



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS  
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E  
FEMINISMO (PPGNEIM/UFBA)**



**CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA**

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES  
QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA**

**SALVADOR – BA  
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS  
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E  
FEMINISMO (PPGNEIM/UFBA)**



**CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA**

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES  
QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Faculdade Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Área de concentração: Mulheres, Gênero e Feminismo. Linha de pesquisa: Gênero, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Silvia Lúcia Ferreira

SALVADOR – BA  
2016

Ficha catalográfica fornecida pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA

Pereira, Chirlene Oliveira de Jesus.

Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva / Chirlene Oliveira de Jesus Pereira. -- Salvador - Ba,2016.  
213 f.

Orientadora: Silvia Lúcia Ferreira.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo.) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2016.

1. Mulher quilombola. 2. Direitos sexuais e reprodutivos. 3. Acesso e utilização. 4. Serviços de Saúde. I. Ferreira, Silvia Lúcia. II. Título.

**CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA**

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES  
QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Faculdade Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo. Área de concentração: Mulheres, Gênero e Feminismo. Linha de pesquisa: Gênero, Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Aprovada em 30 de maio de 2016

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Sílvia Lúcia Ferreira (ORIENTADORA)  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Enilda Rosendo do Nascimento  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Josimara Aparecida Delgado  
Doutora em Serviço Social e Professora da Universidade Federal da Bahia

---

Rosangela Costa Araújo  
Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

*As mulheres quilombolas da minha comunidade que  
contribuíram imensamente para construção desse trabalho  
e a minha orientadora Silvia Lúcia que me ajudou a descortinar e  
compreender de maneira mais crítica esse tão rico e ao mesmo tempo complexo  
universo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Quanto caminhei para chegar até aqui e quão difícil foi percorrer esta longa jornada. Mulher negra, quilombola, pescadora, de classe social baixa, neta de agricultor e marisqueira, filha de doméstica. Diante de todas as dificuldades consegui ter um nível superior e hoje estou realizando mais um sonho, subindo mais um degrau, concluindo mais uma etapa dessa longa caminhada. Essa sou EU, essa é a minha história.

Mas, nessa longa caminhada tiveram pessoas que construíram comigo esse sonho, por isso não poderia deixar de agradecer a cada uma (um).

Primeiramente quero agradecer a Deus por nunca ter me abandonado e sempre acalentado meu coração nas horas difíceis, iluminando meu caminho nessa longa e difícil jornada.

Ao meu santo de fé o padroeiro Bom Jesus da Lapa e à minha Mãe das Águas Iemanjá pela sua proteção.

Agradeço à minha avó e a meu avô (in memória) por ter me criado e ensinado a ser a pessoa que sou, sendo a minha base.

Ao meu esposo, companheiro, amigo e confidente, que vem me apoiando nessa longa jornada, nos momentos difíceis e alegres.

À minha mãe Rita, mulher guerreira que mesmo não podendo estar perto sempre cuidou de mim, estando sempre na torcida.

À minha orientadora Sílvia Lúcia pelos conhecimentos e aprendizados passados através da construção desse trabalho, me acalmando nos momentos difíceis e fazendo ter um olhar mais crítico e propositivo. Aprendi muito.

Ao PPGNEIM, espaço de aprendizado, troca e construção de conhecimento. Agradeço a todo corpo docente por todo aprendizado. Por me fazer acreditar que

“Lugar de mulher é onde ela quiser”. Agradeço também as (os) funcionárias (os) do programa.

À turma Neim *forever*, nas pessoas de Leo, Eliana, Taty, Soninha, Nzinga, Damiana, Paulinha, Érica, Ermildes, Firmi, Chico, Monise, Cintia, Sabrina, Jordânia, Luísa, Léa, Amanda. Eita turma boa, quanta coisa aprendi com vocês.

Às minhas tias e tios pelo apoio e torcida.

Aos meus irmãos, especialmente a Junior e minha irmã Ana Paula.

Ao meu Padrasto que me apoiou muito nessa caminhada.

Agradeço a todos(as) professores(as) do curso de Serviço Social da UFRB, por todo conhecimento passado, que me deram a base para eu seguir caminhando, especialmente a Valéria Noronha que me aproximou da discussão de Gênero e suas interseccionalidades.

Agradeço especialmente às mulheres quilombolas que contribuíram para a construção desse trabalho, dividindo suas histórias comigo.

Ao Movimento de Pescadores e Pescadoras Artesanais da Bahia e Articulação Nacional das Pescadoras.

À Eliane amiga que mesmo distante, se faz presente.

Às professoras Enilda, Josimara e Rosângela que aceitaram participar da minha banca e cujas contribuições foram importantes para aprimorar o trabalho.

Enfim, quero deixar um agradecimento mais que especial a todas(os) que contribuíram direta e indiretamente.

Maria, Maria  
É um dom, uma certa magia  
Uma força que nos alerta  
Uma mulher que merece  
Viver e amar  
Como outra qualquer  
Do planeta

Maria, Maria  
É o som, é a cor, é o suor  
É a dose mais forte e lenta  
De uma gente que ri  
Quando deve chorar  
E não vive, apenas aguenta

Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana sempre  
Quem traz no corpo a marca  
Maria, Maria  
Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania  
De ter fé na vida

***Trecho da “Maria, Maria” de Milton Nascimento***

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

PAF – Programa de Anemia Falciforme

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PSF – Programa de Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

USG – Ultra Sonografia Geral

PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus Pereira. **Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva.** 113f. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## RESUMO

A saúde reprodutiva das mulheres quilombolas ainda tem pouca visibilidade na atualidade e mostrar essa realidade se configura como grande desafio. O presente estudo tem como objetivo geral: analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA e específicos: identificar o perfil social e reprodutivo das mulheres quilombolas e identificar elementos do acesso e utilização dos serviços de saúde na Atenção Básica. Considerando a importância da pesquisa social e sua dimensão investigativa para análise da realidade social foi adotado neste estudo a pesquisa qualitativa de natureza exploratória-descritiva e análise dos dados baseado na análise de conteúdo. A coleta de dados foi realizada com roteiro semiestruturado aplicado a 18 mulheres quilombolas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos que se autodeclararam pretas/pardas; com experiência reprodutiva, que utilizaram serviços da rede básica de saúde. Nos resultados apresenta-se o perfil social e reprodutivo das mulheres quilombolas e as categorias de análise: experiências com planejamento reprodutivo; a assistência no período gravídico-puerperal; o acesso e utilização de exames básicos de saúde reprodutiva; a percepção de condição de saúde segundo a raça/etnia e as relações estabelecidas com (as)os profissionais de saúde da Atenção Básica. Identificam-se as principais dificuldades que as mulheres quilombolas possuem para o acesso e utilização de serviços de saúde reprodutiva, onde a distância dos serviços em relação à localização do território e ausência de meio de transporte rápido e adequado foi apontada como central. Outros aspectos importantes identificados foram: ausência de planejamento reprodutivo, resultando em gravidez indesejada; desconhecimento e dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, dificuldades para a realização do parto e assistência pós-parto; dificuldade para a

marcação de consultas e realização de exames básicos; presença de racismo institucional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulher quilombola, Direitos sexuais e reprodutivos, Acesso e utilização, Serviços de Saúde.

PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus Pereira. Access to and use of health services by Quilombola women to reproductive health promotion. 113f. 2016. Dissertation (Masters in Interdisciplinary Studies of Women, Gender and Feminism) - Graduate Program in Interdisciplinary Studies of Women, Gender and Feminism, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

## **ABSTRACT**

Reproductive health of quilombo women still have little visibility today and show that reality is configured as a challenge. This study has the general objective: to analyze the access and use of health services by Quilombola women to promote reproductive health in Stone Harbor community - Maragogipe - BA and specific: to identify the social and reproductive profile of quilombo women and identify access elements and use of health services in primary care. Considering the importance of social research and its investigative dimension for analysis of social reality was used in this study qualitative research of exploratory-descriptive and analysis of data based on content analysis. Data collection was performed using semi-structured applied to 18 quilombo women of reproductive age between 18 and 49 years who declared themselves black / brown; with reproductive experience that used the basic health services network. The results shows the social and reproductive profile of quilombo women and categories of analysis: experiences with reproductive planning; assistance during pregnancy and puerperal period; access and use of basic tests of reproductive health; the perception of health status according to race / ethnicity and the relations with (the) health professionals Primary Care. the main difficulties that quilombo women have access to and use of reproductive health services are identified, where the distance of services regarding the location of the area and lack of means of rapid and reliable transport was identified as central. Other important aspects were identified: lack of reproductive planning, resulting in unwanted pregnancy; ignorance and poor access for monitoring prenatal difficulties for the delivery and postpartum care; difficulty in scheduling appointments and performing basic tests; presence of institutional racism.

**KEYWORDS: Quilombo woman, Sexual and reproductive rights, Access and use, Health services.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Objetivo Geral	15
1.2 Objetivos específicos	16
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
2.1 intersecções de gênero, raça/etnia em saúde reprodutiva	17
2.2 Saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e o acesso nos serviços de saúde	25
<b>3. METODOLOGIA</b>	30
3.1 Técnicas e Instrumentos de pesquisa	30
3.2 Local do estudo: A comunidade quilombola de Porto da Pedra	32
3.3 Aspectos éticos da pesquisa	33
3.4 Aproximações com o campo de pesquisa e com as mulheres entrevistadas	33
3.5 Análise dos dados	35
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	37
4.1 Perfil das mulheres quilombolas	37
4.2 Experiências com planejamento reprodutivo	44
4.3 A assistência às mulheres no período gravídico-puerperal.	52
4.4 O acesso e utilização de exames básicos de saúde reprodutiva	64
4.5 A percepção de condição de saúde segundo a raça/etnia	70
4.6 Relações estabelecidas com os profissionais de saúde da Atenção Básica.	74
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	81
<b>REFERÊNCIAS</b>	83
<b>APÊNDICES</b>	96
<b>ANEXOS</b>	106

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a minha trajetória tenho observado como as comunidades quilombolas ainda continuam enfrentando problemas com educação, saúde, habitação, assistência social, dentre outras e o quanto permanecem socialmente invisíveis. Sou quilombola e desde quando nasci resido na comunidade de Porto da Pedra. Aos 19 anos ingressei no Movimento de Pescadores e Pescadoras. Este movimento abrange uma pauta além da pesca, voltada para a defesa das comunidades quilombolas por isso juntei-me aos demais companheiros e companheiras para lutarmos por melhorias para os nossos territórios quilombolas e pesqueiros.

Com meu ingresso no curso de graduação em Serviço Social em 2009 (UFRB) e no grupo de pesquisa Orun Aiyê, um estudo em defesa da saúde da população negra despertou-me a vontade de estudar mais a realidade de saúde da minha comunidade quilombola que enfrentava e continua enfrentando vários problemas com relação ao acesso aos serviços de saúde. Como resultado dessas experiências, o tema do meu trabalho de conclusão de curso foi “*Política de Saúde da População Negra*” direcionando a análise para as condições de acesso e utilização de serviços de saúde nesta comunidade.

Minha paixão e interesse pela área da saúde desde a graduação me revelou como as comunidades e, principalmente as mulheres quilombolas, estão expostas às desigualdades sociais e como as assimetrias de gênero, a raça/etnia e classe social estão intrinsecamente relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde. A minha identidade negra, quilombola, pescadora, de classe social e de trajetória política me colocava frente a mais esse desafio.

Um primeiro levantamento sobre pesquisas na saúde das mulheres quilombolas identificou a existência de poucas publicações sobre o tema, o que dava mais significado à minha pesquisa. Além disso, não existe nenhum tipo de estudo que fosse direcionado para a saúde das mulheres quilombolas, na comunidade de Porto da Pedra. Então me fiz a pergunta: por que não pesquisar o local de onde eu venho e mostrar os resultados sobre a situação de saúde das mulheres? Essa foi uma pergunta que me inquietou muito. A partir desse momento passei a observar e tomar maior consciência, como mulher negra de etnia quilombola, de classe

trabalhadora, marisqueira e usuária dos serviços de saúde pública, percebi que era preciso visibilizar as dificuldades das mulheres quilombolas quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde. Minhas tias, minha avó, as mulheres da minha comunidade no cotidiano falavam das dificuldades que tinham para conseguir atendimento médico, e tudo me levava a falar dos serviços de saúde prestados a essas mulheres.

Até o presente momento, sou a primeira mulher a conquistar um título de graduação na minha comunidade o que reafirma o meu papel político e de compromisso ético-político com a realidade desta comunidade. Minha trajetória política de ativismo no Movimento de Pescadoras e Pescadores Artesanais, de luta pela demarcação e titulação das terras quilombolas e meu papel de liderança comunitária reforça o meu compromisso com as mulheres.

