismo Institucional sofrido
<ul style="list-style-type: none"> Racismo velado sofrido nos serviços de saúde <ul style="list-style-type: none"> Discriminação racial: diferença de tratamento, em relação aos brancos, não verbalmente declarado, porém, subjetivamente percebido; Discriminação devido à condição econômica; Preconceito racial: pessoas que questionam sobre filhos de pele mais clara; Racismo Institucional e ameaça de violência nos serviços de saúde <ul style="list-style-type: none"> Medo de ser mal tratada ou mal atendida; <ul style="list-style-type: none"> Medidas preventivas: cuidados com a higiene pessoal, aparência física e manter-se calada, mesmo em situação de dor ou sofrimento; Crenças e práticas passadas de geração em geração (mãe-filha).
<ul style="list-style-type: none"> Racismo institucional em outros serviços ou ambientes diversos <ul style="list-style-type: none"> Racismo velado no ambiente de trabalho <ul style="list-style-type: none"> Discriminação racial sofrida por parte de empregadores e clientes.
<ul style="list-style-type: none"> Racismo velado em processo seletivo para emprego
<ul style="list-style-type: none"> Racismo declarado (direto) em ambiente de trabalho <ul style="list-style-type: none"> Discriminação Racial direta sofrida por parte de empregadores ou clientes.
<ul style="list-style-type: none"> Discriminação racial lojas e outros estabelecimentos <ul style="list-style-type: none"> Constrangimento Discriminação racial sofrida pelos filhos nas escolas <ul style="list-style-type: none"> Discriminação racial sofrida pelos filhos, tanto por parte da professora, quanto por parte de colegas da escola.
<ul style="list-style-type: none"> Seguranças, guardas, vigilantes negros e policiais <ul style="list-style-type: none"> As queixas predominam com relação aos guardas de bancos; Crítica ao fato de que, muitas vezes esses trabalhadores também são negros.

<ul style="list-style-type: none"> • Graduação crescente de racismo institucional conforme o tom de pele <ol style="list-style-type: none"> 1° Ninguém é tão bem atendido quanto um homem branco, 2° A mulher branca aparentando ser bem sucedida, financeiramente falando, é a segunda melhor tratada; 3° O homem negro, aparentando ser bem sucedido financeiramente falando, vem em terceiro lugar 4° O homem branco pobre; 5° A mulher branca pobre; 6° O homem negro pobre só não é o mais mal tratado por aparentar ser potencialmente perigoso e ameaçador; 7° A mulher negra de pele clara; 8° A mulher negra retinta é a que recebe o pior atendimento em qualquer lugar.
<ul style="list-style-type: none"> • Quanto mais negros tem entre os funcionários, menos se percebe racismo nas instituições.
<ul style="list-style-type: none"> • Autodefesa diante de uma situação de possível discriminação racial <ul style="list-style-type: none"> ○ As pessoas de peles mais escuras e mais desfavorecidas, socioeconomicamente falando, tratam os trabalhadores pior e, em contrapartida, são mais mal tratadas; ○ O comportamento de uma pessoa branca não é associado à cor de pele quando é hostilizada; ○ Posicionamento de defesa das próprias informantes frente a uma eventual situação de discriminação racial.

5.3.3.1 Enfrentamento de muralhas (in)visíveis: experiências com a negritude e o racismo institucional sofrido

5.3.3.1.1 Experiências com a negritude

5.3.3.1.1.1 A Mistura das raças e etnias nas famílias

As informantes relataram que possuem muitas misturas de raças e etnias diferentes nos seus sangues. Referiram que há mistura entre brancos, negros e indígenas.

“Eu não ligo e a minha família é toda misturada preto, branco e tem até loiro” (I14).

“A minha mãe é branca e meu pai é negro. A família da minha mãe é de brancos. Os meus avós maternos eram brancos e paternos, negros. Não morenos, mas sim ‘negros’. Meu pai tinha orgulho de dizer: sou negrão” (I13).

“A minha avó e bisavó eram índias” (I12).

Houve relatos de que essa mistura de raças é mais frequente hoje do que antigamente, quando algumas das entrevistadas eram mais jovens.

“Hoje em dia a coisa mais normal é branco casar com negra” (I1, I14).

“Os meus sobrinhos por exemplo, todos têm namoradas brancas. É como se você tivesse negando a sua própria raça, a isso na minha cabeça, prestem bem atenção, na minha maneira de pensar, está negando a sua própria raça. Por exemplo, eu sou negra, da pele negra, aí eu fui me casar com um branco? Então, por exemplo, eu estou negando a minha própria raça e, mas isso é só coisa minha, gente. Cada um é cada um. Se amanhã ou depois um dos meus filhos casarem com branco, eu jamais vou me intrometer, entendeu? Então, eles têm a vida deles, eu tenho a minha vida (I1).

5.3.3.1.1.2 Resistência e Resiliência das mulheres negras

5.3.3.1.1.2.1 Autodeclaração de raça/cor: “preta” – decisão política

Houve uma crítica direcionada aos profissionais de diversos serviços, inclusive do IBGE, quanto à pergunta sobre raça/cor e os questionamentos que alguns deles fizeram quando, mulheres negras de pele clara se auto-declaram ‘pretas’. Referiram não concordar com ser denominadas “pardas”, pois, apesar da pele mais clara, preservam traços físicos e ascendência étnica de origem afrodescendente.

“A mulher do Censo foi na minha casa e perguntou qual a etnia e eu falei que eu era preta e ela falou: - Você é preta? E eu disse que sou. Ela falou: - Se você é preta, o que é ser preto, então? Tenho cabelo ruim e sou negra sim, pois para mim não existe pardo e amarelo, ou é preto ou é branco. Que cor é essa? Parda? Disse que prefiro ser preta, mas ela não concordou que eu era preta” (I7, I8).

5.3.3.1.1.2.2 Amor à cor de sua pele e felicidade declarada por ser negra

As entrevistadas referiram amar a cor de pele e sua ascendência étnica. Para algumas delas, a discriminação racial pareceu ser como um tropeço no meio do caminho, mas não interferia

psicologicamente em suas vidas de maneira geral, principalmente por se sentirem protegidas pela legislação antirracista vigente no país.

“Eu sou muito feliz por ser negra, adoro a minha cor. Se aparecer preconceito eu sei lidar agindo dentro da lei” (I1, I2, I7, I8, I10, I19).

“Eu acho que a gente tenta apagar isso da memória, esse negócio de que existe racismo hoje em dia ainda. Que existe preconceito, você leva a vida normalmente. Você tem tanta preocupação, tanta coisa no mundo para se preocupar e você vai ficar se preocupando com diferença de cor, entendeu?” (I14).

“Quando eu sou discriminada nas lojas eu lido tranquilamente com isso. Saí dali, não fico triste, eu vou cuidar da minha vida. Não fico com raiva e, de jeito nenhum. Admito como se fosse uma coisa normal. Não fui bem tratada nessa vou na outra” (I2).

5.3.3.1.1.2.3 Percepções sobre a mulher negra periférica

Quanto às percepções sobre a mulher negra da periferia as informantes responderam que essas mulheres, sendo mais jovens ou mais velhas, procuram estudar, melhorar de vida, financeiramente falando, e andar bem arrumadas. O argumento foi de que, quanto mais ela demonstrarem para a sociedade educação formal, prosperidade e aparência asseada e arrumada, menos discriminação racial elas sofrerão.

“Eu acho que as mulheres negras aqui se cuidam bem, procuram se vestir melhor, ter uma aparência melhor. Melhorar a aparência ajuda muito! Conta muito no jeito em que a pessoa é tratada. Vê você bem vestidinha, arrumadinha, limpinha, sua bolsinha do lado... ela procura estudar para melhorar... Eu tiro pela minha neta, ela de manhã me pergunta: - Vó, eu to bem?” Ai ela arruma de um lado e olha a calça, e olha a blusa e se arruma, por que? Ela é negrinha, mais escura ainda do que eu, bem negrinha. Então, ela quer caprichar no visual. Eu falo: - Você estuda para isso, minha, filha, capriche! E ela ainda quer estudar mais, para completar, para melhorar o visual da negra. Ela e o esposo, ela ainda é mais escura do que ele. Espero que eles melhorem cada vez mais eles procurem se arrumar melhor. Eu dou conselho para eles: se vistam bem, trabalhem para ver se um dia alguém dá valor para a gente, os escurinhos. Para o meu filho eu falo a mesma coisa” (I12).

“A gente tem sempre que estar um passo à frente, a gente tem que estar sempre provando que a gente é capaz, que a gente pode e que, se aquela moça com uma aparência melhor tem direito a vaga de emprego, eu também tenho, por que eu sou capacitada. Então, a gente se respalda do que for possível. No mercado de trabalho, a gente sabe que tem que estudar mais, a gente mesmo vai percebendo as coisas. Então, eu não sou uma pessoa de aparência bonita, então, a gente sabe que tem que a se esforçar um pouquinho mais, as pessoas têm que ter qualidades, já que eu não tenho em algum sentido eu tenho que buscar, conhecimento é a palavra-chave, informação, o estudo, e isso abre portas. Eu estou atrás disso sempre, ter mais escolaridade. Desde nova, tinha curso, eu me candidatava, ia fazer, atravessava a cidade para buscar isso. Até por questão social para mudar o nosso estilo de vida, porque a gente sabe que a através do ensino que a gente consegue” (I2).

5.3.3.1.1.2.4 Não se agrada de apelidos racistas

As mulheres referiram se incomodar quando observam outras pessoas chamando os negros por apelidos racistas.

“A gente sempre escuta algumas brincadeiras na rua, chamando as pessoas de preto e de macaco. Eu sei que eles levam na brincadeira, mas as pessoas que estão escutando de fora se incomodam. Eu me incomodo com esse tipo de brincadeira” (I10, I17, I14, I19).

“Como te falei só não gosto desse negocinho de um chama pelo nome e o outro pelo apelido porque a pessoa é negra, não acho legal isso acho muito feio. Tem que chamar os dois pelo nome” (I14).

5.3.3.1.1.2.4.5 Diferenças intergeracionais com relação ao posicionamento diante de situações de eventual discriminação racial

Observou-se certa tendência das mulheres com mais idade e menor escolaridade, de se preservarem contra a discriminação racial, evitando espaços que consideram potencialmente arriscados, aqueles com predominância de pessoas brancas e favorecidas socioeconomicamente. Entretanto, houve uma tendência inversa em relação às mais jovens.

“Talvez, por isso que eu nunca tenha sido discriminada porque eu sei até onde eu posso ir. Por que eu tenho receio de ser discriminada. “Não é um lugar para mim”. Shopping, por exemplo, eu não sou muito de ir por que você olha assim e vê o nível dos shoppings, principalmente, esses mais chiques. Eu fico me perguntando, eu não vou comprar nada, eu vou lá para quê? Então, eu evito. Talvez, esse seja um racismo da minha parte, entendeu?” (I1).

“Eu que sou de outra geração, eu já não tenho muito esse problema em dizer: - Não vou entrar nesse lugar aqui, eu vou me preservar. Eu já gosto de testar, é pelo contrário. Se existe o espaço para estar sendo frequentado, eu vou.. Mas a gente percebe que tem essas coisas, por incrível que pareça, o tempo passou, as gerações mudaram, mas têm muito preconceito enrustido ainda e é só nessas situações que a gente percebe. Mas, eu vou levando, eu não me prejudico com isso, eu não me sinto mal por isso” (I2).

5.3.3.1.1.3 Relatos de resistência, resiliência e superação

Houve repetidos relatos de resistência, resiliência e superação perante as dificuldades impostas pelo território, pobreza, precariedade dos serviços públicos e discriminação racial ao longo da história de vida das informantes.

“A vida que eu tenho hoje com o meu marido e minhas filhas para mim é uma superação! Namorei, noivei e casei em 4 meses e estou há 21 anos casada. Hoje ela (mãe) não pode dizer nada de mim, de minha irmã ou de meus irmãos, foi superação em cima de superação. Aqui o local é meu. Eu nunca tive uma casa que era só minha, mas agora eu tenho. No bairro está faltando mais médicos e eles tem que se preocupar com a gente, pois pobre também adoece, na verdade é quem mais fica doente” (I18).

“Minha mãe é bem mais escura do que eu e meu pai é branco... Eu tive uma vida muito difícil, mas a família que eu tenho hoje é porque eu tracei a minha vida, se eu fosse depender do meu pai e da minha mãe as coisas não seriam do jeito que são. Por isso, eu tenho estou muito orgulhosa de mim mesma graças a Deus. O que os meus pais fizeram não me agradou, pois ocorria violência, bebida e briga. Meu pai não batia na gente porque a gente corria, mas ele dava muito tiro dentro de casa que, só não vinha em cima da gente, porque ele tinha a mira muito ruim. Isso fazia com que a gente dormisse muito na rua e no meio do mato. Eu não aprendi muita coisa na escola

por causa disso, imagina você, dormindo no meio do mato e os bichos te picando a noite inteira? Havia muita bebedeira e minha mãe aceitou muita coisa que não deveria ter aceitado e como mulher eu não aceitaria, pois primeiro vem os meus filhos. A minha mãe tinha medo, em todos esses anos ela nunca estudou, ela é analfabeta ela tinha medo de enfrentar a realidade e, por isso, passava tudo aquilo e a gente sofreu com isso. Se fosse pela a vida que eu tive e pelo meu pai oferecendo a gente a outros homens... pois, como o filho tinha nascido negro, ele já não queria. Ele como pai achava que podia assediar a gente, apesar de ele nunca ter encostado em mim, era um assédio com palavras, gestos e obscenidades dentro de casa. Meu pai fazia certas coisas na cama e minha mãe presenciava e ele citava os nomes das filhas e minha mãe ficava quieta, passei por tudo isso” (I18).

