

Juntas no Círculo: Diálogos de Vida e Cuidado Integral para as Mulheres na Atenção Primária em uma Comunidade Ribeirinha

Together in the Circle: Dialogues of Life and Comprehensive Care for Women in Primary Care in a Riverside Community

Juntas en el Círculo: Diálogos de Vida y Cuidado Integral para las Mujeres en la Atención Primaria en una Comunidad Ribereña

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções de mulheres ribeirinhas sobre saúde, autocuidado e acesso à Atenção Primária em Saúde, a fim de subsidiar estratégias de cuidado integral que articulem saberes populares e práticas médicas. **Método:** Estudo exploratório qualitativo com sete mulheres de uma comunidade ribeirinha, utilizando a técnica de grupo focal. Os dados foram analisados pelo software IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** A análise evidenciou barreiras de acesso ao sistema de saúde (demora em exames, rotatividade profissional), a sobrecarga emocional do cuidado familiar e vivências de violência. Os discursos apontaram a necessidade de redes de apoio institucional e comunitário. **Conclusão:** As mulheres ribeirinhas vivem um ciclo de vulnerabilidade por desigualdades de gênero e fragilidades da Atenção Primária, usando o apoio comunitário como resistência. É crucial a criação de políticas públicas intersetoriais que valorizem suas vozes e integrem saúde, gênero e cultura para um cuidado integral.

DESCRIPTORES: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Pesquisa Qualitativa; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions of riverside women about health, self-care, and access to Primary Health Care, in order to support the creation of comprehensive care strategies that articulate popular knowledge and medical practices. **Method:** An exploratory qualitative study with seven women from a riverside community, using the focus group technique. The data were analyzed by the IRAMUTEQ software through Descending Hierarchical Classification. **Results:** The analysis showed barriers to accessing the health system (delays in exams, professional turnover), the emotional overload of family care, and experiences of violence. The discourses pointed to the need for institutional and community support networks.

Conclusion: Riverside women live in a cycle of vulnerability due to gender inequalities and weaknesses in Primary Care, using community support as a form of resistance. The creation of intersectoral public policies that value their voices and integrate health, gender, and culture for comprehensive care is crucial.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Women's Health; Qualitative Research; Social Vulnerability.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de mujeres ribereñas sobre salud, autocuidado y acceso a la Atención Primaria de Salud, con el fin de subsidiar estrategias de cuidado integral que articulen saberes populares y prácticas médicas. **Método:** Estudio exploratorio cualitativo con siete mujeres de una comunidad ribereña, utilizando la técnica de grupo focal. Los datos fueron analizados por el software IRAMUTEQ a través de la Clasificación Jerárquica Descendente. **Resultados:** El análisis evidenció barreras de acceso al sistema de salud (retraso en exámenes, rotación profesional), la sobrecarga emocional del cuidado familiar y vivencias de violencia. Los discursos señalaron la necesidad de redes de apoyo institucional y comunitario. **Conclusión:** Las mujeres ribereñas viven un ciclo de vulnerabilidad por desigualdades de género y fragilidades de la Atención Primaria, usando el apoyo comunitario como resistencia. Es crucial la creación de políticas públicas intersectoriales que valoren sus voces e integren salud, género y cultura para un cuidado integral.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud; Salud de la Mujer; Investigación Cualitativa; Vulnerabilidad Social.

RECEBIDO EM: 27/09/2025 APROVADO EM: 13/10/2025

Como citar este artigo: Sousa FHR, Pinto WM, Lameira WRG, Magalhães LO. Juntas no Círculo: Diálogos de Vida e Cuidado Integral para as Mulheres na Atenção Primária em uma Comunidade Ribeirinha. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17390-17407. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17390-17407

ID Francisco Hermes Ribeiro de Sousa
Publicitário- Universidade da Amazônia-UNAMA.
Discente de Medicina da Faculdade de Ciências
Médicas-Afya Bragança;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6578-2182>

ID Wanessa Moraes Pinto
Cirurgiã-Dentista – Escola Superior da Amazônia- ESAMAZ. Discente de Medicina da Faculdade
de Ciências Médicas-Afya Bragança;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6880-9650>

ID Wanessa Rezende Gaspar Lameira
Enfermeira- Universidade do Estado do Pará-
UEPA. Discente de Medicina da Faculdade de
Ciências Médicas-Afya Bragança;
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7417-5768>

ID Lilian Oliveira Magalhães
Mestra em Odontologia, área de concentração
Saúde Coletiva pela Universidade Federal do
Pará- UFPA. Cirurgiã-Dentista – Universidade
Federal do Pará-UFPA;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5429-7004>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecida como o pilar fundamental para a promoção da equidade e do acesso universal aos serviços de saúde, constituindo a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a promulgação da Constituição Federal de 1988⁽¹⁾. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS organiza-se como a base do sistema de saúde, pautada nos princípios de integralidade, equidade e descentralização^(2,3).

Apesar dos avanços alcançados, persistem desafios estruturais e culturais, especialmente em áreas rurais e remotas, onde barreiras geográficas e desigualdades sociais limitam a efetividade do cuidado. Nesses contextos, as mulheres enfrentam múltiplas vulnerabilidades, que vão desde dificuldades de acesso físico aos serviços até a invisibilização de suas demandas específicas⁽⁴⁾. Políticas como a “Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta”⁽⁵⁾ e a “Atenção Integral à Saúde da Mulher”⁽⁶⁾ buscam reduzir essas desigualdades, mas estudos indicam que o acesso ainda permanece fragmentado e pouco sensível às particularidades culturais locais⁽⁷⁾.