Um dos caminhos escolhidos, foi o desenvolvimento de um estudo mais aprofundado direcionado para as mulheres quilombolas, a partir da minha inserção no mestrado no Programa de Pós-Graduação de Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo (PPGNEIM-UFBA) em 2014 e que resultou no projeto para analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde das mulheres quilombolas com foco na saúde reprodutiva.

Junto com minha orientadora<sup>1</sup> tornou-se possível este trabalho, que não se trata apenas de um desejo particular, mas de colocar em prática um “conhecimento engajado” ou ainda, identificando certo “privilégio epistemológico” já que o lugar de onde falo constitui a minha experiência de vida.

A comunidade do Porto da Pedra é uma região cujo acesso aos serviços básicos de saúde é precário e não existem intervenções para que estes serviços cheguem até a comunidade, especialmente ações específicas no atendimento às mulheres. A Unidade Básica de Saúde da Família – (UBSF)<sup>2</sup>, que atende as mulheres está localizada em uma comunidade vizinha a mais ou menos oito quilômetros de distância, sendo que o principal acesso para chegar até a UBSF é pela via fluvial com o transporte de canoa de madeira. Assim como, fica afastada do

---

<sup>1</sup> Profa. Dra. Sílvia Lúcia Ferreira

<sup>2</sup> Essa unidade de saúde é responsável por atender um número considerável de comunidades.

centro da cidade o que dificulta ainda mais o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres quilombolas no que se refere à saúde reprodutiva.

A desigualdade étnico-racial na saúde reprodutiva de mulheres negras se revela tanto no acesso quanto no uso dos serviços de saúde. Um estudo feito por Goes em 2011 com base na PNAD (2008) identificou:

(...) que as mulheres negras acessam menos todos os serviços preventivos de saúde, ao se comparar com as mulheres brancas, e tem um maior percentual de falta acesso para o exame clínico das mamas, um exame de conduta preventiva, que pode ser realizado por um/a médico/a ou enfermeira/o, simples e de baixo custo, podendo reduzir, em cerca de 80%, a mortalidade por câncer de mama (GOES, 2011, p. 71).

A PNAD mostra que o percentual de mulheres brancas de 40 anos ou mais que havia realizado exame clínico de mamas, no período inferior a um ano, foi de 45,1%, e, para aquelas que realizaram mamografia, foi de 40,2%. Já para as mulheres negras na mesma faixa etária, este percentual foi de 33,1% e 28,7%, respectivamente (IPEA, 2011). Quanto ao exame preventivo de colo de útero com base na PNAD 2008, Domingues (2013) identificou de acordo com a recomendação da OMS que 80% da cobertura para a realização do Papanicolau. Considerando esse percentual foi identificado que entre as mulheres negras a cobertura foi baixa com diferença de aproximadamente cinco pontos percentuais em relação às brancas.

Outro dado importante que reafirma esta desigualdade na atenção à saúde reprodutiva de mulheres negras é do Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010 quanto à utilização de métodos contraceptivos e do planejamento familiar. As mulheres negras e brancas entre 15 e 49 anos apresentaram um percentual acentuado, o índice das mulheres brancas que leram ou ouviram falar sobre como evitar gravidez foi de 88,0%, e das pretas e pardas, 85,9%.O relatório chama atenção, destacando que “apesar das assimetrias não terem sido muito pronunciadas, em todas as faixas de idade selecionadas o percentual de pretas e pardas que não ouviram ou leram sobre como evitar gravidez apresentou-se superior ao ocorrido entre as brancas” (Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010, p. 86).

O mesmo relatório acrescenta ainda que “no que diz respeito a ter tido informação sobre planejamento familiar, 21,4% das mulheres brancas e 23,3% das pretas e pardas, entre 15 e 49 anos de idade, responderam positivamente a esta pergunta as (os) entrevistadoras (es) da PNDS 2006”. Sobre os principais métodos anticoncepcionais utilizados pelas mulheres brancas vieram “ser a pílula (30,5%), seguida da esterilização feminina (21,7%) e do uso do preservativo (15,5%). Já no caso das pretas e pardas, os três métodos mais empregados foram: esterilização feminina (29,7%), pílula (23,2%) e uso do preservativo (16,0%)”. Podemos observar que a esterilização ainda é mais frequente entre as mulheres negras.

Além da desigualdade étnico-racial no acesso e utilização aos métodos anticoncepcionais aparece também a classe social como determinante, pois muitas mulheres declararam que umas das implicações de terem engravidado seria a falta de “dinheiro para acessar algum método anticoncepcional, situação apontada por 20,3% das pretas e pardas e por 14,7% das brancas que foram mães antes dos 20 anos de idade” (Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010, p. 90).

A partir destes dados, podemos afirmar o quanto é importante estudar como se configuram as relações étnico-raciais quanto à saúde reprodutiva das mulheres negras quilombolas na realidade atual. São questões que ainda precisam ser visibilizadas, pois muitas destas mulheres não recebem nenhum tipo de assistência à saúde o que despertou meu interesse.

Assim este estudo tem por objetivos:

### **1.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar como se dá o acesso e a utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas na promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar o perfil social e reprodutivo das mulheres quilombolas;
- Identificar elementos do acesso e utilização dos serviços de saúde na Atenção Básica quanto à saúde reprodutiva.

A partir dos objetivos estabelecidos, a apresentação dos resultados se dará em seis momentos: o primeiro apresenta o perfil social e reprodutivo das mulheres quilombolas, o segundo constrói uma análise sobre as experiências de planejamento reprodutivo das mulheres quilombolas; o terceiro analisa o tipo de assistência recebida no período gravídico-puerperal; o quarto as dificuldades que as mulheres quilombolas enfrentam para o acesso e utilização de exames básicos de saúde reprodutiva; o quinto momento procura entender as percepções de condições de saúde que as mulheres possuem a partir da raça/etnia, o sexto e último momento, analisa como se dá a relação dessas mulheres com os profissionais da Atenção Básica.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 INTERSECÇÕES DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA EM SAÚDE REPRODUTIVA.

A saúde das mulheres passou a ser foco das políticas de saúde nas primeiras décadas do século XX, que de forma bastante restrita e limitada atendiam apenas as demandas do período gravídico-puerperal<sup>3</sup>, sendo alvo inclusive de fortes críticas por parte do movimento de mulheres e feminista como um todo, como refere à PNAISM;

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (PNAISM, 2004, p. 15/16).