“Minha história é uma história de persistência e luta. Saí da minha cidadezinha em MG ainda adolescente, uma menina, para vir aqui para SP trabalhar em casa de família. Sofri muito por ter que me separar da minha mãe e da minha família tão cedo, mas, além de ser o único jeito de estudar para além da 5ª série, eu precisava ajudar os meus pais. Aqui consegui estudar, fazer curso técnico e depois trabalho com carteira assinada. Tem mais ou menos um mês que larguei o segundo emprego. Trabalhei durante 20 anos em dois empregos, eu ficava 36 horas no ar, direto. Mas hoje tenho casa própria, carro, posso dar um futuro melhor para os meus filhos e como o que eu quis” (I20).

5.3.3.1.1.3.1 A fé e a força interiores atribuídos como “combustíveis” para a superação

A fé e a força interiores foram atribuídas como “combustíveis” para a superação de todas as dificuldades. Os trechos das narrativas que exemplificam isso encontram-se no capítulo: “Apego à fé e a religiosidade”

5.3.3.1.1.4 A metáfora da “Muralha (In)visível”

A “Muralha (In)visível” é uma metáfora relativa à dificuldade em se transpor as barreiras para acessar os recursos públicos e privados de qualidade. Sempre que alguém fica doente e não é possível

resolver o problema em casa, é necessário transpor essa barreira. A “Muralha (In)visível” é representada: pela ponte e pela estrada ruim que dão acesso ao bairro; pelo isolamento territorial; pela má qualidade dos serviços de saúde e pelas discriminações relacionadas: à idade, ao gênero, à situação econômica e à raça/cor.

“Nesse bairro tem poucos restaurantes e são muito simples. Mas, mesmo que fosse aqui no bairro, talvez, eu não sofresse nada. Eu me refiro aos que têm em Moema, nos Jardins, entendeu? Para não sofrer à toa, prefiro não frequentar esses lugares. É mais ou menos isso, apenas isso” (I1).

5.3.3.1.2 Racismo Institucional

5.3.3.1.2.1.1 O Racismo velado nos serviços de saúde - discriminação racial

No primeiro momento em que a pergunta sobre discriminação racial foi feita, as mulheres, no geral, relataram não ter sofrido ou nunca ter percebido que, em determinadas situações, de atendimento ruim, ou de negligência, tivessem tido relação com discriminação racial.

“Eu nunca percebi ninguém me tratar diferente por eu ser negra, por ter a pele mais escura” (I1, I9, I16).

Eu nunca percebi nada de diferente, graças a Deus. “Meu irmão foi muito bem tratado no hospital que ficou e com pessoas de várias cores de pele diferentes” (I1).

“(...) Faltou orientação e melhor atendimento, tanto no convênio, quanto no hospital público. Eu não acho que esse processo todo que eu passei não tinha a ver com o fato de eu ser negra... pode ser que esse fato ajude, mas eu ainda acho que era negligência deles, talvez preguiça de atender ou... a cor pode ser que ajudou, mas eu não vi isso. Não sei se é porque eu estava muito nervosa para conseguir perceber coisas assim, pode ser também...” (I3).

No entanto, as informantes foram aos poucos se lembrando de várias situações vivenciadas por elas, familiares ou conhecidos, tanto nos serviços de saúde como em outras instituições.

Nos serviços de saúde o racismo ocorreu de forma velada e, sendo assim, difícil de ser comprovado. A diferença de tratamento entre elas, negras, e outras pessoas, mulheres ou homens não negros foram representadas em suas falas que podem ser resumidas pela frase: elas perceberam diferença de tratamento, em relação aos brancos, não verbalmente declarado, porém, subjetivamente percebido.

“Você chega às 10h, tem consulta marcada para às 10h, tem gente que está marcado para às 11h, chega às 10h e é atendido na sua frente. Aí você já consegue perceber, é porque ela é branquinha, será que é por isso? Aí você se pergunta, não julga, mas pergunta... a gente sente, muitas coisas que a gente pega no ar” (I3, I17, I19).

“Já aconteceu de eu estar com o meu marido e o médico dar consulta para o ele e eu ficar lá. Aí eu fiquei lendo ficha, e ele me perguntou: - Por que você está lendo ficha? Eu disse: - Eu estou olhando para ver se o meu nome está correto porque a consulta é minha e você está consultando a ele! Entenderam essas coisas? Porque ele estaria passando mal e não eu, entendeu? Porque se reportar a ele e não a mim? Sabe esse tipo de coisa? Eu acho que pode ter sido uma situação discriminatória. E eu fico revoltada, ele pode chegar de maca e não toma nenhuma injeção, enquanto eu, saio com no mínimo umas três” (I4).

“Eu acho que tem lugares que os tratamentos são diferentes sim, por causa da cor da pele (...) as pessoas olham diferente, mas eles não falam nada porque se falar agora dá denúncia e pronto. Então, só olham, mas acho que as pessoas pensam e sentem que o outro é negro e pobre” (I13).

5.3.3.1.2.1.2 Discriminação devido à condição econômica

Além da questão da raça/etnia, as informantes relataram também perceber diferença de tratamento pelo fato de serem pobres. A aparência física, segundo elas, também interfere na forma em que a pessoa será atendida.

“Eu o acho que já fui atendida diferente por ser negra, mas não só por ser negra, também por uma questão financeira” (I4).

“Eu acho que a diferença, por exemplo, no jeito de falar, no atendimento, se você está bem arrumado ou vê que

você tem dinheiro, é óbvio que o atendimento vai ser bem melhor, e bem mais rápido” (I3).

“Já sofri preconceito em posto de saúde, às vezes, há diferença. Fui marcar uma consulta e estava na fila, mas a moça que estava na nossa frente marcou a mesma consulta que eu precisava com dois meses de antecedência em relação a minha, pode ter sido porque a moça não foi com a minha cara ou qualquer outra coisa. A cor de pele da moça era branca, acredito que a consulta dela foi marcada antes por questão de aparência e de cor” (I18).

5.3.3.1.2.1.3 Preconceito Racial

Três informantes relataram situações constrangedoras de racismo sofridas devido ao fato de seus filhos terem pele mais clara do que a delas. Elas têm cônjuges de pele branca e, conseqüentemente, filhos de peles mais claras que a suas.

“Teve uma vez que eu fui levar meu segundo filho na consulta médica. A médica falava: - Mãe coloca essa criancinha para tomar sol, pois ele tá muito clarinho! Então, eu ficava com ele lá torrando no sol, então levei em outra consulta e a médica falou: - Mãe, mas ele não tá tomando sol, ele precisa tomar sol, põe ele para tomar um solzinho assim de manhã! - Mas doutora ele coloco ele até meio dia! Ai eu parei assim e falei. - Doutora o pai dele é branco, e ela falou então não precisa mais ele tomar sol. Ela vinha há três meses me prevenindo para ele tomar sol, será que tem alguma coisa a ver? O pai dele é branco ela mandou o menino parar de tomar sol. Ele não precisava mais tomar sol?” (I14).

“Minha filha nasceu loira, mas a família do meu marido é de pessoas loiras. Lá no hospital tinha uma moça. No caso, a filha da mulher tinha nascido com o cabelo escuro e ainda a avó e o avô daquela criança eram loiros, eles não se conformavam. Quando fui retirar meu bebê, elas me deram outra menina no lugar, na hora percebi que não era minha filha, pois já tinha ficado com ela antes para amamentar e também percebi pela pulseirinha. Então, falei para enfermeira que aquela não era minha filha e ela falou: - Você está negando a sua raça por quê? Eu falei que não estava negando a minha raça, só que a criança não era minha, disse para ela novamente que não estava e que minha filha é a 727 e essa criança é a 726. Quando ela viu que eu estava certa ela foi lá e pediu para eu abafar o caso. Esse casal, mais o casal de avós ficou à distância só olhando. Isso foi um dos maiores preconceitos que eu passei na minha vida e foi dentro de um hospital! Essa enfermeira tinha a pele clara, ela era japonesa” (I18).

“Na primeira consulta que eu levei a minha filha o segurança veio atrás achando que ela não era minha, pois ela era muito loirinha quando nasceu” (I18).

5.3.3.1.2.2 Racismo institucional e ameaça de violência

O medo de ser mal tratada ou mal atendida pelos profissionais de saúde faz com que as mulheres tomem algumas medidas preventivas com a finalidade de reduzir os fatores que podem aumentar a chance de serem discriminadas e até mesmo agredidas verbal ou fisicamente. Essas medidas concentram-se, predominantemente, em cuidados com a higiene pessoal, aparência física e manter-se calada, mesmo em situação de dor ou sofrimento. Essas crenças e práticas são passadas de geração em geração, principalmente, de mãe para filha.

“(Antes de ir ao médico)... Porque às vezes você já é preto, aí você vai e passa... eu tomo um banho, faço uma depilação, talvez assim também te ajude a não sofrer esse preconceito. Eu faço um cuidado geral, raspo todos os pêlos, tomo banho, me cuido” (I3).

“Até porque a minha mãe sempre me preparava em casa, eu falava: “Não adianta ficar chorando lá não, porque eles vão te abandonar, eles vão te deixar lá na marca”... Então, toda essa pressão, eu procurei ao máximo possível fazer com que eles não brigassem comigo, ou ficassem com certos tipos de preconceito, foi normal, só na hora de depilar a gente que elas machucam muito, eu não sei se é preguiça, se é normal, coisa de hospital...” (I3).

“Às vezes você tem que fazer um exame a pessoa te olha muito. Essa é a minha visão de que a pessoa fica olhando para ver se você está arrumada ou se tomou banho, ou seja, se você está um pouquinho ajeitada. Nunca fui desarrumada para mim ir ao hospital é igual a ir visitar uma pessoa que eu amo, por isso tenho que estar arrumada e limpinha” (I7, I8, I12, I18).

5.3.3.1.2.3 O racismo institucional em outros serviços que não de saúde

Muitas informantes relataram situações de discriminação racial sofridas ou testemunhadas em ambientes diversos, principalmente em ambientes de trabalho por onde já passaram.

5.3.3.1.2.3.1 Racismo velado no ambiente de trabalho

Na próxima fala a informante relata situações discriminatórias no trabalho como ACS no bairro onde mora, demonstrando que houve diferença de tratamento, na casa de pessoas de pele branca, comparando os momentos em que passava em visita sozinha e quando estava com colegas, médicos ou da enfermagem, de pele branca.

“Exatamente, em casa de branco. Você tinha uma certa restrição para entrar, que atendia de qualquer forma. Aí quando você estava com uma auxiliar o médico a recepção já era um pouco diferente... - Ah, não dá estou com pressa, estou limpando a casa. A casa limpa, está tudo certo, e pede desculpas. Ai, quando a gente vai com uma outra colega ou com um ou outro profissional, é recebido de outra forma. A gente entende que o problema é pessoal, não é profissional. A gente vê essa diferença, mas em boa parte a gente é bem recebida, porque a gente mora aqui há muito tempo, desde criança” (I2).

Há relatos demonstrando discriminação racial sofrida no trabalho em casas de família.

“Ah... você via diferenças, separava pratos, copos, colher... eu via isso, eu percebia. Acho que isso tinha a ver com a minha cor de pele e pelo fato de eu ter vindo do interior, acho que foi pelas duas coisas, lembro como se fosse hoje. Eu sofria muito com isso também. Só que eu precisava trabalhar e de ajudar os meus pais, com 12 anos de idade. Aí eu parei de estudar. Eu voltei e terminei agora há pouco tempo, mas foi bem difícil” (I3).

A próxima informante considera que havia uma implicância injustificada por parte de sua chefia no trabalho. Ela excluiu outros motivos e concluiu que poderia ser somente pelo fato de ser negra.

“Em serviço eu já sofri perseguição. A gente percebia que a mulher ela não gostava de negro mesmo. Ela perseguia a encarregada lá e eu também por causa da nossa cor, a gente percebia. Tudo o que a gente fazia era motivo de implicância, mas nunca foi declarado, nunca chegou a dizer: - Ah, sua negra! Mas, a gente via que tinha aquela implicância, tudo que você fazia não estava bom, mas se a outra pessoa de pele clara fizesse, estava ótimo! Você percebia que estava fazendo o seu melhor de ela nunca reconhecia, outras pessoas que você via que não faziam nada, ela dizia: "Fulano trabalha bem!" (I10).

Por vezes, a informante tem dificuldade em distinguir se a situação que passou se configurou ou não como racialmente discriminatória, porém, só o fato de ter lembrado e relatado, quando essa pergunta foi feita, demonstra desconfiança de que tenha sido.