Historicamente, as políticas de saúde da mulher concentraram-se no ciclo reprodutivo, negligenciando dimensões como saúde mental, autonomia e condições de vida. Esse recorte reducionista ainda se reflete nas práticas da APS, que nem sempre reconhecem o protagonismo feminino ou a sobrecarga de

trabalho reprodutivo a que as mulheres estão submetidas⁽⁸⁾. Em territórios vulneráveis, essas desigualdades de gênero se combinam com limitações de infraestrutura, ampliando o risco de adoecimento físico e emocional.

Outro elemento central é a coexistência, frequentemente tensionada, entre saberes tradicionais e o modelo biomédico. Nas comunidades rurais, práticas ancestrais — como o uso de plantas medicinais e rituais de cura — mantêm papel relevante no cuidado cotidiano, mas são frequentemente desconsideradas pelos serviços formais de saúde⁽⁹⁾. Essa desconexão contribui para a desconfiança em relação ao sistema institucionalizado, enfraquecendo o vínculo entre profissionais e comunidade.

Diante desse cenário, torna-se essencial valorizar o diálogo entre saberes populares e práticas biomédicas, reconhecendo a legitimidade de ambos na construção de uma APS integral e culturalmente sensível⁽¹⁰⁾. Tal abordagem está alinhada aos princípios de equidade e justiça social que norteiam o SUS, ao mesmo tempo em que promove a autonomia das mulheres como protagonistas de seu próprio cuidado.

A criação de espaços de escuta coletiva e de troca de experiências mostra-se uma estratégia eficaz para integrar diferentes saberes, permitindo que as mulheres compartilhem percepções, identifiquem barreiras de acesso e construam, de forma conjunta, alternativas de enfrentamento. Além de favorecer a produção de dados qualitativos re-

levantantes, esses espaços atuam como instrumentos de empoderamento, fortalecendo vínculos comunitários e promovendo reflexões críticas sobre o cuidado⁽¹¹⁾.

Portanto, compreender como mulheres ribeirinhas percebem sua saúde, seus modos de cuidado e as dificuldades enfrentadas na APS é fundamental para subsidiar políticas públicas mais sensíveis à realidade local. Simultaneamente, constitui oportunidade para valorizar narrativas femininas historicamente invisibilizadas nos espaços institucionais de saúde⁽¹²⁾.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar as percepções e experiências de mulheres ribeirinhas sobre saúde, autocuidado e acesso à Atenção Primária em Saúde, por meio de grupos focais, de forma a subsidiar a construção de estratégias de cuidado integral que articulem saberes populares e práticas médicas.

MÉTODO

O estudo teve como população de referência mulheres ribeirinhas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na comunidade da Fazendinha, localizada no município de Bragança (PA), o qual possui cerca de 130 mil habitantes e apresenta uma economia diversificada, que combina atividades tradicionais, como pesca e agricultura, com ocupações informais e precárias.

No planejamento amostral, o domínio geográfico delimitou-se à comunidade da Fazendinha, situada a aproxi-

madamente 5 km da sede do município. Nessas condições, diversas comunidades enfrentam desafios significativos no acesso a serviços básicos, incluindo saúde e saneamento⁽¹³⁾.

Especificamente, a comunidade da Fazendinha, localizada às margens do Rio Caeté, mantém uma economia local fundamentada na produção artesanal de objetos de argila, como telhas, tijolos e utensílios domésticos, prática tradicional transmitida ao longo de gerações⁽¹⁴⁾. Essa realidade social e econômica contextualiza a vivência das mulheres na comunidade e fundamenta a relevância da investigação proposta. Além das dificuldades de acesso a serviços de saúde e saneamento, as mulheres enfrentam situações de violência familiar e de gênero, que impactam diretamente sua saúde física e emocional.

A pesquisa incluiu 07 mulheres com 18 anos ou mais, residentes na comunidade da Fazendinha, em situação de vulnerabilidade social, caracterizada por baixa renda, acesso limitado a serviços básicos e/ou histórico de violência de gênero ou familiar. Excluíram-se aquelas que não participaram integralmente das atividades previstas ou que recusaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ITPAC Porto Nacional – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto S.A., sob o número de protocolo 85786925.0.0000.8075. Para assegurar a confidencialidade, as participantes receberam pseudônimos, utilizados em todas as etapas do estudo, de modo a evitar sua identificação.

Os dados coletados foram mantidos sob sigilo, armazenados em ambiente seguro e acessíveis apenas à equipe de pesquisa. Todas as participantes foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos, riscos e benefícios da investigação e manifestaram sua concordância mediante a assinatura do TCLE antes da inclusão no estudo.

O desenho do estudo foi configura-

do como exploratório e observacional, com abordagem quanti-qualitativa, orientada para a constituição de conhecimentos em uma perspectiva ontológica. Para tanto, recorreu-se a referenciais teóricos diversos e à utilização da técnica de grupo focal, que permitiu criar um espaço de diálogo coletivo e reflexão crítica⁽¹⁵⁾.

Foram realizados quatro encontros com as mulheres da comunidade da Fazendinha, conduzidos a partir de perguntas norteadoras previamente elaboradas. O primeiro encontro abordou a saúde mental e o bem-estar emocional, tendo como pergunta central: “O que mais afeta o seu bem-estar emocional?”. O segundo encontro discutiu saúde sexual e reprodutiva, guiado pela questão: “Há dificuldades para realizar exames ginecológicos de rotina, como o preventivo?”. O terceiro encontro trabalhou o tema da violência de gênero, com a pergunta: “As mulheres se sentem seguras para falar sobre situações de violência?”. Por fim, o quarto encontro abordou o acesso aos serviços de saúde, a partir da questão: “Quais são as principais dificuldades para acessar o atendimento médico na comunidade?”.