O movimento feminista ao criticar esse modelo de atenção à saúde passou a lutar para que as demandas específicas fossem atendidas e as desigualdades diminuídas. Neste sentido, a luta em torno dos direitos de saúde das mulheres conseguiu avançar, sendo possível levar para dentro do Estado, a discussão de que as mulheres não deveriam ser vistas como meras reprodutoras sem garantia de direitos, mas que deveria lhes garantir uma atenção humanizada sem discriminação de gênero, raça, classe ou etnia, ou seja, entendendo o gênero na sua transversalidade e interseccionalidade para assim garantir saúde. Com isso o movimento entendia que não teria como pensar saúde, sem pensar o gênero enquanto uma categoria transversal e com políticas que considerassem essas dimensões. O movimento de mulheres e feminista negro chamavam atenção para as disparidades étnico-raciais entre mulheres negras e brancas.

---

<sup>3</sup> Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PNAISM, 2004, p. 15).

A partir da Constituição Federal de 1988, as demandas das mulheres ganharam maior visibilidade, quando a maioria das pautas foi atendida pela Constituição. Desta forma, a política de saúde para as mulheres se insere neste contexto aliada a um conjunto de políticas sociais, que incluía também educação, assistência, habitação, entre outras.

Anterior a Constituição de 88 houve a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1984, que representou um passo importante no processo de abertura política e de resposta do Estado às manifestações das mulheres<sup>4</sup>, infelizmente não conseguiu dar conta de preencher todas as lacunas e não atendia a todas as mulheres igualmente, embora fosse considerado um avanço.

Este novo Programa passa a ser prioridade do Ministério da Saúde por ter amplo respaldo no movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior (Programa Materno-Infantil). A partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade (SEPÚLVEDA, 2013).

Este programa, embora de forma limitada, representou um marco importante na conquista das mulheres por direitos de saúde, pois rompia com um modelo conservador que centrava na mulher apenas no período gravídico-puerperal que reafirmava apenas o seu papel de mãe, de reprodutora. Como afirmam TEIXEIRA e FERREIRA 2011:

(...) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), representou uma ruptura paradigmática com os programas de saúde até então destinados às mulheres, ao exigir a posição da mulher enquanto sujeito, incorporar o direito da regulação da fertilidade como um direito social e enfatizar a dimensão educativa para que as mulheres pudessem fazer suas escolhas bem informadas e livres de coerção (TEIXEIRA e FERREIRA, 2011, p.263).

---

<sup>4</sup> Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL/MS, 2004, p. 15).

Em substituição ao PAISM, em 2004, frutos das lutas, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>5</sup> (PNAISM) com uma visão mais ampliada de saúde para a realidade das mulheres, sendo elaborada por diversos atores da sociedade civil, especialmente com a participação do movimento feminista, movimento negro, profissionais, gestores e pesquisadores da área da saúde, entre outros.

Esta parceria resultou em diretrizes para uma atenção mais humanizada com melhoria na qualidade do atendimento para as mulheres como também uma atenção mais humanizada na saúde sexual e reprodutiva. A PNAISM, ao trazer essa nova perspectiva de atenção, considera que a saúde envolve diversos aspectos da vida, que no caso das mulheres são agravados pela discriminação nas relações sociais e por outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza que realçam ainda mais as desigualdades (BRASIL/MS, 2004).

Essa política representa um grande avanço, pois atenta-se para questões que até então permaneciam relegadas, trazendo a transversalidade de gênero e interseccionalidades nos diferentes eixos temáticos.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (PNAISM, 2004, p. 59).

Sobre o princípio da humanização e da qualidade dos serviços de saúde prestado a mulher a PNAISM acrescenta ainda que:

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (PNAISM, 2004, p. 59).

---

<sup>5</sup> Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL/MS, 2004, p. 5).

A política propõe também estratégias para a melhora da atenção à saúde das mulheres negras, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde e na própria assistência durante a gravidez e parto, bem como, diabetes mellitus tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme em mulheres negras, reconhecendo que essa proporção pode aumentar mais ainda no período gravídico-puerperal.

O recorte racial/étnico é fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento e execução de ações. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça/etnia são absolutamente necessários para que se possa avaliar a qualidade de vida de grupos populacionais, de que e como adoecem e de que morrem (BRASIL/MS, 2004, p. 51).

Desta forma, sob o enfoque de gênero e racial os objetivos expostos na PNAISM consistem em promover a atenção à saúde da mulher negra mediante: melhora do registro e produção de dados; capacitação dos profissionais de saúde; implantação do Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal e inclusão e consolidação do recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS (BRASIL/MS, 2004).

O tema relacionado à saúde da mulher negra de etnia quilombola é apresentado no capítulo posterior, mas os dados produzidos nacionalmente nos fornecem indícios de que estas sofrem com a carência de acesso aos serviços básicos de saúde reprodutiva, tanto por residirem em territórios de difícil localização quanto pela sua condição de mulher negra e quilombola. O difícil acesso impede cuidados preventivos de saúde, como acompanhamento ginecológico, realização de consultas pré-natais, assistência ao parto e pós-parto, por exemplo.

Todavia é necessário compreender que a saúde reprodutiva<sup>6</sup> de mulheres negras é um tema que vem sendo discutido na sociedade brasileira, mais fortemente a partir da década de 80, com a criação do PAISM em 1984 que previa assistência, em todas as fases da vida, na clínico-ginecológica, no campo da reprodução

---

<sup>6</sup>A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (BRASIL/MS, 2013, p.13).

(planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como também em casos de doenças crônicas ou agudas, prevendo desta forma, que houvesse uma maior autonomia das mulheres sobre seu corpo, seu estado de saúde e sua vida, mas as questões do gênero e suas assimetrias como fatores determinantes do acesso não era tocada.

Santos, Guimarães e Araújo (2007) destacam a necessidade de reconhecer as questões que comprometem a saúde da mulher cujas origens estão assentadas nas desigualdades de gênero e étnico-raciais. Nesta direção é fundamental enfatizar “a importância de se identificar, medir e informar os problemas de saúde que atingem mulheres negras que, no cotidiano, têm as garantias constitucionais frequentemente violadas” (SANTOS, GUIMARÃES, ARAÚJO, 2007, p. 89). O gênero enquanto uma categoria útil de análise, interseccionado por raça/etnia e a classe social são fundamentais para explicar as desigualdades em saúde reprodutiva das mulheres quilombolas.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989/BRASIL/MS, 2004, p. 12).