“Eu já trabalhei em casas, aqui em São Paulo mesmo, que eu não passava de uma porta para o outra, o meu lugar era na cozinha. Eu era cozinheira eu não passava daquela porta para cá. Para cá tinha a arrumadeira que arrumava tudo o meu negócio era da cozinha para lá. A minha patroa era branca e a arrumadeira também, mas eu nunca tomei isso como racismo. Por isso é que eu falo é muito difícil falar que sofreu racismo direto por que eu nunca percebi que fosse” (I1).

5.3.3.1.2.4 Racismo velado em processo seletivo para emprego

Nas próximas falas as informantes lembram a discriminação racial sofrida em um processo seletivo para emprego, quando foram preteridas em relação a outras pessoas de pelo branca.

“Um dia fui arrumar serviço ali perto da Globo, me indicaram que estava precisando de gente para auxiliar na cozinha. A minha filha já disse: - E mãe, é meio difícil, só tem gente branca. Ai ela contou no dedo e disse: - Vocês passaram no teste, o resto não. Ai eu falei: - É preconceito moça? Todas as outras que foram contadas nos dedos, e que passaram, eram brancas e ficaram trabalhando lá. Ai a moça disse: - Não, aqui a gente não tem preconceito de cor e nem por idade. Ai eu falei: - Imagina se tivesse?! Veio se desculpar e dizer que não tinha nada a ver. Mas,

a gente viu que ela tirou da fila, não era só eu, tinha outras pessoas negras na fila e nenhuma foi escolhida, só as branquinhas” (I12).

“Uma vez eu fui numa loja procurar emprego, a mulher olhou para mim e não respondeu nada, virou as coisas e saiu. A moça do lado também ficou sem entender. Eu acho que foi por causa da minha cor” (I19).

5.3.3.1.2.5 Racismo declarado (direto) em ambiente de trabalho

Duas participantes deste estudo eram irmãs e os relatos a seguir referem-se a mesma situação, pois estavam juntas nesse dia. Elas trabalhavam no mesmo centro comercial em lojas vizinhas. O último relato é de uma técnica de enfermagem que referiu já ter ouvido pacientes verbalizarem muitas vezes algumas coisas negativas sobre sua cor.

“A minha irmã trabalhava numa loja e eu trabalhava na loja ao lado. A chefe dela acusou ela de roubo e disse: - É por isso que vocês são assim, e fez assim (gesticulou, mostrando o dedo indicador de uma mão, esfregando sobre o dorso da outra mão), por isso que você está assim, eu moro aqui na Berrini, e vocês? Tipo assim, ela morava em bairro nobre... e eu estava junto com a minha irmã. Me chamou de caipira e para a minha irmã fez assim (gesticulou da mesma forma), querendo dizer, tipo, sobre a nossa cor. - Eu moro aqui, na Berrini, e vocês moram aonde, mora no interior, ou mora...? Entendi que ela queria dizer sobre a cidade que a gente morou, pelo que eu entendi pela cor da gente. Foi a uma situação de racismo direto, a minha irmã já processou, está correndo atrás” (I3).

“Trabalhei lá por dois e sai recentemente. A dona me acusou de roubo. E falou para mim: - Olha a cor que você é e onde você mora! Me senti muito humilhada tinha clientes na hora dentro da loja. Fiquei muito nervosa. Fiquei sem palavras sem ter como me defender, me magoou muito a noite eu fico lembrando, a gente trabalha para os outros fazendo de um tudo para você e para aquele que você trabalha... Eu abria e fechava a loja eu considero que trabalhava bem” (I17).

“Já ouvi, mais de uma vez, paciente dizer: - Só podia ser preta mesmo!” Todas as vezes que isso aconteceu foi nos meus empregos públicos, no particular, não. Se eles pensam, não falam. Acho que é porque eles têm um nível de instrução maior e sabem que racismo é crime e dá até cadeia. Antes eu era agressiva, retrucava. Hoje em dia, eu deixo para lá” (I20).

5.3.3.1.2.6 Discriminação racial lojas e outros estabelecimentos

Houve vários relatos de discriminação racial sofrida em lojas, supermercados e outros estabelecimentos comerciais, causando constrangimento às informantes.

“Ela falou o preço e eu disse: - Mas eu quero essa. E uma vendedora olhando sempre uma para outra, tipo: - Ela não vai ter dinheiro para comprar a jaqueta. Nesse dia eu cheguei em casa e falei com a minha filha que eu me senti muito constrangida. Porque eu era negra eu tinha condições de comprar a jaqueta?” (I13).

“Às vezes a gente sente até mesmo no supermercado se você entrar de chinelo e camiseta e como se você estivesse entrando para roubar. O bandido pode entrar de social, mas ele não vai ser visto como se estivesse indo para roubar, já a mulher com chinelo, negra e mal vestida, as vezes nem mal vestida, porque nunca me vi mal vestida. Os seguranças andam atrás como se eu fosse roubar (...) me sinto constrangida” (I18).

“Discriminação tem demais! Esses dias eu fui carregar o bilhete único. A moça do caixa ficou parada olhando para a minha cara e acabou chamando o rapaz que estava atrás de mim. Eu peguei e falei para ela: - Mas, eu estou na frente moça! Ela falou: - Da licença que eu vou atender ele. Ela era branca e o rapaz também. Ela atendeu o rapaz e quando não tinha mais ninguém atrás de mim, foi que ela veio me atender. Arrumei uma briga só! O segurança do terminal veio e perguntou o que estava acontecendo. – Essa menina veio me tirar de negra! Isso é um absurdo, gente! Eu comecei a chorar, foi aquele fuzuê todo. Me senti muito mal. Racismo faz a pessoa se sentir mal” (I19).

5.3.3.1.2.7 Discriminação racial sofridas pelos filhos nas escolas

Exemplo de discriminação racial sofrida pelos filhos, tanto por parte da professora, quanto por parte de colegas da escola.

“Já aconteceu com o meu filho na escola, da professora dizer: - Tudo é aquele negrinho. Aí um dia eu fui lá e perguntei: Por que neguinho? Aí ela: - Não, mas não é bem assim... É porque das outras crianças que estão zoando com ele por causa disso, porque você está discriminando o meu filho, algum problema? Depois dessa conversa, parou. Eu fui lá e resolvi o problema conversando com ela, ela implicava demais com ele” (I10).

“Na escola da minha filha, tem um dos menininhos que ficam xingando ela de gorda, de cabelo duro e de neguinha. Em casa a gente prepara muito ela, eu o meu marido. A gente fala para ela não ter vergonha da cor dela, nós conversamos muito com ela, a avó dela também. Ensino para ela a usar esse ditado: “O que vem de baixo não me atinge”. Eu sempre falo isso para não arrumar briga. Mas tem dia que ela fica chateada quando ela vai para a escola de alguém xinga ela, mas ela já está sabendo se defender” (I3)

5.3.3.1.3 Seguranças, guardas, vigilantes negros e policiais

Houve vários relatos de situações de discriminação racial cometida por seguranças, guardas e vigilantes negros, sendo um fato percebido e criticado pelas informantes. As reclamações predominam com relação a guardas de bancos.

“Eu percebo isso na carne, em tudo, com certeza. Em banco, em posto, geral. Mas, no banco é pior. Acho que no hospital a diferença é menor do que num banco, se você não é branca o guarda barra com mais frequência, ele talvez, os próprios negros mesmo fazem isso. Desconfiam da gente como se fôssemos um possível perigo. Todo mundo que frequenta banco acho que vai falar para a senhora a mesma coisa. Não só o banco tem loja também. Na sequência de funcionários desde o porteiro até o médico eu sinto que a discriminação é maior por parte do porteiro, você mostra tudo que tem e eles ainda desconfiam de você” (I3).

“Eu fui para o banco com ele e ele é bem negrinho, e eu pedi que ele entrasse comigo. Mas o segurança falou que ele não poderia entrar. Ai eu perguntei: - Por que ele é negro? Negro não entra, não come, não bebe, não faz nada? Ai o meu sobrinho pediu para eu não brigar, que ele ficava do lado de fora ai eu disse: - Não, você vai entrar comigo, você veio comigo! Tem horas que eu fico descontrolada quando eu vejo as coisas erradas, principalmente com isso ai” (I12).

“É igual polícia na rua... eu brigo com eles... eu tinha um barzinho... eles entraram, passaram por todo o mundo e vem por a arma em cima do meu genro? Só tinha eu e ele de negro no balcão, passou por todo o mundo e veio apontar a arma para a gente. Ai eu falei um monte. O meu marido fala para eu pegar leve e não falar assim com policiais. A gente sente na pele... (I12).

5.3.3.1.4 Graduação ascendente de racismo institucional conforme o tom de pele

Houve uma percepção de graduação ascendente na forma em que se é tratado, tanto nas instituições de saúde quanto nas instituições em geral. Segundo o relato das informantes e as percepções da OP, chegou-se à seguinte sequência de graduação de racismo nas instituições:

- 1) Ninguém é tão bem atendido quanto um homem branco, aparentando ser bem sucedido, financeiramente falando;
- 2) A mulher branca aparentando ser bem sucedida, financeiramente falando, é a segunda melhor tratada;
- 3) O homem negro, aparentando ser bem sucedido financeiramente falando, ainda que isto seja representado apenas pelo fato de portar uma chave de carro nas mãos quando se apresenta nos lugares para ser atendido;
- 4) O homem branco pobre;
- 5) A mulher branca pobre;
- 6) O homem negro pobre só não é o mais mal tratado por aparentar ser potencialmente perigoso e ameaçador;
- 7) A mulher negra de pele clara;
- 8) A mulher negra retinta é a que recebe o pior atendimento em qualquer lugar.

“Tem um grau... que nem o branco ninguém é atendido” (I12).

“Eu percebo que uma pessoa negra pobre é mais mal tratada. Se for negro com a chave de um carro é tratado um pouco melhor, mas também nunca é tratado como um branco é” (I12).

“Acho que educação é importante, mas entre um preto e um branco, os dois com pouco estudo, o preto é tratado pior bem pior do que o branco. E, entre o preto mais claro e o preto mais escuro, o mais escuro é muito mais mal tratado. Com a mulher preta mais escura é a mesma

coisa, ela é mais mal tratada em relação a branca na mesma condição econômica e educacional” (I7, I8).

Algumas informantes negras de pele clara referiram não serem consideradas negras pelas pessoas em geral, sendo assim, têm uma percepção de menor discriminação racial em suas vidas. Reiteraram que já testemunharam situações em que mulheres de pele mais escura foram mais mal tratadas pelos próprios usuários e também pelos funcionários nos serviços de saúde.

“Nunca percebi diferença de tratamento por ser negra. Até porque as pessoas não me trazem como negra, elas me trazem como morena. Mas eu já vi pessoas falarem muito mal de pessoas mais escuras do que eu, por exemplo: - Essa nega veio lá da casa do capeta!” (I11).

“No posto eu já vi uma mulher bem preta, bem humilde... e quando levanta dali, as outras ficam comentando: “Puxa vida, além de ser preta, não anda bem arrumadinha.” isso aí eu já ouvi muito. Mas, e isso foi por parte das pessoas que estavam esperando atendimento também” (I11).

5.3.3.1.5 Diversidade étnica entre funcionários e a percepção de racismo nas instituições

A diversidade étnica entre funcionários dos serviços acessados, de saúde ou não, diminuiu a percepção de racismo institucional entre as mulheres entrevistadas.

“Nunca senti discriminação racial no posto até porque tem bastante negro entre os funcionários” (I2, I3, I4, I7, I8, I15).

“Mas, na cidade onde eu morei, no interior de São Paulo, sim, lá eu me sentia muito discriminada. Lá é difícil você ver um negro trabalhando na saúde” (I15).

A diversidade étnica entre os vizinhos de bairro também diminuiu a percepção de discriminação racial entre as informantes. Ser negro na periferia onde quase todo o mundo é negro ou mestiço deixa as pessoas mais confortáveis e referem muito menos situações de racialmente discriminatórias.

“Acho que é por essa questão social e do local. Na periferia, a gente aqui é mais humilde não tem tanto isso, talvez, se a gente fosse família de dentro do meio social

mais elevado, talvez, sentisse mais diferença. Normalmente, todo mundo é o mestiço, negro” (I2).

Houve um relato de que, na área da saúde é muito pouco frequente observarem-se pessoas de pele negra entre os funcionários, ao contrário da educação.

“Nós temos poucos negros na área da saúde, não me lembro de ser atendida por um médico negro, mas já fui atendida por um Chileno... Enfermeiros também há poucos, mas é onde se consegue ver pessoas de cor é na enfermagem. Agora médico, eu não me lembro. Entre professor há todas as raças” (I7).