Todos os encontros foram mediados de forma a estimular a participação ativa e a construção coletiva de sentidos, valorizando os saberes e experiências das participantes. O processo de coleta de dados foi conduzido com rigor e sensibilidade, sendo registrado por meio de gravações de áudio, fotografias e anotações em diário de campo. As gravações foram realizadas somente mediante consentimento das participantes, garantindo confidencialidade, segurança e uso exclusivo para fins científicos. Esse cuidado visou assegurar a fidedignidade e a confiabilidade das informações e concomitantemente a preservação da identidade das mulheres.

A análise dos dados combinou procedimentos quantitativos e qualitativos. As informações sociodemográficas foram organizadas no software Microsoft Excel® e submetidas à estatística descri-

va, com apresentação dos resultados em tabelas. Os dados textuais provenientes dos encontros foram processados no software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.8 alpha 2, que possibilita análises lexicográficas avançadas. Esse recurso foi empregado na análise de conteúdo, contemplando verificação da frequência das palavras-chave, construção de nuvens de palavras, análise de similitude e Classificação Hierárquica Descendente (CHD), permitindo o agrupamento dos textos segundo a similaridade do vocabulário.

RESULTADOS

Participaram do grupo focal, sete mulheres, com idade média de 40,3 anos ($\pm 7,2$). Quanto ao estado civil, 42,9% eram casadas e 28,6% solteiras; 14,3% divorciadas e 14,3% em união estável. O número de filhos variou de 0 a 3, com 42,9% possuindo dois filhos.

Em relação à escolaridade, 57,1% tinham ensino médio completo; 14,3% ensino superior completo, 14,3% ensino superior incompleto e 14,3% ensino fundamental incompleto. Quanto à ocupação, 42,9% exerciam trabalho formal remunerado, 28,6% atividades informais, e 14,3% cada estavam desempregadas ou realizavam trabalho doméstico não remunerado.

A renda mensal foi de até um salário-mínimo em 57,1% das participantes, entre um e dois salários-mínimos em 14,3% e acima de três salários-mínimos em 28,6%. Todas relataram acesso regular ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 01).

Tabela 1: – Distribuição das características sociodemográficas das participantes (n=7)

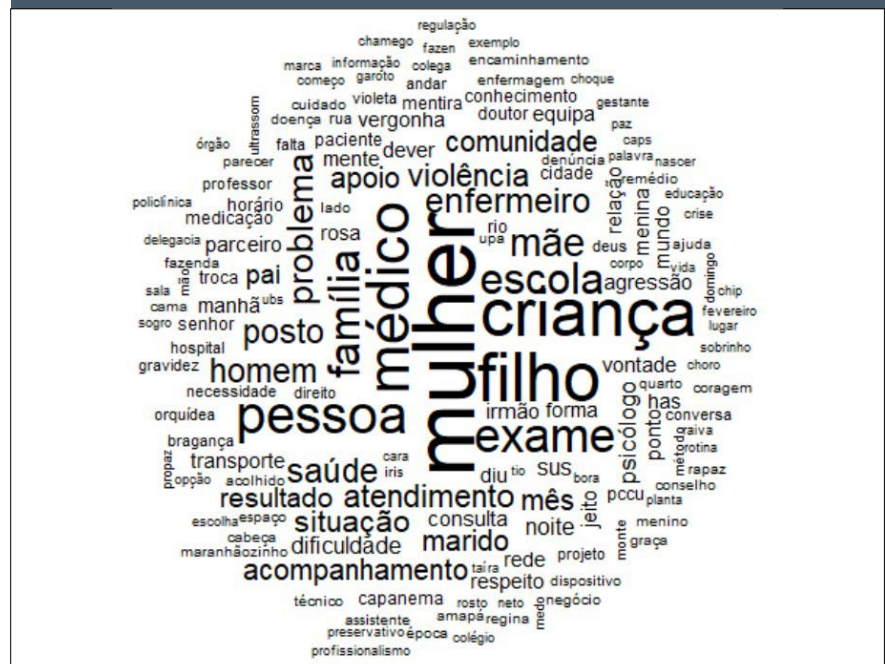
Variável	Categoria	n	%
Idade (anos)	Média ± DP	—	40,3 ± 7,2
Estado civil	Casada	3	42,9%
	Solteira	2	28,6%
	Divorciada	1	14,3%
	União estável	1	14,3%
Nº de filhos	0	1	14,3%
	1	1	14,3%
	2	3	42,9%
	3	2	28,6%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	14,3%
	Ensino médio completo	4	57,1%
	Ensino superior incompleto	1	14,3%
	Ensino superior completo	1	14,3%
Ocupação principal	Trabalho formal	3	42,9%
	Trabalho informal	2	28,6%
	Trabalho doméstico não remunerado	1	14,3%
	Desempregada	1	14,3%
Renda mensal	≤1 SM	4	57,1%
	1–2 SM	1	14,3%
	>3 SM	2	28,6%
Acesso ao SUS	Sim	7	100%

*SM = Salário-mínimo vigente no Brasil; DP = desvio padrão.