O gênero enquanto uma categoria importante para explicar as relações sociais, não consegue dar conta sozinho de explicar as desigualdades decorrentes das diferentes assimetrias desta forma:

(...) não é possível separar sexo de classe ou de raça e tampouco isolar um destes, pois são quesitos que se fundiram historicamente e (...) são elementos que precisam ser analisados numa perspectiva de indissociabilidade, tendo em vista a simbiose patriarcado-racismo-capitalismo (SAFFIOTI, 1992; GUIRALDELLI e ENGLER, 2008, p. 251).

Ainda tratando de gênero enquanto categoria pode ressaltar:

A construção do gênero pode, pois, ser compreendida como um processo infinito de modelagem-conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens. Também as classes sociais se formam nas e através das relações sociais. Pensar esses agrupamentos humanos como estruturalmente dados, quando a estrutura consiste apenas numa possibilidade, significa congelá-

los, retirando da cena a personagem central da história, ou seja, as relações sociais (SAFFIOTI, 1992, p. 211).

A concepção de raça/etnia, imbricada no gênero é de fundamental importância para analisar a política de saúde com foco para a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas, pois assim como gênero explica as desigualdades entre mulheres, mulheres e homens, na saúde essa relação se explica principalmente quando a mulher negra é discriminada frente à mulher branca. O conceito de raça/etnia é compreendido como:

(...) constructos sociais, formas de identidade baseadas numa idéia biológica errônea, mas socialmente eficaz para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios. Se as raças não existem num sentido estrito e realista de ciência, ou seja, se não são um fato do mundo físico, elas existem, contudo, de modo pleno, no mundo social, produtos de formas de classificar e de identificar que orientam as ações humanas (GUIMARÃES, 1999, p.153).

Como sabemos, o acesso desigual nos serviços de saúde provoca sequelas gravíssimas na vida das mulheres quilombolas. Jurema Werneck (2005) alerta sobre o acesso desigual entre mulheres negras e brancas nos serviços de saúde, pontuando que isto ocorre por que há uma desigualdade étnica, racial e de gênero no acesso aos serviços de saúde.

Compreende-se que as desigualdades étnico-raciais e de gênero no sistema de saúde assim como o racismo são estruturantes para que o SUS não atenda a todas igualmente. Dessa forma, as desigualdades étnico-raciais e de gênero são grandes obstáculos para o não acesso às ações de promoção e prevenção de saúde das mulheres negras e têm impactado nas condições de vida e no processo de adoecimento.

O déficit na atenção à saúde das mulheres negras no atual sistema de saúde provoca iniquidades sociais que acometem o seu estado de saúde. Um dos fatores incidentes está na discriminação de gênero e étnico-racial que colocam essas mulheres numa posição de desvantagem em inúmeras situações. Mulheres negras de etnia quilombola têm dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e a políticas públicas eficazes para a superação das desigualdades. Destarte, “desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e na utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição

social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, de iniquidades” (TRAVASSOS e CASTRO, 2012, p. 183).

Para superação dessa desigualdade que se coloca também como desafio para implementação e execução das políticas de saúde é necessário pensar a transversalidade nas políticas e principalmente a interseccionalidade entre gênero, raça, etnia e classe.

A interseccionalidade permite a visibilização das diferenças – desigualdades e privilégios – entre mulheres e no interior da população negra e, desse modo, possibilita que se produzam respostas individualizadas, diretamente ligadas às vivências e necessidades de grupos específicos. (CRIOLA, 2010, p. 07).

As mulheres negras estão expostas a diferentes riscos que comprometem sua saúde reprodutiva, privando-as de exercer a sua autonomia. Como afirma Souza e Alvarenga (2007) uma concepção fundamental, veiculada por esses direitos tanto o sexual como o reprodutivo, é a autonomia, que requer o direito fundamental do exercício da liberdade. Desta maneira, “a saúde reprodutiva relaciona-se ao usufruto da liberdade intrínseca aos direitos sexuais e reprodutivos” (SOUZAS e ALVARENGA, 2007, p. 125).

A introdução, pelas mulheres negras, da questão racial como fator indissociável das discussões sobre as condições sociais e de classe em que a esterilização era realizada no país, tornou o debate ainda mais complexo. As mulheres negras traziam para a análise da saúde informações sobre essa parcela da população feminina que detinha os maiores índices de mortalidade materna, maiores dificuldades no acesso à saúde, e que era alvo preferencial da política de esterilização que estava concentrada nas regiões norte e nordeste (regiões de maior densidade de população negra) (CFEMEA, 2009, p. 45).

A esterilização de mulheres negras, por exemplo, é maior quando comparada as mulheres brancas, conforme aponta o Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010, nos anos de 1996 e 2006.

(...) a esterilização, especialmente a feminina, apresentava-se como um método anticonceptivo mais importante entre as mulheres pretas e pardas do que entre as mulheres brancas. Tal realidade se fez presente tanto no ano de 1996 como no ano de 2006. Naquele primeiro ano, o percentual de mulheres brancas em idade reprodutiva que estavam esterilizadas foi de 25,6%. Dez anos depois, este percentual havia caído 3,9 pontos percentuais, para 21,7%. Já entre as mulheres pretas e pardas, o peso relativo das mulheres esterilizadas passou de 28,7%, em 1996, para 29,7%, em 2006, tendo se elevado em um ponto percentual. A diferença na proporção de mulheres pretas e pardas esterilizadas, comparativamente às

brancas, passou de 3,0 pontos percentuais para 8,0 pontos percentuais nesse lapso de dez anos (Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010, 2010, p.88/89).

Sobre a esterilização de mulheres o relatório acrescenta ainda que 17,1% das mulheres negras entre 15 e 49 anos de idade no ano de 2006 que fizeram operação de esterilização se arrependeram de terem feito, já o percentual das brancas foi 13,7%.

Neste sentido, a saúde reprodutiva das mulheres negras quilombolas deve ocupar um lugar central nas políticas de saúde para que estas sejam assistidas de forma universal, integral, equânime e equitativa como propõe o Sistema Único de Saúde, pois “a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna a saúde reprodutiva das mulheres vulnerável à morte ou suscetível a danos durante o parto, a uma gravidez não desejada ou a doenças sexualmente transmissíveis” (CFEMEA, 2009, p. 50). A Atenção Básica em Saúde tem um papel extremamente importante já que a saúde reprodutiva é uma ação considerada básica em saúde.