5.3.3.1.6 Práticas de autodefesa relacionadas a condição de ser negro e desfavorecido

Percepção de que pessoas de peles mais escuras e mais desfavorecidas, socioeconomicamente falando, tratam mal as pessoas que os atendem, em contrapartida, são mais mal tratadas. No entanto, esse fato é atribuído à somatória de condicionantes de desfavorecimentos sociais, econômicos e demográficos, que imputam uma carga física e psicológica pesada, sobre esses negros mais escuros, a ponto de os encorajar. Ou seja, essas cargas fazem com eles se coloquem numa posição de defesa, e vistam uma couraça protetora que os fazem se comportar de tal maneira (antes de serem mais mal tratados, tratam mal as pessoas que os atendem, antecipadamente).

“Se eu trato bem serei tratada bem e, nesse caso, eu já vi muito preconceito também com pessoas brancas, mas é lógico que o negro sofre mais, principalmente, quando ele é analfabeto e esse preconceito ele já traz com ele e assim acaba sofrendo o dobro”. (I7, I9, I13).

“A maioria é analfabeta, sem estudo nenhum e mal sabem assinar o nome. Então acho que nesse caso sofrem mais preconceito, pois elas já estão sendo rejeitadas pela sociedade, vivendo a margem de tudo e chegam com aquela história: moro na favela, sou pobre, porque é assim! Eu presenciei muito isso no meu trabalho antigo como técnica social e sempre falava: - Cuidado, pois a forma que a gente trata a gente é tratada!” (I7).

O comportamento de uma pessoa branca não é associado à cor de pele quando é hostilizado.

“Tem negros que não tem educação e já chegam fazendo barraco e isso já conta, aí já falam: - Olha a negra a barraqueira! Já pensam assim. Se a gente vai falar a gente leva o nome de negra barraqueira... Se uma branca fizer isso lava o nome de barraqueira, mas não o de negra” (I13).

5.3.3.1.6.1 Posicionamento de defesa das próprias informantes frente a uma eventual situação de discriminação racial

Os relatos das informantes demonstraram um forte posicionamento de defesa frente a possíveis situações discriminatórias nas instituições. Essa postura se manifestou de duas formas entre as entrevistadas. A primeira tratava-se evitar frequentar espaços de maioria branca e favorecida, com o sentido de se preservar e para se sentir menos discriminada, conforme já foi mencionado anteriormente e é reforçado aqui. No um relato a seguir, a informante declara que esse comportamento foi ensinado por seus pais.

“É um sentimento de se preservar. Se eu me colocar em um determinado ambiente, pode acontecer que, de repente, eu seja discriminada, mas como eu nunca atravessei daqui para lá, eu nunca senti nada. Talvez, isso venha comigo desde criança, porque eu fui criada assim: - Patrão é patrão e empregado é empregado! Não tinha estudo. Isso é devido ao fato de ser negro e ser pobre... É uma coisa que vem desde criança, não se mistura. - Você está aqui para fazer isso, e isso, é isso, esse é o seu trabalho!” (I1).

A segunda maneira de se posicionar frente a possíveis situações de discriminação racial foi demonstrando conhecimento da legislação antirracista brasileira e da prontidão para acionar seus direitos humanos (e/ou civis), judicialmente, caso fosse necessário. Um tom com agressividade verbal foi observado, na maioria das vezes. Além disso, verbalizou-se, inclusive, ameaça de agressão física caso isso ocorresse algum dia.

“(...) Se vier, o barraco está feito, eu tenho o pavio muito curto, eu conheço os meus direitos!” (I7).

“(...) No momento da discussão, se eu entendesse que era racismo... Poderia dar uns bons tapas te juro por Deus! Na hora você acaba perdendo a paciência, porque ninguém é de ferro. Racismo é crime. Tem branco que é preconceituoso, existe muito disso hoje ainda” (I14).

5.4 TEMA CULTURAL: SEM OUTRA SAÍDA – SOMOS OBRIGADAS A ENFRENTAR OBSTÁCULOS E BUSCAR ASSISTÊNCIA MÉDICA PORQUE OS REMÉDIOS CASEIROS NÃO DERAM CERTO E O PROBLEMA DE SAÚDE É GRAVE

Este TC evidencia a existência de uma muralha (in)visível que se coloca entre as informantes e os serviços de saúde. Tal muralha é representada pelas dificuldades de transporte, a longa distância a se percorrer para chegar nas instituições de saúde, as discriminações sofridas, a necessidade de passar, obrigatoriamente, pela ponte que separa o bairro da cidade, e a estrada, que sempre se encontra em péssimas condições de tráfego.

Apesar dessas barreiras, elas realizam o constante esforço de ultrapassá-las para acessar os serviços de saúde, principalmente quando suas possibilidades terapêuticas no âmbito doméstico e comunitário se esgotam. No entanto, as informantes acabam se deparando com a má qualidade na prestação dos serviços, discriminação social e racial.

A figura a seguir é uma abstração gráfica que procura sumarizar as narrativas das informantes, a partir dos três DC's, compondo o TC.

Figura 5 TC - Sem outra saída – somos obrigadas a enfrentar obstáculos e buscar assistência médica porque os remédios caseiros não deram certo e o problema de saúde é grave.

Figura criada pela autora.

As informantes relataram que, quando não observavam melhoras nos sintomas mediante uso dos recursos caseiros e/ou comunitários de cuidado e cura, elas decidiam pela busca dos serviços de saúde institucionalizados. Porém, nesse processo se deparavam com diversas barreiras. Surgiu, portanto a metáfora da “Muralha (In)visível” que representa as barreiras que as mulheres precisavam transpor para conseguir assistência médica institucionalizada. Essas barreiras eram representadas pela ponte e pela estrada ruim que dão acesso ao bairro, o isolamento territorial, a má qualidade dos serviços de saúde, e as discriminações que sofriam quanto à idade, relações de gênero, situação econômica, raça e cor negra.

“Quanto a outros tipos de problema mais sérios a gente procura o médico que nem no caso no ano passado eu tive um problema de entupimento de veia aí eu tive que fazer um cateterismo e também a uma angioplastia então esses tipos aí não tem jeito tem que procurar o médico (11).

“Não gosto muito daqui, só estou aqui por que aqui é meu (casa própria) se pudesse escolher, estaria longe daqui, acho que aqui é longe de tudo. Essa estradinha é uma muito ruim” (18).

“Aqui (esse bairro) para sair a dificuldade é muito grande, então se tiver que sair você morre, e esperar uma ambulância, então... A maior dificuldade é não ter um pronto socorro próximo. Os nossos meios de transporte são péssimos eu falo de estrada e de condução, se você tiver que sair daqui para um atendimento se você estiver morrendo, você morre, você não chega na pontinha porque não dá tempo” (17).

As dificuldades de transporte influenciavam de forma contundente, o processo decisório de busca por assistência profissional. A longa distância entre a residência e os equipamentos de saúde, que obrigava o uso de algum meio de transporte, foi referida como um grande obstáculo e motivava a decisão de não sair em busca de assistência à saúde nas instituições de assistência à saúde.

“Acho que aqui é longe de tudo (...) essa estradinha é uma tortura” (18, 120).

“O nosso único acesso de saída aqui é aquela ponte, de dá algum problema na ponte, por exemplo, uma batida de carro, ou se a ponte quebra e for preciso fechar a passagem... Para onde que a gente vai correr?” (I14).

“Eu particularmente não procuro muito médico, acho que onde moramos é um lugar muito esquecido por vários motivos” (I17).

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este trabalho insere-se na característica pós-moderna de desaparecimento de fronteiras nítidas entre as disciplinas do saber assim como acontece com os contornos da sociedade e na identidade resguardada. Portanto, os resultados serão discutidos na perspectiva do conjunto de determinantes socioculturais que influenciam a vida cotidiana das mulheres, informantes deste estudo.

Essas características aparecem nas narrativas das informantes, refletindo o período atual da sociedade brasileira onde antigas formas de ver o mundo, que sustentavam as ideias e as formas de agir e sentir, deixam de ser referência sem que outras novas tenham surgido e se solidificado. Nas palavras de Santos (1988):

“Vivemos num tempo atônito que ao debruçar-se sobre si próprio descobre que seus pés são um cruzamento de sombras, sombras que vem do passado que ora pensamos já não sermos, ora pensamos ainda não termos deixado de ser, sombras que vem do futuro que ora pensamos já ser, ora pensamos nunca virmos a ser”
(B. de S. Santos, 1988 - p. 46)

Essas contradições aparecem já quando estudamos o aspecto da territorialidade, como a distribuição da população negra pela cidade que se deu, não de forma planejada e espontânea, mas de acordo com pressões imobiliárias e históricas.

Setenta por cento da população negra brasileira vivia em favelas até o ano de 2003 (Paixão, 2003). Apesar de que nenhuma informante entrevistada residir em favela, várias delas referiram ser provenientes de uma. Pois, ao chegarem em São Paulo, nas décadas passadas, essa era a única forma de moradia possível, devido às suas condições econômicas. O bairro CI é de um lugar onde foi possível realizar o desejo de se adquirir um imóvel próprio e não precisar mais pagar aluguel ou viver em moradias muito precárias. Os terrenos foram adquiridos e as famílias foram construindo suas casas na região ao longo das últimas décadas.

Trata-se de uma região de mananciais, sendo assim, há várias restrições ambientais para a construção de alguns equipamentos sociais como postos de gasolina, por exemplo. Porém, houve um desenvolvimento rápido e desordenado da localidade devido à precária fiscalização da prefeitura e à existência de proprietários oportunistas de antigos lotes de terrenos. Não houve nenhum planejamento urbano e as habitações são quase totalmente autoconstruídas.

Isso é resultado do fenômeno de especulação imobiliária, que expulsou os menos favorecidos socioeconomicamente para as periferias da cidade e isso coincide com o grupo racial negro (Carril, 2006; Ramos, 2007), conforme demonstra o mapa número um.

Outro conceito que vai ao encontro dessa argumentação é o conceito de horizontalização da metrópole paulista. Isso ocorreu num processo nitidamente eugênico, sanitarista e discriminatório, em seu sentido geoespacial e racial. A elite branca, de origem europeia, se estabeleceu no centro ou nos bairros vizinhos ao centro, a partir da década de 50, restando aos negros e pobres se estabelecerem em regiões mais distantes da região central, em favelas ou em aglomerados repletos de precariedade sanitária, urbanística, e outros (Carril, 2006; Porto & Pivetta, 2009).

Nesse sentido, discute-se sobre a pobreza que é uma decorrência coletiva e produzida pelas relações políticas. A pobreza específica dos negros se explica pela persistência de políticas públicas contrárias à estabilidade social e à autonomia dos negros. Sendo assim, as políticas urbanas organizaram o país e as cidades em função das imigrações europeias, promoveram dinamismo da economia produzida por estes grupos étnicos (Cunha Jr, 2007). O mapa número um demonstra a maneira em que os brancos tiveram seu dinamismo econômico e social produzido em torno do centro da cidade, enquanto esse espaço foi negado aos negros, tendo que ficar confinados nas periferias sem planejamento urbano adequado,

emprego, enfim, diversos recursos os quais a sociedade dispõe, porém distribuídos de maneira desigual.

A partir dessa reflexão pode-se inferir que a “muralha (in)visível” mencionada como resultado deste trabalho se configura como uma barreira que as informantes encontram quando desejam acessar os recursos de assistência à saúde fora do bairro onde moram. Tratam-se de restrições impostas pelos meios de transporte, pela localização e pelas barreiras simbólicas. O bairro CI é um lugar marcado pela pouca intervenção de conhecimentos técnicos, pela ausência de políticas públicas específicas e direcionadas para a decisão autônoma dos moradores. Além disso, é uma área de comunicação restrita com as demais áreas urbanas (Cunha Jr, 2007).

Aqui temos uma típica contradição da sociedade pós-moderna, pois, apesar da ‘muralha (in)visível’ temos de frisar que o bairro estudado pertence a maior metrópole do país. Isso significa que possui áreas bastante desenvolvidas. Porém, as informantes possuem pouca interação com as regiões mais integradas ao processo de globalização, ou seja, não estão conectadas com as demais pessoas nas variadas formas de vida no espaço geográfico. Este isolamento parcial não reconhecido, provavelmente, influencia na forma como as informantes vêem o mundo e interpretam os equipamentos de saúde que procuram.

Por outro lado suas formas de tentar ‘evitar ir ao médico’, conforme o DC 1, estão baseadas em uma espécie de geografia da memória social, onde o passado fornece os meios para viver o presente, conforme Maffesoli (2007) “a consciência individual só existe em função de uma herança sociocultural que, de sua parte, é transindividual” (Maffesoli, 2007).

As dificuldades de acesso aos equipamentos de saúde não são apenas geográficas, mas também subjetivos e raciais, conforme será demonstrado adiante. Mas, é a interação desses fatores que torna o grupo das mulheres negras mais vulnerável.

O conceito de vulnerabilidade nasceu nos estudos sobre HIV/AIDS e, trata-se do movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos, tanto individuais, como também coletivos ou contextuais, acarretando em maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento. Adiciona-se a isso, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade avalia e articula três eixos interligados: 1) *Componente individual*, referindo-se à quantidade e qualidade de informações que o indivíduo dispõe e ao seu interesse em colocar essas informações em prática; 2) *Componente social*, referindo-se à obtenção de informações no sentido do acesso aos meios de comunicação, à escolarização, à disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, entre outros; 3) *Componente programático*, referindo-se ao grau de qualidade e compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e cuidado relativo a determinado acometimento. Para que os dois primeiros componentes se efetivem, é fundamental que esse terceiro disponibilizado (Ayres, 2009).