Frequência de Palavras e Nuvem de Palavras

A análise de frequência do corpus revelou que os termos mais recorrentes foram “mulher” (50 ocorrências), “filho” (38), “criança” (37), “médico” (32), “casa” (32), “pessoa” (29), “exame” (26), “família” (22), “escola” (22), “unidade” (22), “mãe” (19), “enfermeiro” (17) e “saúde” (16). Outros termos de relevância semântica incluíram “situação” (18), “problema” (18), “apoio” (≈ 17), “violência” (≈ 15), “comunidade” (≈ 15), “atendimento” (≈ 14) e “psicólogo” (≈ 13). A nuvem de palavras (Figura 1) reforça esses resultados, evidenciando visualmente a maior ênfase em “mulher”, “filho”, “criança”, “médico”, “exame” e “pessoa” (Figura 1).

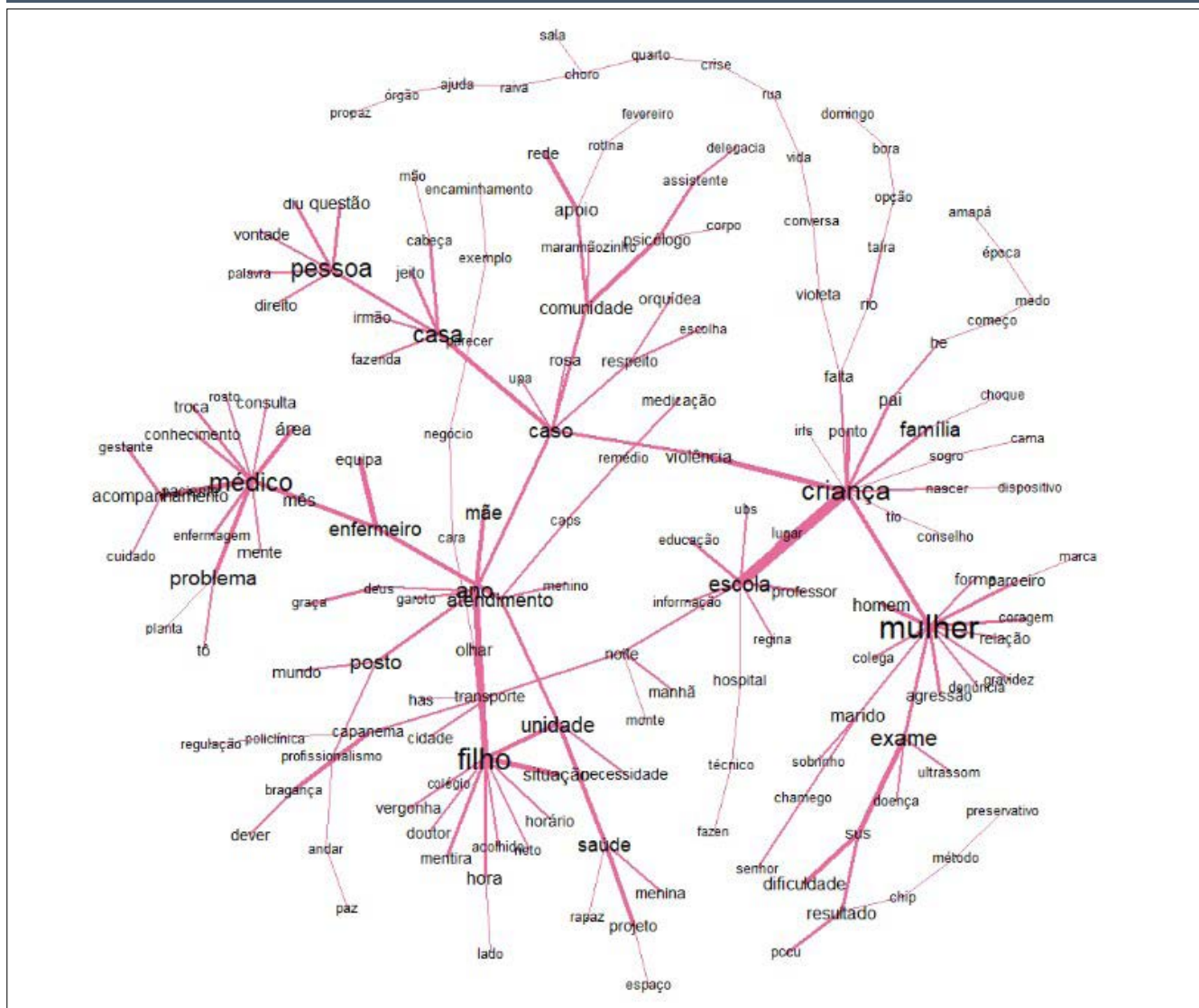
Figura 1: Nuvem de palavras



Sousa FHR, Pinto WM, Lameira WRG, Magalhães LO

A análise de similitude evidenciou que o discurso se organiza em torno de núcleos centrais fortemente interconectados. Os termos “mulher”, “criança”, “filho”, “médico”, “casa”, “pessoa”, “escola”, “exame” e “família” configuram os principais nós da rede, a partir dos quais se distribuem associações semânticas significativas. A análise de similitude, enquanto técnica baseada na teoria dos grafos, permite identificar a força de ocorrência entre palavras, revelando como os termos se interligam e possi-

O termo “mulher” apresenta relações com palavras como homem, marido, exame e agressão, evidenciando conexões com papéis sociais de gênero, experiências de violência e demandas específicas de saúde. O núcleo “criança” articula-se com escola, família, pai e professor, ressaltando a centralidade da vivência escolar e da rede de cuidado infantil nas falas. No caso do termo “filho”, observa-se associação direta com mãe, unidade, atendimento e saúde,