(...) a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL/MS, 2012).

Deste modo, a Atenção Básica pela sua relevância deve compreender a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral em saúde e por este motivo pode e deve propor ações de cuidados e um acompanhamento regular do estado de saúde das mulheres. O debate sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas deve abordar diversas questões que perpassam o setor saúde, podendo estar associada à desigualdade étnico-racial nos serviços de saúde

inclusive na assistência reprodutiva de mulheres negras quilombolas por inúmeros fatores associados. Considerando o conceito de acesso e utilização que nortearão o estudo podemos afirmar que há um acesso desigual não utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres quilombolas incidindo negativamente nas condições de saúde reprodutiva.

## **2.2 SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES QUILOMBOLAS E O ACESSO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

O direito a saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. É o eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia (PNSIPN, 2006) onde mulheres e homens possam desfrutar dos mesmos direitos e igualdade de acesso às variadas políticas públicas para superação da desigualdade social. “Nesta perspectiva, as desigualdades resultam em prejuízo no acesso aos direitos definidos como fundamentais, como a educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para os grupos sociais historicamente excluídos” (GOES, 2013).

As desigualdades em saúde são um tema central das discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações, no mundo todo. As desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico (SANCHEZ e CICONELLI, 2012, p. 260).

Considerando o conceito de acesso, Travassos e Martins destacam que “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto” (2004, p.191). Os autores ainda salientam: O “(...) acesso pode ser explicado por uma característica da oferta de serviços importantes para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde” (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 192).

Embora o conceito de acesso seja difuso, Travassos et.al (2006) aponta que o acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário (...) expressando características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. De acordo com

Andersen (1995) o conceito de acesso é multidimensional sendo composto por dois elementos: o acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços, e acesso realizado que representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial (ANDERSEN, 1995, apud, TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. O acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas (TRAVASSOS e VIACAVA, 2007, p. 2490).

Acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIAÇAVA, 2006). Nesse sentido, a dinâmica de utilização de tais serviços tem sido avaliada a partir da sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta (SAWYER, LEITE e ALEXANDRINO, 2002, p. 758). Assim,

Acesso expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIAÇAVA, 2006, p. 976).

Compreendendo a perspectiva do acesso, entende-se que ele por si só não pode ser explicado apenas pela oferta de um determinado serviço, mas na garantia de uso dos mesmos, ou seja, “a utilização dos serviços que saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde” (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 190). Em linhas gerais a utilização de serviços de saúde é um comportamento complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que incluem características de organização da oferta, características sociodemográficas dos usuários, perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O conceito de uso compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 190).

O acesso e utilização nos serviços de saúde por diferentes grupos populacionais se configura como um grande desafio para o sistema de saúde, no caso das mulheres quilombolas, as condições geográficas e sócio-organizacionais contribuem para um menor acesso e uso dos serviços de saúde. Desta forma, os atributos sócio-organizacionais que incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, influenciam significativamente no acesso, assim como, a acessibilidade geográfica, em função do tempo e do espaço, da distância física entre o usuário e os serviços que também influenciam. (DONABEDIAN, 1973, apud, SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

A análise de dados desagregados por raça/cor da pele demonstra que parcelas das mulheres, representadas pelas negras, exibem os piores indicadores de utilização dos serviços preventivos, apontando para a reprodução das relações desiguais de raça/cor da pele em nossa sociedade. (BOA SORTE, 2015, p.20).

A falta de acesso aos serviços básicos de saúde reprodutiva é a principal causa de adoecimento e morte das mulheres negras e quilombolas. A ausência de um diagnóstico prévio e um acompanhamento regular pelos profissionais de saúde é outro fator determinante sobre risco e morte das mulheres negras e quilombolas.

Um estudo feito por Santos, Guimarães e Araújo revelou que, por exemplo, “(...) o câncer de colo de útero destacou-se entre as cinco causas específicas na faixa etária entre 40 e 49 anos, com maior risco de morte de mulheres negras” (SANTOS, GUIMARÃES e ARAÚJO, 2007, p. 93/94). Segundo essas autoras “os achados revelam iniquidades na saúde das mulheres negras, decorrentes da violação de direitos que dificultam a ascensão social e o acesso a condições dignas de saúde” (SANTOS, GUIMARÃES e ARAÚJO, 2007, p. 87). Neste sentido, Boa Sorte, Nascimento e Ferreira (2015) em estudo com mulheres quilombolas afirma que:

Diante desse cenário, inclui-se a dificuldade de acesso das mulheres de comunidades quilombolas às ações preventivas, como a prevenção para o

CCU, visto que, de maneira geral, as mulheres negras, apesar de lhe ser garantido o direito à saúde, ainda são vulneráveis a diversas patologias, dentre elas o câncer do colo uterino (BOA SORTE, 2015, p. 18).

Estudo sobre acesso aos exames de detecção precoce do câncer realizado por Bairros et.al, “aponta que embora “53,4% e 77,0% de todas as mulheres da amostra tenham realizado exame de mama e citopatológico no último ano, apenas 43,4% e 68,6% das mulheres negras realizaram esses exames no mesmo período” (BAIROS et.al, 2008, p. 140). O estudo acrescenta ainda que: “chama a atenção que 17,2% das mulheres negras nunca fizeram exame citopatológico, apresentando risco 100% maior que as mulheres brancas (9,7%)” (BAIROS et.al, 2008, p. 140).

Assim, a questão do acesso e utilização de serviços de saúde reprodutiva se expressa tanto na questão do racismo com também na dificuldade encontrada pelas mulheres negras para acessar e utilizar esses serviços disponibilizados pelo SUS.

De acordo com o Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010, as mulheres pretas e pardas, que formam a grande massa que busca atendimento na saúde pública, seja para si ou para seus entes familiares, têm dificuldades de acesso aos serviços. Segundo os dados, 40,9% das pretas e pardas nunca haviam feito mamografia, contra 22,9% das brancas. Outras 18,1% das mulheres pretas e pardas nunca haviam feito o exame de Papanicolau, contra 13,2% das brancas. Em relação ao pré-natal, 71% das mães de crianças brancas fizeram mais de sete consultas; o número de mães de crianças pretas e pardas que passaram pelos mesmos exames é 28,6% inferior (BASTHI, 2011, p.24).