É nesse sentido que interessa destacar a vulnerabilidade a que a população negra está exposta nos territórios periféricos. Porto e Pivetta, (2012) articulam os conceitos de vulnerabilidade socioambiental e território. Os autores apontam que as vulnerabilidades socioambientais podem marcar territórios e populações em sua relação com riscos ambientais, intensificando ou agravando os processos saúde-doença das populações. Isso vai de encontro aos achados desse estudo que demonstrou haver condicionantes socioambientais e territoriais que caracterizam maior vulnerabilidade da população estudada relacionados à renda, gênero, faixa etária, escolaridade, território e raça/cor.

Esses conceitos importam para a saúde coletiva na medida em que evidencia e reconhece uma maior vulnerabilidade desses territórios, apontando direções aos gestores para o planejamento de políticas públicas aos territórios prioritários (Porto & Pivetta, 2009).

Os mesmos autores ainda argumentam que os movimentos sociais, políticos e culturais nesses territórios têm realizado e possuem grande potencial para realizarem mais debates e manifestações artísticas com crítica social através de rádios comunitárias, vídeos, literatura popular, *sítes* de Internet, muitas vezes com a participação de jovens universitários oriundos desses territórios, em espaços que permitem a valorização de identidades territoriais e busca por direitos. Reiteram que iniciativas voltadas para a construção de capacidades individuais e coletivas devem ser encorajadas, pois fortalecem as comunidades e as estimula a participar das decisões políticas e econômicas, promovendo a saúde das comunidades. Argumentam que tais estratégias, ferramentas e linguagens fazem parte de uma agenda promoção da saúde emancipatória (Porto & Pivetta, 2009).

Ainda que as estratégias e políticas públicas devam visar o fortalecimento comunitário, combatendo os aspectos das doenças determinadas socialmente, o itinerário terapêutico é definido pelo indivíduo. Porém, a escolha do itinerário não é feita de acordo com todas as possibilidades que a medicina oferece ou que se encontram disponíveis na sociedade, mas sim, entre aquelas que estão acessíveis, de acordo com suas possibilidades de transporte, distância, condições financeiras, etc.

Itinerário terapêutico (IT) é um conceito proposto por um antropólogo francês (Augé, 1986) e que pode ser definido como o caminho percorrido pelo indivíduo em busca de solução para os seus problemas de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos (Ferreira & Espírito Santo, 2012).

Em revisão sistemática sobre IT, Alves e Souza (1999), afirmam: pesquisas que utilizam o conceito de IT devem considerar

as representações simbólicas do processo saúde-doença do indivíduo (Alves & Souza, 1999). Além disso, devem considerar o fato de que o IT sofre influências diversas de variáveis psicológicas, situacionais, sociais, econômicas e outras, reiterando que a procura por cuidados é influenciada tanto pelas atitudes, valores e as ideologias quanto pelos perfis de doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (Ferreira & Espírito Santo, 2012).

A partir dessas considerações, faremos a relação com os resultados deste trabalho. Os itinerários terapêuticos percorridos pelas informantes deste estudo são nitidamente perceptíveis ao longo dos DC's 1 e 2. Pois, demonstram que, as moradoras do bairro CI, possuem um certo padrão de IT que é fortemente influenciado por fatores territoriais, socioeconômicos, simbólicos, facilidade ou não de acesso, renda e elementos culturais.

Fatores estes que na pós-modernidade se encontram em transição, criando, muitas vezes, mais dificuldade para as informantes estabelecerem seu IT e para o pesquisador identificá-lo. Esse contexto complexo e de transição, contraditoriamente, exige perguntas simples que podem trazer maiores informações do que tentar utilizar uma ferramenta mais complexa de estudo. Pois, como é colocado por Santos (1988):

“Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e percorrer, é necessário voltar às coisas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer, mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade” (B. de S. Santos, 1988).

Ao longo do DC 1 (*“Faço o máximo para não ir ao médico, cuido da saúde do jeito que posso para evitar ficar doente”*) observou-se um grande esforço na tentativa de resolver o problema de saúde no âmbito doméstico e/ou comunitário, lançando mão do uso de: chás, ervas e xaropes caseiros; medicamentos prescritos ou não por médicos; práticas de prevenção e promoção de saúde; e, práticas religiosas. A decisão de ir em busca de atendimento profissional

ocorreu somente quando as possibilidades terapêuticas no âmbito doméstico e/ou comunitário se esgotaram. É nesse momento que se inicia o enfrentamento de dificuldades relacionadas ao transporte, pois, em grande parte das vezes, dependem de terceiros para fazê-lo, tendo em vista que, apesar de possuírem carro, não saber dirigir e/ou não podem contar com o SAMU.

Ao longo do DC 2(*A experiência com a assistência à saúde que recebo nas instituições não é boa*), observaram-se quais os serviços institucionalizados percorridos durante o IT das informantes, as facilidades ou dificuldades enfrentadas em cada um deles e, principalmente, a percepção que elas demonstraram sobre a qualidade desses serviços. Onde se pode observar poucos elogios e muitas críticas com relação a: demora no agendamento de consultas médicas; falta de médicos; encaminhamento para fazer exames muito longe de casa; discriminação negativa (ainda não racial), descaso e desumanização; insuficiência ou precariedade do PSF.

Destaca-se, então, que o primeiro recurso procurado no IT, geralmente não é o biomédico institucionalizado, e sim os recursos caseiros baseados no uso de chás, ervas e xaropes caseiros associados ou não a medicamentos prescritos ou não por médicos. Esse achado vai de encontro com os resultados de Ferreira e Santo (2012) em estudo realizado no complexo de favelas de Manguinhos no Rio de Janeiro. Assim como este estudo, a acessibilidade também foi a lógica que regeu a escolha do serviço de saúde a ser procurado, contrariando a lógica do PSF de que a população deve acessar os serviços de maneira hierarquizada. Vale lembrar que as plantas medicinais utilizadas pelas mulheres em suas receitas caseiras não tinham custo, pois eram colhidas no próprio quintal, ou cedidas pelos vizinhos. Estes fatores contribuíam consideravelmente para o seu uso ostensivo. Consequentemente, os problemas de saúde considerados graves eram mascarados e este fato provocava o retardamento das práticas terapêuticas.

As informantes, no geral, primeiro buscavam possíveis curas caseiras e quando estas não surtiam efeito, buscavam, predominantemente, as AMAS ou prontos-socorros de hospitais, indo contra a lógica do PSF, que preconiza que o acesso deve ser feito de maneira hierarquizada, ou seja, o PSF deveria atuar de maneira preventiva e, caso algum problema de saúde mais complexo começasse a se desenvolver, uma consulta com especialista deveria ser agendada através da própria UBS. É obvio que, os casos de urgência e emergência são exceção.

Apesar de ser, consideravelmente, deficitário, o PSF já se encontra integrado à comunidade, pois já existe a cultura entre as mulheres de procurá-lo. Alguns pontos deste programa fortalecem a relação com a comunidade, sendo parte integrante do IT que é mediado pelos ACS's, provenientes, por sua vez, do próprio território.

As equipes de Saúde da Família são elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular do agente comunitário de saúde. De acordo com o estabelecido pelo governo federal, as equipes da ESF devem contar minimamente com um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando a equipe é ampliada, conta ainda com a participação de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Brasil, 2012a).

Cabe a cada equipe se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área (Brasil, 2012a). Sendo assim, o PSF na região, não consegue atender a população de maneira adequada conforme preconiza o Ministério da Saúde, pois, cada UBS deve atender, no máximo 12 habitantes (Brasil, 2012a) e o bairro CI possui um pouco mais de 17 mil habitantes cadastrados.

Será efetuada agora uma reflexão sobre o uso de plantas medicinais e a sua interface com tradições de matriz africana. É sabido, no entanto, que o uso de plantas medicinais é disseminado na

população brasileira e que, as práticas nesse sentido possuem influência multicultural devido ao processo migratório brasileiro que abrigou povos provenientes de diversas partes do mundo. No entanto, este estudo tem como foco compreender as práticas de mulheres negras em seu processo saúde-doença na periferia de São Paulo. Sendo assim, é possível que, muitas de suas práticas nesse sentido sejam baseadas em conhecimentos e práticas próprios dos ancestrais africanos, afrodescendentes ou mesmo indígenas.

Segundo dados provenientes do IBGE no ano de 2008, em todo o Brasil, 0,1% da população residente, declarou ter como seu local habitual de atendimento à saúde a categoria “outro tipo de serviço”, onde constava expressamente os curandeiros e os centros espíritas (Paixão et al., 2011).

Torna-se válida uma reflexão mais aprofundada sobre os resultados obtidos pelos sucessivos suplementos da PNAD que trataram do acesso e utilização de serviços de saúde. Por um lado, o sistema de saúde biomédico institucionalizado parece evidentemente ser a forma mais adequada de atendimento regular à saúde da população. Contudo, observando por outro ângulo, a questão pode revelar outros temas comumente não explorados (Paixão et al., 2011).

Nesta pesquisa, as únicas informantes que revelaram discriminação religiosa foram as que professaram fé em religiões de matriz africana. Essa discriminação é resultado de determinantes históricos que repercutem na cultura popular, produzindo pensamentos e atitudes de repulsa a tudo o que se relaciona com a questão.

No Brasil, é corrente a venda de ervas medicinais em feiras-livres e mercados populares, com finalidades litúrgicas e medicinais, seguindo as tradicionais formas de uso tal como usadas nos templos religiosos da matriz afrodescendente.

Quanto à posologia, não foi observado um rigor na quantidade a ser administrada (Freire, Santos, & Rocha, 2009). Boa parte dos usos das plantas é baseada na experiência, porém a grande maioria

dos informantes demonstrou preocupação em relação à dose e contra-indicações, pois algumas plantas tornam-se tóxicas ou abortivas de acordo com a quantidade ingerida, a exemplo da Caninana (*Chiococca alba* (L.) Hitchc.)” (Paixão et al., 2011).

Nesse sentido,

“O reconhecimento da efetiva existência de uma tradição de plantas de uso medicinal por parte dos iniciados dos templos religiosos de matriz afrodescendente não implica que estejam automaticamente resolvidas outras tantas questões, como posologia, contraindicações ou mesmo formas mais abrangentes de uso que poderiam ser desenvolvidas de forma consorciada com o conhecimento científico convencional. Não parece exagero supor que estes conhecimentos tradicionais abrigam grande potencial em termos de sua aplicação prática, que, porém, permanece desconhecida da grande maioria da população, muitas vezes por preconceito e superstições acerca de suas origens” (Paixão et al., 2011 – p. 52).

A utilização de plantas medicinais e outros itens tradicionais se enquadram na realidade brasileira da pós-modernidade, onde há convívio entre o arcaico com o moderno. Como coloca Maffesoli (2007) existe uma sinergia entre o arcaico e o desenvolvimento tecnológico, com destaque para o imediato. Mesmo entre grupos, socioeconomicamente, favorecidos existe, na pós-modernidade, um fenômeno de retorno às formas de viver modernas e até pré-modernas. Como a utilização de plantas medicinais, curandeirismo, terapias alternativas, etc.

Por outro lado, o uso de plantas com finalidade medicinal, pode estar associado, (ou mascarando), à falta ou a insuficiência dos serviços de saúde, fazendo com que a população lance mão desses recursos como paliativos e alternativos à falta de assistência institucionalizada (Ferreira & Espírito Santo, 2012).

Como citado acima, muitas das práticas terapêuticas, não institucionalizadas utilizadas pelas informantes, podem estar relacionadas, não à confiança que estas depositam nos tratamentos necessariamente, mas sim, à baixa qualidade percebida do atendimento à saúde que elas têm acesso. Por esta razão precisamos

também entender como é o atendimento disponibilizado pelo SUS à população negra.

Sessenta e sete por cento da população atendida pelo SUS é negra (Paixão et al., 2011).

A população negra tem menos acesso e também uma percepção de menor qualidade nos serviços de saúde. O gráfico cinco, a seguir, evidencia a população residente que procurou e não foi atendida pelo sistema de saúde agrupada por causas do não atendimento, segundo composição de cor ou raça (brancos, pretos & pardos e outros), no Brasil, no ano de 2008. Esse gráfico a seguir demonstra que os negros e pardos são os mais excluídos do sistema de saúde constituindo-se como uma nítida situação de vulnerabilidade a que essa população está exposta (Paixão et al., 2011).

Gráfico 6 População residente que procurou e não foi atendida pelo sistema de saúde agrupada por causas do não atendimento, segundo composição de cor ou raça (brancos, pretos & pardos e outros), Brasil, 2008 (em % da população que não foi atendida).