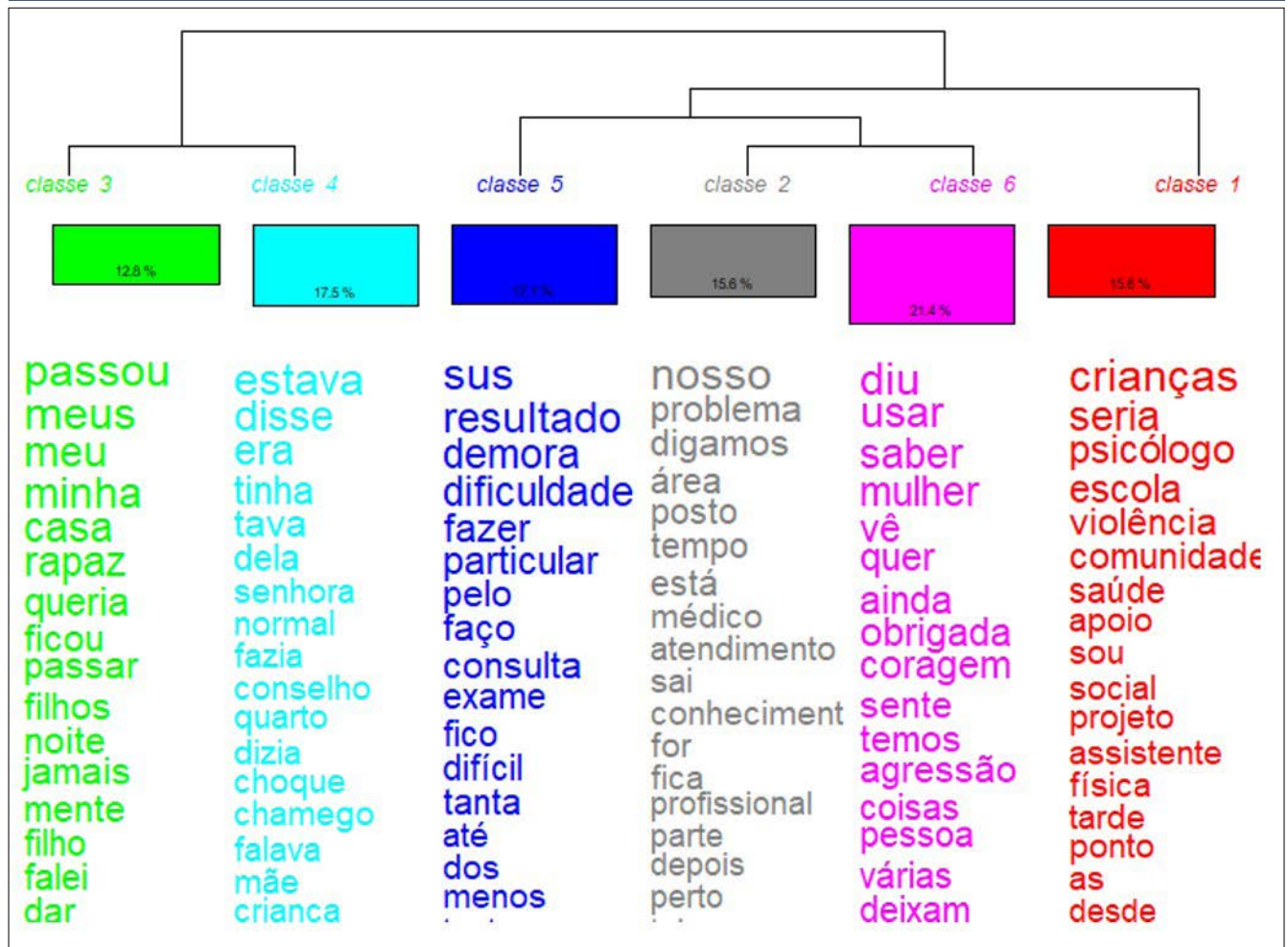
Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

O corpus analisado pelo software IRaMuTeQ reuniu relatos de mulheres em torno de percepções sobre saúde, autocuidado, violência e acesso à Atenção Primária à Saúde. Para conduzir o grupo focal, foram utilizadas perguntas dispa-

radoras relacionadas ao acompanhamento médico no período gestacional, às barreiras para denúncia de situações de violência, ao suporte à saúde mental, à organização do cuidado cotidiano e às dificuldades de acesso a serviços médicos. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) reteve 257 segmentos

de texto, correspondendo a 82,11% do material, índice considerado bastante significativo pelo programa, e dividiu o corpus em seis classes, cada uma representando dimensões distintas do discurso das participantes (Figura 3).

Figura 3 – Classificação Hierárquica Descendente



A classe mais expressiva foi a Classe 6 (21,4% dos segmentos), que aborda o conhecimento e as vulnerabilidades da mulher. O núcleo da classe é formado por palavras como diu, usar, saber, mulher, quer e agressão, indicando um campo de tensão entre as escolhas sobre o próprio corpo, o conhecimento adquirido e as violências sofridas. As falas revelam tanto a busca

por autonomia, como nas discussões sobre métodos contraceptivos, quanto a coragem necessária para enfrentar situações de agressão. A necessidade de se posicionar e o direito de escolha são centrais, como na reflexão de Violeta: “Eu não concordo com casar virgem. Eu acho que a mulher tem que conhecer o homem antes, depois ela escolher alguém que ela quer casar”. Essa classe

revela o universo do “ser mulher”, com suas lutas por autonomia e os desafios impostos pela vulnerabilidade social.