E com isso, percebe-se que mulheres negras e quilombolas adoecem e morrem mais precocemente se comparado as mulheres brancas, acessando e utilizando menos serviços de saúde. Assim, “nota-se também por razões sociais ou de discriminação o menor acesso das mulheres negras à saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e assistência obstétrica” (FRAGA e SANINO, 2015, p. 194).

Apesar de mulheres negras e mulheres brancas estarem, na maior parte dos casos, expostas aos mesmos agentes causadores de adoecimento e morte, o que verificamos é maior vulnerabilidade das mulheres negras, expressa em maiores taxas de mortalidade para o mesmo grupo de causas (Documento de Articulação de Organização de Mulheres Negras Brasileiras, 2012, p. 33).

As mulheres quilombolas enfrentam dificuldades para acessar e utilizar os serviços de saúde reprodutiva, sendo um problema oriundo do período da escravidão que continua persistindo na atualidade, fruto de um passado que tem a

cor como princípio da desigualdade ao acesso a bens e serviços e a discriminação como fundamento dessa desigualdade. Não podemos negar os avanços na saúde e na atenção à saúde da mulher negra, mais ainda permanece muitos desafios para uma atenção universal, equânime e integral que assegure o acesso e utilização de serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres quilombolas.

Assim, o entendimento das condições de vida, as representações e as necessidades de saúde das usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como a compreensão socioambiental em que estão inseridas são de extrema importância para que se compreenda os fatores envolvidos no acesso aos serviços de saúde e para efetivação de um cuidado que seja congruente com a realidade de cada mulher (BOA SORTE, 2015, p. 19).

Neste sentido, é preciso construir políticas públicas que possam dar resultados para a realidade de saúde reprodutiva das mulheres quilombolas viabilizando o seu acesso e utilização. Apesar do acesso e a utilização dos serviços de saúde reprodutiva ser um direito garantido pela Constituição Brasileira e por tratados internacionais, no entanto, um país com grandes desigualdades sociais, agravadas pelo racismo e pelas relações desiguais de gênero, aprofundam as dificuldades de acesso das mulheres negras (GOES, 2012) nos serviços de saúde e da sua utilização.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Boaventura Santos (2008) traz a ideia de que todo conhecimento científico é construído socialmente, afirmando que a objetividade do(a) pesquisador(a) não é neutra. Edgar Morin (2008, p. 15) menciona que “o conhecimento científico não faz mais do que provar suas virtudes de verificação e descoberta em relação a todos os outros modos de conhecimento”. O conhecimento científico nesta perspectiva é indispensável para o estudo e progresso do conhecimento. Neste sentido, a investigação científica ou o processo de pesquisa é fundamental na construção e socialização do conhecimento, seja no campo social, biológico, econômico, político, entre outras.

Maria Cecília Minayo (1994) coloca que a pesquisa social “é atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, vinculando pensamento e ação. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo” (MINAYO, 1994, p. 16) por isso tem fundamental importância para analisar a realidade social. Considerando este aspecto, a pesquisa social assume lugar de destaque na sociedade, devendo refletir sobre os aspectos conceituais, históricos, políticos, econômicos e sociais em que estão inseridas as pessoas e o lugar que estas ocupam na sociedade. Nesta perspectiva, Escandón (1992) fala que a história das mulheres deve recuperar sua presença em diversos aspectos, como vida social e pessoal, econômica, visual, linguística e as relações de gênero.

Assim, esta proposta de pesquisa busca realizar uma análise sobre como se configuram o acesso e a utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas na promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA. Como afirma Minayo (2014, p.39) “as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações culturais são específicas”. Assim, considerando a importância da pesquisa social e da sua dimensão investigativa para análise da realidade social adotamos neste estudo, a abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa serve para interpretar os fatos que não são capitados em valores, por exemplo, nas falas e depoimentos das (os) entrevistadas (os).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p.21/22).

Deste modo, “(...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações ou médias estatísticas”. (MINAYO, 1994, p.22).

Pierre Bourdieu (1999) afirma que a construção do objeto e das hipóteses na pesquisa envolve um domínio de conhecimento tanto no nível consciente quanto no metodológico, pois assim será possível construir argumentos consistentes e que venham dar respostas ao problema investigado. Assim, o uso de boa metodologia e um método de análise é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa.

A metodologia é entendida como o caminho a ser percorrido pela(o) pesquisador(a) em todo processo de investigação e análise de uma realidade, assim fornece os elementos necessários para compreendê-la. Minayo (1994) entende por metodologia:

(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (Minayo, 1994, p. 14).

O método assim como afirma Richardson (2010) é um caminho utilizado para se chegar a um determinado objetivo ou resultado.

O método é a forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objetivo (Richardson, 2010, p. 21).

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista semiestruturada levantando informações sobre possíveis desigualdades étnico-raciais no acesso e

utilização dessas mulheres nos serviços de saúde quanto à saúde reprodutiva. Para Marconi e Lakatos (2007) a pesquisa de campo se configura como:

(...) aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los (MARCONI e LAKATOS, 2007, p.82).

A entrevista semiestruturada é um importante mecanismo para coleta de dados e foi escolhida para esta pesquisa por meio de roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas direcionadas e formulário sociodemográfico.

Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVINOS, 1987, p. 146).

### **3.2 LOCAL DO ESTUDO: A COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PORTO DA PEDRA.**

As comunidades quilombolas foram reconhecidas constitucionalmente em 1988 como símbolo histórico e cultural da humanidade. O Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 no art. 2º considera remanescentes das comunidades quilombolas como grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

A comunidade de Porto da Pedra recebeu sua certidão de auto-reconhecimento pela Fundação Cultural Palmares no dia 08 de julho de 2005, e até momento aguarda a titulação e posse da terra.

A comunidade está localizada no Recôncavo Baiano na zona rural do Município de Maragogipe – BA, ficando distante da sede a mais ou menos 29 km. Destaca-se o domínio da profissão de pescadoras(es) e isso se dá principalmente porque a região fica localizada ao fundo da Baía de Todos os Santos no ponto de

encontro entre o Rio Paraguaçu com o Rio Guai formando uma extensa região cercada por manguezais, propiciando essa atividade como um dos principais meio de subsistência. Essa comunidade fica localizada dentro dos limites da Reserva Extrativista Baía do Iguape – RESEX<sup>7</sup>. Atualmente residem 54<sup>8</sup> famílias na comunidade. Por causa do processo de titulação do território existem conflitos entre fazendeiros e moradores(as) causados também pela plantação de eucalipto que invadiu a comunidade.