Fonte: IBGE, microdados PNAD (Suplemento "Acesso e utilização de serviços de saúde")

Tabulações LAESER: Fichário das Desigualdades Raciais

Nota: outros inclui os indivíduos de cor ou raça amarela, indígena e ignorada

Neste estudo, os convênios apresentaram-se como uma alternativa ao SUS, principalmente, com relação ao acesso às especialidades médicas. Dentre as informantes que referiram possuir convênio, a maioria era proveniente de benefício do trabalho formal dos maridos. A queixa de que a qualidade desses serviços piorou muito vai de encontro aos achados de Paixão et al., (2011) que

apresenta dados IBGE e PNAD mostrando que os negros utilizam: convênios empresariais 70,9% das vezes, possuem os planos de saúde mais baratos e de menor qualidade.

Ainda com relação à qualidade dos serviços, a falta de médicos nos serviços de saúde públicos acessados demonstrou-se como fator importante entre as informantes entrevistadas. Esse problema é grave não só nas periferias de São Paulo, como também, em todas as periferias de grandes cidades brasileiras, regiões rurais ou regiões muito afastadas dos grandes centros urbanos.

Pesquisa realizada pelo IPEA, em 2011, revelou que 58,1% da população apontou a falta de médicos como o principal problema do SUS. O Brasil possui apenas 1,8 médicos para cada mil habitantes. Esse índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Portugal e Espanha, ambos com 4 médicos para cada mil. Além disso, o país sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões: 22 estados estão abaixo da média nacional (Brasil, 2013c).

No início do ano, 2868 municípios solicitaram 13 mil médicos para atuarem em seus territórios. Porém 55% desses municípios não conseguiram sequer um médico. Dos 2.868 municípios que pediram profissionais pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, 1.565 municípios não atraíram nenhum (Brasil, 2013c).

Esse fato e a mobilização popular realizada a partir do mês de junho deste ano, fez com que o governo tomasse atitudes emergências com a finalidade de reduzir essa problemática. Nesse sentido, foi criado o Programa Mais Médicos que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. O governo comprometeu-se a convocar médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina

e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil (Brasil, 2013a).

A questão médica no Brasil é complexa, pois há muitas variáveis intervenientes no processo. A profissão médica é a carreira mais valorizada e bem paga, além de que não há quantitativo suficiente para a demanda do país (Brasil, 2013a). Sendo assim, os poucos profissionais que existem concentram-se nas regiões onde há maior disponibilidade de recursos e desenvolvimento socioeconômico.

O Programa Mais Médicos, tem como característica principal e mais divulgada, a atração de profissionais estrangeiros para trabalharem no país, no entanto, essa é apenas uma atitude paliativa diante da extensão do problema.

Há que se incentivar a formação de profissionais médicos brasileiros provenientes das comunidades mais carentes onde há escassez desses profissionais, ou seja, periferias das grandes cidades, comunidades indígenas e quilombolas, por exemplo. Isso seria possível criando mais vagas nos cursos de medicina nacionais ou fomentando a ida de estudantes brasileiros para fora do Brasil para estudar.

Seria, no entanto, fundamental, incluir, ostensivamente, candidatos provenientes das regiões mais carentes, através de processos seletivos realizados com concorrência apenas entre eles com a finalidade de garantir a participação dessas comunidades no processo. É possível que devido ao fato de fazerem parte dessas regiões carentes, essas pessoas se interessem em voltar para contribuir com sua comunidade. Um sistema compromisso e obrigatoriedade em trabalhar, por um determinado período de tempo, para a comunidade de origem, garanta o cumprimento do objetivo do governo que é oferecer atendimento médico em quantidade e qualidade adequados à população brasileira de maneira equânime.

Outro ponto requerido pelas informantes e que poderia ser incentivado pelos programas do governo é a busca pela humanização do atendimento.

Segundo texto do Ministério da Saúde (2010):

“Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Brasil, 2010 – p. 5).

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade (Brasil, 2010 – p. 4).

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (Brasil, 2010 – p. 7).

Infelizmente, as informantes deste estudo não têm gozado plenamente dos direitos que possuem. Pois, ao denunciarem diversas situações de descaso, constrangimento e discriminação sofridas nos serviços públicos de saúde demonstraram que ainda estão longe de se beneficiarem integralmente desses direitos.

Há que se lembrar, porém, da discriminação *positiva* vivenciada pelas informantes que fazem parte dos grupos prioritários das políticas governamentais. Neste caso, duas idosas e uma portadora de HIV. Entende-se, portanto, que as políticas públicas de saúde possuem um alcance mínimo que gera uma certa satisfação entre as usuárias.

No entanto, o Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, promovendo o envolvimento de outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde (Brasil, 2010).

As informantes deste estudo apresentaram diferenças em seus modos de agir e pensar frente às situações cotidianas e de saúde, segundo à faixa etária a que pertenciam. Esse achado vai de encontro com os resultados de Ferreira e Santo (2012) onde observaram que mulheres mais velhas tendiam a buscar recursos terapêuticos alheios à medicina, especialmente religiosos.

Essas mesmas informantes mais velhas tendiam a se manter num relativo isolamento em seus ambientes domésticos ou comunitários com a finalidade de autopreservação contra situações discriminatórias. Esse fato pode revelar o que Porto e Pivetta, (2009) definem como territórios de exclusão contíguos aos espaços públicos da cidade formal. Estes territórios são marcados pela ausência do poder público e do direito à cidadania, gerando formas de confinamento, polarização e poder local. Os autores afirmam que essa situação, não só aumentam a vulnerabilidade socioambiental das populações excluídas, como da cidade como um todo.

Ainda refletindo sobre essa temática, um estudo realizado com mulheres de uma comunidade de baixa renda, constatou que as colaboradoras se consideravam como "pobres" e aprenderam, desde a infância, estabelecer relações sociais como pessoas pobres (Hoga, 2008). Durante a infância ocorre a socialização primária e a estrutura do caráter de uma pessoa é constituída. Simultaneamente, os modelos de comportamento individual, familiar e social, incluindo os relacionados ao processo saúde-doença são estruturadas. Os profissionais de saúde devem reconhecer que durante a socialização primária, as experiências de vida são incorporadas de forma emocional (Berger & Luckmann, 1966). As consequências da pobreza, o estigma, a inferioridade e opressão sofridas durante a infância, continuam a estar presentes no nível subconsciente durante a vida adulta. Isso afeta as atitudes humanas, inclusive, as relacionadas com o processo saúde-doença. Entender a conexão entre as experiências pessoais, comportamento presente e como as

peças lidam com isso configura-se como um grande desafio para os profissionais de saúde.

Portanto, a estratégia de enfrentamento desenvolvida pelas informantes mais velhas deste estudo de se isolarem pode se configurar como uma situação que aumentam a sua exclusão e vulnerabilidade.

Na sequência, far-se-á uma breve reflexão sobre o uso da paleta de tons de pele, o nível educacional da população e as repercussões na saúde.

Um estudo multicêntrico realizado em 23 países Latino-Americanos apontou que, possuir tom de pele mais escuro, ser mais velho, mulher, ter pais bem posicionados socialmente e viver em áreas urbanas está, significativamente, associado ao menor nível de educação (Telles & Steele, 2012).

A educação é o segundo Objetivo do Milênio: dentre os 19,3 milhões de analfabetos existentes no Brasil, mais de 13 milhões são negros, pardos e indígenas, ou seja, quase 68% desse grupo. No país como um todo, ao compararmos a escolaridade das mulheres, com 11 anos ou mais de estudo, entre os grupos de mulheres negras/pardas/indígenas e o grupo de mulheres brancas/amarelas, há desvantagem para o primeiro grupo, apresentando as seguintes porcentagens: 48,2% e 68,2%, respectivamente. E se considerarmos apenas o Estado de São Paulo, 62,9% e 79,4%, respectivamente, no ano de 2009 (GESP, 2012).

As narrativas das informantes revelaram que há uma graduação crescente de RI e isso vai de encontro com o conceito de 'pigmentocracia' a medida que o indivíduo recebe tratamento diferente nas instituições e/ou organizações conforme seu tom de pele.

Uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro demonstrou-se que as mulheres da cor preta e parda, com menor escolaridade, apresentavam piores indicadores de desfavorecimento sócio-demográfico e de assistência pré-natal, em relação às brancas na mesma situação. Os fatores eram os seguintes: maior ocorrência

de gravidez na adolescência, menor escolaridade, menos trabalho remunerado, menor possibilidade de viver com o pai do bebê, mais chances de fumar durante a gestação, menos acesso ao pré-natal, menor acesso à anestesia no parto, menor peso ao nascer dos filhos (Leal, Gama, & Cunha, 2005).

Os dados epidemiológicos e os resultados dos estudos empíricos demonstram que as mulheres negras, já alcançaram algumas conquistas em termos de diminuição dos níveis de pobreza e de indigência, além de um aumento significativo da escolaridade, embora saibamos que isso não está diretamente relacionado à qualidade de ensino, porém, trata-se de uma discussão que foge aos objetivos deste estudo (GESp, 2012).

Entretanto, mesmo com alguns avanços, ainda há muito o que melhorar. Pois, as mulheres negras, de nível socioeconômico desfavorecido, ainda se encontram em situação de vulnerabilidade, em termos de acesso e condições de saúde.

O DC 3 (*Sofro racismo velado por ser negra*) evidenciou a percepção das informantes com relação à discriminação racial e social sofridas e às estratégias de enfrentamento desenvolvidas para lidarem com essas situações, ao acessarem as instituições de saúde e também outras organizações. Essas estratégias consistiam em vestir-se e manter condições de higiene adequadas, além de permanecerem em silêncio, mesmo em situação de dor ou sofrimento, para não serem rechaçadas. Trata-se de uma denúncia em relação às discriminações racial e social veladas sofridas por elas ao longo de suas vidas nas instituições.

Por outro lado, com relação às situações discriminatórias explícitas ou declaradas, os resultados deste estudo evidenciaram que as informantes se encontram relativamente bem instrumentalizadas para lutarem contra. Isso provavelmente se deve a ampla divulgação e abrangência alcançada pela legislação antirracistas no Brasil.

A primeira lei antirracista brasileira foi aprovada no Congresso Nacional no ano de 1951 e denominada Afonso Arinos, nome do deputado que a propôs. O principal motivo de aprovação da lei foi o escândalo de racismo que envolveu a dançarina norte-americana Katherine Dunham, impedida de se hospedar num hotel em São Paulo (Domingues, 2007). A partir desse momento racismo e discriminação passaram a ser considerados contravenção. Porém, a lei sempre foi alvo de muitas críticas, pois, deixava de lado uma série de outros atos discriminatórios tipificando apenas os atos de recusa, oposição ou negação de acesso. Essas deficiências, no entanto, foram corrigidas pela Lei 7.716/89.

A Constituição Federal de 1988, no seu art. 5º inciso XLII, determina que “a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito de reclusão nos termos da lei”.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: (...). - IV Promover o bem estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e a prosperidade...(…). - XLI A lei punirá a qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais.

Art. 4º - A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: II - prevalência dos direitos humanos; VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;

Art. 7º- XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

Art. 215. § 1º- O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional.

Art. 216. § 5º - Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos. ADCT - Art. 68 - Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos.

Em cinco de janeiro de 1989 foi sancionada a Lei 7716/89 (mais conhecida como Lei Caó), que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Assim, passou a haver previsão de reclusão e, em alguns casos, também multa para crimes de racismo.

No dia 13 de maio de 1997 a Lei nº 9.459 (Injúria racial) alterou os arts. 1º e 20 da Lei nº 7.716/89, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. A Constituição já era explícita, ao repudiar o racismo como uma prática social, considerando-o crime imprescritível e inafiançável (Geledés, 2013).

Luiz Inácio Lula da Silva, presidente da república em 2010, sancionou o Estatuto da Igualdade Racial - Lei nº 12.288/2010. Este dispositivo legal foi instituído com o principal objetivo de garantir à população negra a efetiva igualdade de oportunidades na sociedade brasileira, a defesa dos seus direitos individuais e coletivos, além do combate à discriminação e as demais formas de intolerância (Geledés, 2013).

Em seu capítulo IV, o Estatuto da Igualdade Racial, doutrina sobre as instituições responsáveis pelo acolhimento de denúncias de discriminação racial e orienta cada pessoa sobre os mecanismos institucionais existentes que tem como finalidade assegurar a aplicação efetiva dos dispositivos previstos em lei. É, portanto, hoje, a principal referência para enfrentamento ao racismo e a promoção da igualdade racial (Geledés, 2013).

Houve grande repercussão dessas leis na mídia em geral e isso chegou ao conhecimento das informantes, instrumentalizando-as para a tomada de decisão na eventualidade de situações discriminatórias.

Apesar das informantes deste estudo terem verbalizado situações percebidas de racismo em instituições diversas, focaremos aqui suas percepções de racismo nas instituições de saúde. Nesse sentido, Kalckmann et al., (2007), em estudo realizado com indivíduos

do município de São Paulo, evidenciam que a população negra vem sendo discriminada nas unidades de saúde, como usuários e como profissionais. O RI produz e reproduz iniquidades em saúde e aumenta a vulnerabilidade da população negra. Isso ocorre através dos profissionais dos serviços de saúde, que ampliam barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários (Kalckmann, Santos, Batista, & Cruz, 2007).