A segunda classe mais relevante, a Classe 4 (17,5%), agrupa as narrativas e relatos sobre as experiências de pares, funcionando como um espaço de compartilhamento de histórias de outras mulheres. A proeminência de verbos como disse, tinha, dizia e fala-

va, junto a termos como dela, senhora, mãe e criança, caracteriza o tom de discurso reportado. É aqui que se encaixa perfeitamente o relato de Íris sobre a perda gestacional de sua irmã, que, apesar de fazer o acompanhamento, não teve o cuidado adequado: “Ela começou a inchar, as mãos, o rosto, e a médica dizia que era normal. (...) Quando chegou perto de ter a criança, a criança faleceu dentro dela. Foi um choque muito grande. Se teve aquele acompanhamento, o que foi que aconteceu? Foi negligência de quem?”. Esta classe evidencia como as experiências, especialmente as negativas, circulam na comunidade, moldando a percepção coletiva sobre os serviços e os riscos.

A Classe 5 (17,1%) concentra-se nos obstáculos administrativos e nas dificuldades de acesso enfrentadas pelos usuários no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Com um vocabulário preciso (sus, resultado, demora, dificuldade, exame, consulta, particular), esta classe materializa a frustração das usuárias. A demora na entrega de resultados de exames preventivos é um ponto central de crítica, como na fala de Rosa: “Eu sinto muita dificuldade pelo SUS, não é nem na questão da execução do exame do preventivo, mas o resultado. Demora demais! Tem mulheres que esperam mais de ano”. Violeta reforça o sentimento de espera e a falta de eficácia do sistema: “Eu mesmo aqui, a Violeta, eu fiz o preventivo, acho que tem mais de dois anos, e até hoje ainda não chegou o resultado”. A classe, portanto, traduz a percepção de um sistema de saúde lento e pouco resolutivo, que gera angústia e desamparo.

Com 15,8% dos segmentos, a Classe 2 descreve a estrutura e a percepção sobre o atendimento profissional de saúde. Palavras como problema, área, posto, médico, atendimento e profissional mostram que o foco aqui é a organização do serviço. Os relatos criticam a alta rotatividade de profissionais, que impede a criação de vínculo e a continuidade do cuidado: “Eu tenho um filho que ele tem um problema de saúde, já tem uns 4, 5 anos que ele trata e todas as vezes que a gente vai é um médico diferente. O médico não consegue saber exatamente, tem que explicar tudo de novo”. Também

surgiram percepções de tratamento desigual, como apontado por Orquídea: “Se chegar duas pessoas, uma bem vestida e uma mal vestida, a gente ainda vê muito isso. A prioridade é aquele que está mais vestido”.

A Classe 1 (15,6%) reúne as falas sobre a necessidade de uma rede de apoio institucional e comunitária. O vocabulário (crianças, psicólogo, escola, violência, comunidade, apoio, social, projeto) é voltado para as soluções e para os espaços de proteção. A classe reflete o anseio por políticas públicas e ações locais que fortaleçam a saúde mental e combatam a violência. A fala de Rosa sobre a criação de um projeto de saúde na comunidade ilustra esse movimento: “Nosso sonho era ter uma academia da saúde aqui. Fizemos o projeto, chamamos um professor de educação física (...) veio psicólogo, assistente social, farmacêutico e educador físico. Ficamos muito felizes”. Esta classe, portanto, representa a dimensão propositiva do discurso, apontando caminhos e demandas por um cuidado mais integral “Tem muito adolescente estudando em escolas na cidade; quem tem transporte vai, quem não tem vai andando. Isso traria bem-estar e paz, segurança. Meu filho às vezes vai andando e eu fico aflita até ele chegar. A estrada é escura. Precisamos de transporte, pelo menos nesses horários.”.

Por fim, a Classe 3 (12,8%) concentra as narrativas de violência e trauma em uma perspectiva íntima e pessoal. O uso de pronomes na primeira pessoa e palavras como casa, rapaz, filhos, quarto, noite e falei ancora a classe em relatos de experiências vividas. O exemplo mais marcante é o de Violeta ao descrever o abuso sofrido por seu filho: “O meu filho hoje tem 9 anos, mas ele sofreu violência sexual. Tentaram abusar dele, um garoto de 14 anos. (...) aconteceu dentro de casa”. Outras falas reforçam o peso da violência emocional e a alegria da libertação: “Ele falava que eu tinha que aceitar mesmo sem vontade, que eu era vagabunda, um monte de coisa. (...) Mas graças a Deus que eu me libertei”. A classe revela a dimensão mais dolorosa e pessoal das violências que marcam a vida dessas mulheres.