O Brasil assumiu alguns compromissos internacionais nesse sentido. Ele é signatário de todas as declarações, tratados e acordos internacionais elaborados, para a proteção e a promoção dos direitos humanos e do desenvolvimento, incluindo aqueles que versam sobre o combate às desigualdades, desde os mais gerais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), até os mais específicos, como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1966). Adiciona-se a isso, a participação ativa de brasileiros na Conferência Mundial Contra o Racismo a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas no ano de 2001 (Declaração e Plano de Ação) (Geledés, 2013).

No entanto, o Brasil ainda apresenta números que explicitam as iniquidades étnico-raciais em saúde na população, por exemplo: 40,9% das mulheres pretas e pardas acima de 40 anos de idade jamais haviam realizado mamografia em suas vidas, frente a 26,4% das brancas na mesma situação; Das mulheres acima de 25 anos de idade, 18,1% das mulheres negras e 13,2% das brancas jamais havia realizado o exame de Papanicolau; A taxa de mortalidade maternal entre as mulheres negras, em 2007, era 65,1% superior à das mulheres brancas (Paixão et al., 2011).

Estratégias de enfrentamento ao RI vêm sendo desenvolvidas. A exemplo disso, o Geledés – Instituto da Mulher Negra elaborou dois documentos importantes que podem instrumentalizar gestores para o enfrentamento do RI. O primeiro se chama Guia de Enfrentamento ao RI e o segundo RI: uma Abordagem Conceitual.

Sabemos, no entanto, que muitos esforços ainda precisam ser empregados com a finalidade de que as ações contra o RI de fato repercutam nos grupos mais vulneráveis, no caso deste trabalho, entre as mulheres negras da periferia de São Paulo.

A importância de aumentar a representação das minorias étnicas na força de trabalho de enfermagem e na educação de enfermagem tem sido discutida internacionalmente (Beard & Volcy, 2013). A diversidade étnica entre os profissionais de enfermagem numa dada instituição ou organização também é considerada como característica de qualidade na busca por excelência (Sporing, Avalon, & Brostoff, 2012).

O fato de haver diversidade étnica entre os profissionais por si só diminuiu ou aniquilou a percepção de RI, segundo as narrativas das informantes. Isso reforça a necessidade de políticas públicas nesse sentido a fim de produzir um cuidado de saúde mais equânime e de qualidade para a população, indo de encontro aos princípios do SUS.

Nesse sentido faz-se necessária a discussão sobre cotas para trabalhadores negros nas instituições de saúde, tendo em vista que a diversidade étnica entre profissionais produz um desempenho mais dinâmico e um cuidado culturalmente mais competente (Beard & Volcy, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TC consistiu na afirmativa: *Sem outra saída – somos obrigadas a enfrentar obstáculos e buscar assistência médica porque os remédios caseiros não deram certo e o problema de saúde é grave.* Este TC foi composto pelos DC's um, dois, e três, demonstrando que, na hora de acessar as instituições de saúde, as informantes se deparam com muralhas (in)visíveis, representadas pelo transporte deficiente, isolamento geográfico-territorial, discriminação racial e social vividas. Essas muralhas (in)visíveis constituem-se como barreiras a serem enfrentadas sempre que é necessário buscar ajuda institucionalizada para os seus acometimentos de saúde ou de seus familiares. A fé e a religiosidade foram características inerentes e elas, não podendo ser circunscritas em nenhum DC, mas sim, inserida no TC, pois permeava todos os momentos das vidas delas.

Nesse contexto, a enfermagem deve executar um cuidado, segundo as recomendações da Prática Baseada em Evidências, cujo pressuposto é o de que o profissional deve levar em conta as subjetividades e as preferências dos pacientes. Ou seja, há que se avaliar os hábitos culturais praticados pela população sob nossos cuidados e, quando não apresentarem malefícios à saúde ou evidência científica contrária, devem ter seu uso encorajado. Essa atitude gera maior satisfação entre os usuários. Além disso, demonstra uma nítida postura de alteridade.

Alteridade significa, considerar, valorizar, identificar, dialogar com o outro (alter, em latim). Diz respeito aos relacionamentos tanto entre indivíduos como entre grupos culturais. Na relação alteritária o modo de pensar e de agir, bem como as experiências particulares são preservadas e consideradas, sem que haja sobreposição, assimilação ou destruição. Eis o desafio: estabelecer uma relação pacífica e construtiva com os diferentes, um caminho de superação deste embate estaria baseado em três fases: identificar, entender e aprender com o contrário (AMMA, 2008).

Nesse sentido, faz-se necessária a comunicação transcultural. A maior compreensão dos outros pode ser estabelecida somente quando os profissionais de saúde aumentarem a consciência sobre si próprios (Elliot, 2001). Enfermeiros e outros profissionais de saúde, precisam incorporar, ao planejamento e implementação de cuidados em saúde, o uso de recursos criativos para facilitar e mobilizar recursos socialmente disponíveis (Valla & Stotz, 1994).

Enfermeiros e outros profissionais de saúde devem integrar o conhecimento científico, religioso e cultural em sua prática clínica. Isso é considerado essencial para a promoção da qualidade de vida das famílias (Hoga, 2008; Subgranon & Lund, 2000).

Segundo Geertz (2008), pode-se fazer uma analogia da imagem de uma organização cultural, como a imagem de um polvo, cujos tentáculos são integrados produzindo um movimento.

“A cultura também se movimenta como um polvo — não ao mesmo tempo, como uma sinergia de partes perfeitamente coordenadas, como uma compulsão maciça de todo, mas através de movimentos desarticulados desta parte, depois daquela, e depois ainda da outra, que de alguma forma se acumulam para uma mudança direcional” (Geertz, 2008).

Os determinantes sociais que marcam as desigualdades em saúde, a saber gênero, classe social, idade, território, religião, raça/cor entre outros, numa determinada sociedade, dificilmente aparecem sozinhos, mas sim, somados uns aos outros, algumas vezes, com limites difíceis de serem percebidos, enumerados ou articulados. Desse modo, analogamente falando, a saúde na cultura estudada possui um movimento “polvóide”, movimentando-se através de seus tentáculos, não se sabendo ao certo qual desses tentáculos irá se mover em seguida do outro. Há um sincronismo entre os tentáculos que, em conjunto, produzem um movimento cultural. Em tempos da chamada pós-modernidade não se podem delinear os contornos exatos entre os determinantes, no entanto, sabe-se que eles, de maneira articulada, produzem uma situação desigual e de

desvantagem em saúde para as mulheres negras periféricas dentro da sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Allen, D., Benner, P., & Diekelmann, N. (1986). Three paradigms for nursing research: Methodological implications. In P. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp. 23–38). Rockville: Aspen.
- Alves, P., & Souza, I. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In M. Rabelo & P. Alves (Eds.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 133–136). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- AMMA. (2008). *Psique & Negritude, efeitos psicossociais do racismo*. (F. (Instituto A. P. & N. Pompeu, Ed.) (p. 88). São Paulo: Imprensa Oficial. Retrieved from <http://livraria.imprensaoficial.com.br/media/ebooks/12.0.813.420.pdf>
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Augé, M. (1986). Lanthropologie de la maladie. *L'Homme, Paris*, 26(1-2), 81–90.
- Ayres, et al. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Azevedo, C. (1987). *Onda negra medo branco: o negro no imaginário das elites do século XIX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Bastos, J. L., & Faerstein, E. (2012). Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 177–183. doi:10.1590/S0102-311X2012000100019
- Batista, L. E., Escuder, M. M. L., & Pereira, J. C. R. (2004). A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 630–636. doi:10.1590/S0034-89102004000500003
- Beard, K. V, & Volcy, K. (2013). Increasing minority representation in nursing. *The American Journal of Nursing*, 113(2), 11. doi:10.1097/01.NAJ.0000426668.44751.f8
- Bento, M. A. S. (2002). Branqueamento e branquitude no Brasil. In *Psicologia Social do Racismo* (p. 32). Vozes.

- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. New York, NY: Doubleday.
- Blank, R., Dabady, M., & Citro, C. (2004). Measuring racial discrimination: painel on methods for assessing discrimination.
- Brasil. (2005a). Atenção à Saúde das Mulheres Negras - Ministério da Saúde. *Ministério Da Saúde - Secretaria de Atenção À Saúde - Departamento de Ações Programáticas E Estratégicas*.
- Brasil. (2005b). *Perspectiva da Equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *A construção do Sistema Único de Saúde: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012a). Da infraestrutura e funcionamento da atenção básica - Política Nacional de Atenção Básica. *Ministério da Saúde*. Retrieved March 14, 2014, from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. (2012b). Mortalidade Materna. Boletim Epidemiológico – Secretaria de Vigilância em Saúde. *Ministério Da Saúde*, 43(1).
- Brasil. (2012c). PEC - Proposta de Emenda à Constituição, nº 66 de 2012. *Senado Federal*. Retrieved from http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=109761
- Brasil. (2013a). Mais Médicos para o Brasil. Mais saúde para você. *Ministério da Saúde*. Retrieved from <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>
- Brasil. (2013b). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013c). Raio-x da saúde no Brasil. *Ministério da Saúde*. Retrieved from <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11745&codModuloArea=1053>

- Campbell, J., & Bunting, S. (1991). Voices and paradigms: perspectives on critical and feminist theory in nursing. *Advances in Nursing Science*, 13(3), 1–15.
- Carneiro, S. (2003). Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, 17(49), 117–133. doi:10.1590/S0103-40142003000300008
- Carril, L. (2006). O negro em São Paulo: da senzala à periferia. In *Quilombo, favela e periferia: a longa busca por cidadania*. São Paulo: Annablume; Fapesp.
- Clifford, J. (1998). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Cunha Jr, H. (2007). Afrodescendência e espaço urbano. In *Espaço urbano e afrodescendência: estudos da especialidade negra urbana para o debate das políticas públicas*. Fortaleza: UFC.
- Domingues, P. (2007). Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo (Online)*, 12(23), 100–122. doi:10.1590/S1413-77042007000200007
- Drew, N., & Dahlberg, K. (1995). Challenging a Reductionistic Paradigm as a Foundation for Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 13(4), 332–345. doi:10.1177/089801019501300405
- Elliot, A. (2001). Health care ethics: cultural relativity of autonomy. *J Transcult Nurs*, 12(4), 326–3–.
- Fernandes, F. (2007). Aspectos da questão racial. In *O negro no mundo dos brancos* (2a ed rev.). São Paulo: Global.
- Ferreira, J., & Espírito Santo, W. (2012). Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 179–198. doi:10.1590/S0103-73312012000100010
- Franco, B. (2005). Le malaise français. *Jornal Da Universidade Federal Do Rio de Janeiro*, 2(11), 2–3. Retrieved from <http://www.ufrj.br/docs/jornal/2005-dezembro-jornalUFRJ11.pdf>
- Freire, M., Santos, P., & Rocha, L. (2009). Plantas medicinais e ritualísticas comercializadas em feiras livres em Juazeiro do Norte, CE, Brasil. In *Anais do IX Congresso de Ecologia do Brasil*.
- Freitas, D. (1984). *Palmares, a guerra dos escravos*. Porto Alegre.

- Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Geledés, I. da M. N. (2013). *Geledés - Instituto da Mulher Negra. Guia de enfrentamento do racismo institucional*. São Paulo: Trama Design.
- GESP. (2012). Relatório Estadual de Acompanhamento. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Governo do Estado de São Paulo*. Retrieved from http://www.seade.gov.br/produtos/odm/pdf/Metas_Milenio_2012.pdf
- Guba, E. (1990). The alternative paradigm dialogue. In E. Guba (Ed.), *The Paradigm Dialogue* (pp. 17–30). Newbury Park: Sage.
- Guimarães, A. S. A. (2003). Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educação E Pesquisa*, 29(1). doi:10.1590/S1517-97022003000100008
- Hasenbalg, C. (1979). *Discriminação e desigualdades sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Hoga, L. A. K. (2008). Cuidado da enfermidade em casa ou em instituição de saúde: o processo de decisão em uma comunidade de baixa renda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 115–121. doi:10.1590/S0104-11692008000100018
- Horsfall, J. M. (1995). Madness in our methods: nursing research, scientific epistemology. *Nursing Inquiry*, 2(1), 2–9. doi:10.1111/j.1440-1800.1995.tb00057.x
- IBGE. (2012). Censo Demográfico 2010 - Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Retrieved April 09, 2014, from <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000009352506122012255229285110.pdf>
- Kalckmann, S., Santos, C. G. dos, Batista, L. E., & Cruz, V. M. da. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde E Sociedade*, 16(2), 146–155. doi:10.1590/S0104-12902007000200014
- Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da, & Cunha, C. B. da. (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 100–107. doi:10.1590/S0034-89102005000100013

- Leininger, M. M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed., p. 413). Jones & Bartlett Publishers.
- Lima, M., & Cunha Jr, H. (2000). Praticando valores culturais afrodescendentes na realidade educacional sergipana. *Revista Educação Em Debate*, 21(1)(39), 125–129.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Postpositivism and the naturalist paradigm*. In: *Naturalistic Inquiry* (pp. 14–46). London: Sage.
- López, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 121–134. doi:10.1590/S1414-32832012005000004
- Maffesoli, M. (2007). O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno. In *Resenha de: Barbosa T. Revista Eletrônica de Geografia* (pp. 2010;2(4):132–136). Rio de Janeiro.
- Martins, A. L. (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2473–2479. doi:10.1590/S0102-311X2006001100022
- Morse, J. (2012). *Qualitative health research - creating a new discipline*. (J. M. Morse, Ed.). Walnut Creek, CA: Left Coast Press, INC.
- Munhall, P. L. (2007). *Nursing Research: a qualitative perspective* (4 th., p. 628). Jones and Bartlett Publishers.
- Oliveira, C. (2013). Minha luta é para ver tornar-se real o sonho do trabalho doméstico decente. In Brasil (Ed.), *Secretaria de Políticas para as Mulheres. Prêmio Mulheres negras contam sua história*. Brasília.
- ONU, O. das N. U. (2013). Organização das Nações Unidas no Brasil. Retrieved from <http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-mulheres/>
- PAHO. (2005). Componente Saúde. *Organização Pan Americana de Saúde - Boletim Eletrônico*, p. 2.
- Paixão, M. (2003). *Desenvolvimento humano e relações raciais / Human development and race relations*. Rio de Janeiro: DP&A.

- Paixão, M., & Carvano, L. M. (2009). Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2007-2008. *Garamond*. Retrieved March 15, 2014, from http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/relatorios/pdf/RDR_2007-2008_pt.pdf
- Paixão, M., Rossetto, I., Montovanele, F., & Carvano, L. M. (2011). Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010 - Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. *Garamond*. Retrieved March 14, 2014, from http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/relatorios/pdf/Relat%C3%B3rio_2009-2010.pdf
- Paradies, Y. C. (2006). Defining, conceptualizing and characterizing racism in health research. *Critical Public Health*, 16(2), 143–157. doi:10.1080/09581590600828881
- Parse, R. R. (1992). Human Becoming: Parse's Theory of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 35–42. doi:10.1177/089431849200500109
- PMSP. (2013). *Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Caracterização do território - UBS Cidade Ipava - CEJAM, (Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim) - atualizado em 27/02/2013.*
- Porto, M., & Pivetta, F. (2009). Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios vulneráveis. In *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Quadros, W. (2004). Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. *Estudos Avançados*, 18(50), 95–117. doi:10.1590/S0103-40142004000100010
- Queiroz, V., & Salum, M. (1996). Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde. In *Livro Resumo do 48º. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11* (p. 361). São Paulo: ABEn/SP.
- Ramos, M. (2007). Origens da segregação especial da população afrodescendente em cidades brasileiras. In H. Cunha Jr & M. Ramos (Eds.), *Espaço urbano e afrodescendência: estudos da especialidade negra urbana para o debate das políticas públicas*. Fortaleza: UFC.
- Reis, J. (2004). *Rebelião escrava no Brasil: a história do levante dos Malês*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Ribeiro, M. (2008). Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 987–1004. doi:10.1590/S0104-026X2008000300017
- Rodrigues, C., & Prado, M. A. (2013). A History of the Black Women's Movement in Brazil: Mobilization, Political Trajectory and Articulations with the State. *Social Movement Studies*, 12(2), 158–177. doi:10.1080/1612197X.2012.697613
- Rodrigues, C. S., & Prado, M. A. M. (2010). Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o Estado brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 445–456. doi:10.1590/S0102-71822010000300005
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing usable qualitative health research findings. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1404–13. doi:10.1177/1049732312450368
- Santos, B. de S. (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, 2(2). doi:10.1590/S0103-40141988000200007
- Santos, A. de O. dos. (2012). Superar o racismo e promover a saúde da população negra: desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/Aids no Brasil. In M. Paiva, Vera; Ayres, José Ricardo; Buchalla, Cássia (Ed.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania - Livro I* (pp. 145–163). Curitiba: Juruá.
- Schucman, L., Costa, E., & Cardoso, L. (2012). Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. *Revista Da ABPN*, 4(8), 15–29.
- Silva, K., & Silva, M. (2009). *O Dicionário de Conceitos Históricos Silva e Silva*. São Paulo: Contexto.
- Sporing, E., Avalon, E., & Brostoff, M. (2012). A nursing career lattice pilot program to promote racial/ethnic diversity in the nursing workforce. *The Journal of Nursing Administration*, 42(3), 138–43. doi:10.1097/NNA.0b013e318248093e
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). Maintaining Caregiving at Home: A Culturally Sensitive Grounded Theory of Providing Care in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(3), 166–173. doi:10.1177/104365960001100302
- Telles, E., & Steele, L. (2012). Pigmentocracy in the Americas: how is educational attainment related to skin color? *Latin American Public Opinion Project, Insights Series*, 73, 1–8.

- Valla, V., & Stotz, E. (1994). *Educação, saúde e cidadania*. Petrópolis: Vozes.
- Venâncio, R. (2012). *Cativos do reino: a circulação de escravos entre Portugal e Brasil, séculos 18 e 19*. São Paulo: Alameda.
- Videira, P. (2005). *Marabaixo: Dança afrodescendente no Amapá (Dissertação)*. UFC.
- Werneck, J. (2005). Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In Brasil (Ed.), *Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde - Saúde da população Negra: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília.
- Williams, D. R., Mohammed, S. a, Leavell, J., & Collins, C. (2010). Race, socioeconomic status, and health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 69–101. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05339.x

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome

Idade

Religião

Estado civil

Escolaridade

Trabalho

Renda

Formas de lazer e sociabilidade

Estrutura familiar (filhos, por exemplo)

Trajatória familiar (migração rede de familiares no bairro)

Relação com a comunidade (problemas identificados satisfação ou não de residir no local)

Diga-me como você cuida no seu dia-a-dia da sua saúde?

Diga-me como você cuida no seu dia-a-dia da saúde e a de sua família?

Quando você se considera doente?

Você aprendeu sobre saúde/doença com alguém?

O que faz você tomar a decisão de procurar ajuda fora de casa?

Quando você procura ou sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?

Quem você procura quando sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?

Como você busca ajuda fora de casa?

Você já percebeu alguma diferença de tratamento por ser negra?

APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, estou sendo convidada a participar da pesquisa intitulada "O cuidado com a saúde no domicílio e a busca por assistência institucionalizada entre as mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda", da enfermeira Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa, do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da USP, sob a orientação da Professora Doutora Luiza Akiko Komura Hoga.

O objetivo do estudo é conhecer as crenças, os valores e as práticas das mulheres negras sobre o cuidado com a saúde em casa, na própria comunidade e como busca a assistência fora de casa. Os resultados serão divulgados em publicações científicas e apresentados em congressos e encontros de profissionais de saúde

A minha participação na pesquisa consiste em responder algumas perguntas sobre o que eu entendo por saúde e doença, como cuidado de minha própria saúde, da minha família, e como procuro ajuda fora de casa quando é necessário. Fui esclarecida que para possibilitar o registro de todas as informações, a entrevista será gravada em áudio e poderá ser realizada na minha casa ou no local que eu escolher e deverá durar, em média, trinta minutos.

Os resultados serão analisados em conjunto com o de outras mulheres e meu nome não constará dos registros. Fui esclarecida que a minha participação é voluntária e que tenho total liberdade de recusar e interromper a participação, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo agora ou no futuro. Sou livre também para recusar a responder a alguma das perguntas. Esta pesquisa não oferece risco, mas é possível que alguma lembrança de minha história de vida sobre o comportamento em saúde traga algum desconforto imediato. O estudo trará benefício à população de mulheres, pois resultará em melhor atendimento, em especial, às mulheres negras e sua família.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderei esclarecer durante a entrevista com a pesquisadora, ou pelo celular (11) 99963-0886, ou com Luiza Akiko Komura Hoga por meio do telefone (11) 3061-7602. As dúvidas e denúncias éticas poderão ser esclarecidas e/ou encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP por e-mail edipesq@usp.br ou telefone (11) 3061-7548.

Este documento possui duas vias, uma permanecerá em meu poder e a outra será arquivada com as pesquisadoras.

Declaração de consentimento:

"Declaro que, após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar voluntariamente desta pesquisa."

Local: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – CRONOGRAMA

ATIVIDADE	PERÍODO		
	2º Sem. 2012	1º Sem. 2013	2º Sem. 2013
Realização de disciplinas	X	X	
Participação no grupo de pesquisa NAAM	X	X	X
Apresentação de trabalho científico em evento			X
Publicação anual com a orientadora			X
Revisão bibliográfica narrativa do assunto central da pesquisa	X	X	X
Exame de qualificação		X	
Submissão do projeto ao Comitê de Ética da EEUSP		X	
Coleta de dados			X
Transcrição das entrevistas			X
Análise dos dados			X
Redação final da dissertação e escrita de artigo científico para submissão à publicação			X
Depósito da dissertação			X
Defesa pública			X

APÊNDICE D – ORÇAMENTO

ITENS	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Combustível – gasolina em litros	54	3,00	162,00
Transcrições	10 x 0,75h	75,00	562,50
Papel A4 (pacote 500 folhas)	4	13,00	52,00
Toner	2	90,00	180,00
Ajuda de custo à entrevistadora	7	20,00	140,00
Revisão gramatical do artigo em língua portuguesa	2	200,00	400,00
Revisão gramatical do artigo em língua inglesa	1	550,00	550,00
Congresso Brasileiro De Enfermagem Obstétrica e Neonatal - 2013	1	901,00	951,00
Congresso Paulista de Saúde Pública	1	635,00	635,00
Impressão de pôster para eventos científicos	1	75,00	75,00
Ultrabook	1	2000,00	2000,00
Total			R\$ 5707,00

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO – PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBISTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado com a saúde no domicílio e a busca por assistência institucionalizada entre as mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda

Pesquisador: Patrícia Lima Ferreira Santa Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18152713.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 403.369

Data da Relatoria: 17/09/2013

Apresentação do Projeto:

As mulheres negras e pardas representam quase metade da população feminina brasileira (49,7%). No entanto, apresentam os piores índices de vulnerabilidade e exclusão social, sobretudo em relação à escolaridade, renda, acesso ao mercado de trabalho e aos serviços de saúde.

Esta pesquisa propõe uma abordagem qualitativa, por meio do método etnográfico, e pela observação participante, buscando a melhor compreensão da vida cotidiana de mulheres negras de baixa renda e seus reflexos sobre as práticas do processo saúde-doença.

Na etnografia é fundamental que se proceda a descrição densa, uma hierarquia estratificada de estruturas significantes, ou seja, as ações produzidas, reproduzidas e observadas, provenientes da pessoa (ou grupo) a ser estudado, que devem ser recebidas e interpretadas como categorias culturais.

Nesta pesquisa, pretende-se seguir a corrente interpretativa da antropologia. Seu foco consistirá na compreensão de crenças, valores e práticas relativas ao cuidado com a saúde no domicílio e a busca por assistência à saúde institucionalizada por mulheres negras de uma comunidade de baixa renda. Acredita-se que os fatores raciais, socioeconômicos e culturais que permeiam a vida destas mulheres exerçam influências sobre as suas decisões e ações deste âmbito.

Serão convidadas a participarem da pesquisa mulheres negras residentes em um bairro de uma

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 403.369

comunidade de baixa renda da periferia de São Paulo, chamado Cidade Ipava, pertencente ao Distrito do Jardim Ângela.

A primeira aproximação da pesquisadora se dará em torno das mulheres que apresentarem características fenotípicas afrodescendentes, tais como, cor da pele escura, associada ou não com a textura do cabelo e formato do nariz. No entanto, será imprescindível a

auto-declaração da entrevistada de sua cor de pele como negra ou preta para que se prossiga a entrevista. As participantes serão visitadas em suas residências e informadas a respeito dos objetivos da pesquisa, após seu consentimento por escrito, serão procedidas as entrevistas com gravador. Serão feitas perguntas norteadoras e será privilegiada a escuta da informante.

Serão adotadas as seguintes perguntas norteadoras:

Diga-me como você lida (ou cuida?) no seu dia-a-dia com a sua saúde?

Diga-me como você lida (ou cuida?) no seu dia-a-dia com a saúde e a de sua família?

Quando você se considera doente?

Com quem você aprendeu a essas coisas (sobre saúde/doença)?

O que faz você tomar a decisão de procurar ajuda fora de casa?

Quando você procura ou sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?

Quem você procura quando sente a necessidade de buscar ajuda fora e casa?

Como você busca ajuda fora de casa?

Objetivo da Pesquisa:

Explorar as crenças, valores e práticas das mulheres negras relativas ao cuidado com a saúde no domicílio, no contexto da própria comunidade e a sua interface com a busca por assistência nas instituições de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao tempo demandado para efetivar a entrevista em domicílio da própria participante, e os benefícios referem-se à possibilidade de maior conhecimento do cuidado com a saúde por parte dessas mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa, que aborda tema socialmente relevante e que poderá contribuir com o conhecimento científico sobre o cuidado com a saúde e a busca por assistência pelas mulheres negras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido é adequado para os fins da pesquisa.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 403.369

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovação do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro de resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 23 de Setembro de 2013

Assinador por:

Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br