Em síntese, os resultados da CHD revelam três grandes eixos no discurso das

participantes: (i) barreiras de acesso e fragilidades estruturais do sistema de saúde, (ii) pressões emocionais e sobrecarga do cuidado familiar e (iii) experiências de violência e silenciamento, associadas à necessidade de proteção institucional. A análise evidencia que as condições de vida e saúde das mulheres são atravessadas pela precariedade dos serviços, pela invisibilidade do trabalho de cuidado e pela violência em múltiplas dimensões, destacando a urgência de políticas públicas que fortaleçam a Atenção Básica, a rede psicossocial e os mecanismos de proteção à mulher.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a experiência das mulheres ribeirinhas é marcada por múltiplas dimensões de vulnerabilidade, atravessadas por gênero, cuidado familiar e dificuldades no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Esse quadro é intensificado pelas condições sociodemográficas: idade média de 40,3 anos, baixa escolaridade, inserção precária no mercado de trabalho, renda limitada a um ou dois salários-mínimos e múltiplas responsabilidades parentais. Esses fatores reorganizam as redes de cuidado e afetam tanto o adoecimento quanto a forma como as mulheres se relacionam com os serviços de saúde. A centralidade das falas sobre o cuidado cotidiano e o sofrimento emocional confirma evidências da literatura sobre a sobrecarga feminina na divisão doméstica, associada a maior prevalência de transtornos mentais comuns⁽¹⁶⁾. Esse padrão, longe de ser individual, reflete determinantes sociais estruturais que ainda sustentam a desigualdade de gênero, como já descrito em estudos com trabalhadoras rurais⁽¹⁷⁾.

A análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proporcionou uma taxonomia mais detalhada dos discursos, revelando seis classes temáticas que expressam a complexidade da experiência das mulheres. A nova estrutura da CHD separou nitidamente as narrativas de experiências pessoais das análises sobre os sistemas de apoio e saúde.

Os núcleos temáticos ligados ao enfren-

tamento cotidiano e à resiliência, antes difusos, agora encontram expressão direta na Classe 1, que trata das redes de apoio comunitário e institucional (escola, psicólogo, projeto), e na Classe 6, que aborda o conhecimento, vulnerabilidade a coragem feminina (saber, quer, coragem). Essas dimensões são reconhecidas como fundamentais nas práticas populares de saúde e dialogam com a literatura ao sugerir que a integração desses saberes com a APS pode fortalecer a autonomia e a promoção do autocuidado⁽¹⁸⁾.

As percepções sobre a atenção em saúde, envolvendo profissionais e serviços, foram desmembradas em duas vertentes complementares, reforçando a centralidade do contato com o sistema como locus de tensões. A Classe 5 foca na experiência do usuário com a burocracia do sistema (sus, demora, resultado, exame), enquanto a Classe 2 reflete a percepção sobre a estrutura profissional e organizacional (médico, posto, atendimento, profissional). Isso converge com pesquisas em comunidades ribeirinhas que destacam tanto os entraves logísticos e a escassez de recursos quanto as barreiras nas relações interpessoais com os profissionais⁽¹⁹⁾.

Outro ponto que a nova análise aprofundou foi a articulação entre os desafios à autonomia feminina e a vivência de violências. A Classe 3 isolou as narrativas mais íntimas e pessoais de trauma (rapaz, casa, noite), enquanto a Classe 6 contrapõe a agressão à coragem e ao saber, em consonância com estudos que mostram como a violência de gênero compromete a saúde mental⁽²⁰⁾. Tais evidências demonstram que os discursos não se limitam a experiências individuais, mas traduzem desigualdades de gênero enraizadas.

A predominância de termos relacionados ao gênero feminino, à família e ao cuidado evidencia que o papel social da mulher como cuidadora principal permanece estruturante. Diversos estudos já associaram essa condição à sobrecarga mental e ao adoecimento psíquico⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Assim, o discurso das participantes, agora mais bem categorizado, confirma tendências descritas na literatura e amplia a compreensão da re-

alidade local.

Outro aspecto é a crítica implícita à estrutura e ao funcionamento dos serviços de saúde, agora visível na Classe 2. Mais do que a frequência de termos como médico e posto, esses elementos refletem percepções sobre a qualidade da atenção e a falta de vínculo, como na questão da rotatividade profissional. Esse resultado está em consonância com estudos que apontam a necessidade de reorganizar a APS em territórios ribeirinhos, tornando-a mais acessível e culturalmente sensível⁽¹⁹⁾.

Além disso, a presença de termos como apoio, psicólogo e violência na Classe 1 aponta para a intersecção entre saúde mental, relações comunitárias e violência de gênero. Pesquisas qualitativas já demonstraram que a violência contra a mulher, associada à fragilidade das redes de apoio, agrava o sofrimento psíquico⁽²¹⁾. Esse dado sugere que políticas públicas não podem se limitar à dimensão biomédica, devendo incluir estratégias intersetoriais de proteção social.

A análise da rede semântica (similitude) reforça essas interpretações ao evidenciar conexões centrais como mulher, criança, filho, médico, casa e comunidade. O vínculo entre mulher, exame e violência indica a necessidade de protocolos mais sensíveis na APS para lidar com situações de violência doméstica⁽²²⁾. Já a articulação entre criança, escola e família confirma a sobrecarga de responsabilidades maternas e educativas, aspecto também documentado por outro artigo⁽²³⁾.

Por fim, a associação entre casa, pessoa e comunidade mostra que o espaço doméstico se entrelaça ao coletivo, revelando que o cuidado familiar se apoia em redes comunitárias, em consonância com estudos sobre o protagonismo dos saberes populares como estratégias de enfrentamento em contextos vulneráveis⁽¹⁸⁾.

Em síntese, a discussão dos resultados indica que a experiência das mulheres ribeirinhas se sustenta na intersecção entre gênero, cuidado familiar, acesso à saúde e redes comunitárias. Isso reforça a urgência de políticas intersetoriais e culturalmente sensíveis, que combinem promoção da saú-

de, enfrentamento das desigualdades de gênero e valorização do cuidado comunitário.

Por tratar-se de um estudo qualitativo em território específico, os achados não podem ser generalizados. Contudo, permitem apreender nuances sociais e culturais invisíveis em dados quantitativos. O estudo aponta para a necessidade de qualificação da APS, capacitação das equipes para o enfrentamento da violência de gênero, valorização dos saberes locais e fortalecimento de redes de apoio comunitário como pilares para um cuidado integral e equitativo.

CONCLUSÃO

O estudo conclui que as mulheres ribeirinhas vivem em um ciclo de vulnerabilidade moldado por desigualdades de gênero, sobrecarga com o cuidado familiar, violência e um sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) estruturalmente frágil. Essas dificuldades sistêmicas, que refletem processos sociais e culturais mais amplos, limitam o acesso a cuidados adequados e prejudicam a saúde física e mental. Em contrapartida, as redes de apoio comunitário e os saberes tradicionais emergem como mecanismos de resistência fundamentais, oferecendo o suporte essencial que os serviços formais de saúde, muitas vezes inacessíveis, não conseguem prover.

Diante desse cenário, é imprescindível a criação de políticas públicas com uma abordagem intersetorial, que integrem saúde, gênero e cultura, e que valorizem a voz das mulheres ribeirinhas no planejamento das ações. A solução passa pela ampliação e fortalecimento de políticas já existentes, como a PNAISM e a PNSM, e de programas como o Mais Médicos, combinados com a capacitação de profissionais de saúde para um atendimento mais humanizado e culturalmente sensível. A criação de centros de referência e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em conjunto com a valorização dos saberes comunitários, são essenciais para estruturar um cuidado integral, equitativo e transformador, alinhado aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Tasca R, Carvalho WM, Massuda A, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;44:e4. doi: 10.26633/RPSP.2020.4
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Gusso GD, Lima ACO, Silva RF, et al. Modelos de acesso à atenção primária à saúde na perspectiva de gestores e profissionais: um estudo de múltiplos casos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(42):1-9.
4. Sehnem GD, Monteiro AS. Acesso à atenção primária em saúde por mulheres residentes na zona rural: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2020;9(8):e50985338.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Da Luz, A. L., Silva, M. R., & Oliveira, L. G. F. (2021). Desigualdades no acesso à saúde no Brasil: uma análise das políticas públicas e seus impactos. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 55, 1-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2021055001234>
8. Silva ACM, Morais NM, Sousa JM, Farinha MG, Lucchese R, Caixeta CC. Políticas de saúde da mulher e sua intersecção com a saúde mental: uma reflexão necessária. *Rev Eletr Enferm*. 2024;26:77991. doi: 10.5216/ree.v26.77991
9. Barros AS. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e resistência no campo da saúde. *Psicologia & Sociedade*. 2017;29(3):1-9. doi: 10.1590/1678-4446.2017000300002
10. Martins, A. S. (2022). Saberes tradicionais e práticas biomédicas: desafios e possibilidades na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 27(1), 45-58.
11. Souto CM, Dias MD. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. *Rev Rene*. 2012;13(3):612-20.
12. Santos PF, Jesus HG. O acesso de mulheres ribeirinhas aos serviços da atenção primária à saúde. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2025;25:e19855. doi: 10.25248/reas.e19855.2025
13. RIBEIRO, Felipe Oliveira. O uso do MapBiomias na análise de perda de vegetação natural e apoio a Legislação Florestal atual em Bragança (Pará). *Revista Brasileira de Meio Ambiente*, v. 10, n. 3, 2022.
14. SALIS, Dione Vieira et al. Saberes e tradição: a cerâmica caeteuara da comunidade Fazendinha. *Nova Revista Amazônica*, v. 6, n. 2, p. 249-258, 2018.
15. JORDAN, D. Contemporary Methodological Approaches to Qualitative Research: A Review of The Oxford Handbook of Qualitative Methods. *The Qualitative Report*, (S.I.), v. 23, n. 3, p. 547-556, 2018.
16. CARNEIRO, S. G.; PINHO, T. D.; TEIXEIRA, R. R.; ARAÚJO, C. R. (2023). Mulheres no contexto rural e a sobrecarga do trabalho doméstico não remunerado: impactos na saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(2), e00234.
17. COSTA, A. P.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, P. T. (2014). Desigualdade de gênero e suas implicações para a saúde mental das mulheres no campo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(4), 837-847.
18. RÜCKERT, S. L. (2018). Saúde comunitária e saberes populares: fortalecendo a autonomia e o autocuidado em territórios vulneráveis. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1149-1160.
19. GARNELO, L.; BARBOSA, A. D.; OLIVEIRA, T. C. (2020). Desafios na Atenção Primária à Saúde para populações ribeirinhas: acesso e qualidade dos serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), e000432.
20. CAMINHA, M. F. (2021). Violência de gênero e saúde mental das mulheres: reflexões e desafios para o SUS. *Revista Saúde Coletiva*, 28(4), 1029-1037.
21. BORSOI, A. C.; LACERDA, D. M.; GOMES, T. S. (2019). A violência contra a mulher e suas implicações para a saúde mental: uma análise qualitativa. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 43(3), 265-273.
22. RODRIGUES, F. M. (2024). A saúde das mulheres em comunidades isoladas: a importância de práticas culturais sensíveis e estratégias de enfrentamento da violência. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 50(3), 175-187.
23. Pimentel KP. Políticas de inclusão de crianças com necessidades específicas nas escolas municipais de Paraíso do Tocantins. *Emancipação*. 2017;18(1):63-82. doi: 10.5212/emancipacao.v.18i1.0013