### **3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa. As questões éticas e legais do estudo seguiram as recomendações do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia pelo parecer de número 1.429.279. As mulheres participantes do estudo foram esclarecidas sobre os riscos e benefícios da pesquisa, tendo sua participação efetivada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3.4 APROXIMAÇÕES COM O CAMPO DE PESQUISA E COM AS MULHERES ENTREVISTADAS.**

Mesmo sendo moradora da comunidade e conhecendo as mulheres que seriam entrevistadas conversei com algumas e, após ouvi-las, percebi a necessidade de realizar oficinas que discutissem sobre direitos sociais e cuidados preventivos de saúde. Assim, foram montadas duas oficinas com o objetivo de discutir conceitos e a construção de direitos sociais a partir das experiências das

---

<sup>7</sup> A Reserva Extrativista é uma unidade de conservação, sendo seu principal objetivo a conservação, proteção e preservação do meio ambiente e da biodiversidade.

<sup>8</sup> Fonte: contagem própria.

mulheres e cuidados preventivos à saúde reprodutiva e a adoção de comportamentos preventivos em corresponsabilidade com o serviço de saúde.

Os conteúdos utilizados nas oficinas versaram sobre temas propostos tendo por objetivos provocar a reflexão e o conhecimento. A ideia foi provocar as mulheres para falarem sobre seus problemas e como eles eram percebidos, para assim fazer as discussões em torno dos temas.

Para a primeira oficina, foi utilizada a metodologia de colagens e papel metro para o seu desenvolvimento, onde as mulheres colocaram a ideia que tinham sobre direitos sociais, aproveitando momento para retirar suas dúvidas. Os pontos principais abordados nesta oficina foram os direitos previdenciários, saúde, educação, moradia, saneamento básico, entre outros.

Para a segunda oficina, sobre cuidados preventivos de saúde, o convite foi encaminhado para a enfermeira da unidade de saúde que participou deste momento. A partir do que as mulheres entendiam por prevenção à saúde reprodutiva foi dado direcionamento à oficina, expondo imagens e informações sobre saúde da mulher negra e da importância do cuidado preventivo de saúde reprodutiva.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, realizei uma visita à Unidade Básica de Saúde que atende as mulheres para conhecer os serviços ofertados pela unidade de saúde. A unidade funciona de segunda a sexta-feira das 07:00 as 16:00hs. A equipe responsável pela unidade é composta por 18 profissionais, sendo uma médica clínica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um recepcionista, uma auxiliar de dentista, uma auxiliar de serviços gerais e dez agentes comunitários(as) de saúde.

As atividades desenvolvidas pela unidade são: pré-natal, atendimento de pessoas com hipertensão e diabetes (hiperdia), visita domiciliar, curativo, glicemia capilar (HGT), aferição de pressão arterial, puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da Criança), planejamento familiar, preventivo de câncer ginecológico e de mamas, triagem neonatal (teste do pezinho), triagem Pré-Natal, coleta de exame laboratorial, retirada de pontos, vacinação, pequenas suturas, marcação de exames (RX, ECG, USG), marcação de consultas com médicos especialistas e realização de teste de HIV, Hepatite B, Hepatite C, Sífilis. Também é realizado tratamento odontológico. As atividades direcionadas para a saúde reprodutiva são: pré-natal – acompanhamento em todo período gestacional,

consulta médica ginecológica, preventivo de câncer ginecológico – Papanicolau, preventivo de câncer de mamas – acesso a alguns métodos contraceptivos – pílula oral, preservativo, injeção de um mês e de três meses, consulta puerperal – até três dias após o parto com visita domiciliar, ou quando a mãe leva o bebê para fazer o teste do pezinho, acompanhamento nutricional e de Serviço Social.

Segundo a profissional de enfermagem, a unidade responde por um total de 1222 famílias com 3682 pessoas. Sendo que 607 famílias são quilombolas, compondo um total de 1705 pessoas.

### **3.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Para análise dos dados, foi utilizada análise de conteúdo fundamentada na perspectiva de Bardin, que permitirá entender o sentido manifesto das mensagens, buscando o significado dos discursos das mulheres acerca da saúde reprodutiva, descrevendo os fenômenos e interpretando o sentido do que foi falado. Assim, a análise de conteúdo se define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2014, p. 44).

A análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, se organiza em três fases: 1) a pré-análise: fase preparatória para análise propriamente dita consiste na escolha dos documentos ou definição do corpus de análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos de análise e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final; 2) a exploração do material: fase de transformação dos dados que expressa descrever exatamente as características expressas no conteúdo do texto e 3) o tratamento dos resultados e a interpretação: fase de colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, seja através de operações estatísticas (frequência) ou mais complexas (análise factorial) ao qual permite apresentar quadro de resultados, diagramas, figuras e modelos (BARDIN, 2014).

O método de análise de conteúdo possibilitou categorizar e compreender, de maneira crítica, o contexto social, político e econômico no processo de exclusão e reprodução das desigualdades sociais que influencia diretamente na vida e na saúde reprodutiva das mulheres quilombolas da comunidade remanescente de quilombo de Porto da Pedra no acesso e utilização dos serviços de saúde.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

### 4.1 PERFIL DAS MULHERES QUILOMBOLAS

Foram identificadas a partir da visita casa a casa, 25 mulheres com experiência reprodutiva (consideradas as que tiveram ao menos uma gravidez). A pesquisa foi realizada com dezoito mulheres entre 18 e 49 anos, já que duas eram menores de 18 anos e cinco não aceitaram participar. Todas são moradoras da comunidade quilombola de Porto da Pedra, autodeclaradas negras. A maioria convive em união estável (quinze), tem renda familiar entre meio e um salário mínimo. Todas são marisqueiras; possuem residência própria, de taipa revestida/taipa e alvenaria. O nível de escolaridade é relativamente baixo com maior prevalência para o ensino fundamental incompleto. Todas as mulheres entrevistadas são beneficiárias de programa social, com exceção de uma.

Para preservar a identidade das mulheres do estudo foi-lhes atribuídos nomes fictícios de Maria, seguido da letra A a H, conforme a ordem das entrevistas realizadas. Para me, o nome Maria representa força, luta, mulher guerreira e de fibra. Com isto presto uma homenagem às colaboradas desta pesquisa. A inspiração veio também da música “Maria, Maria” de Milton Nascimento. O perfil de cada entrevistada está descrito a seguir:

**MARIA A.** 40 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, com renda familiar menor que um salário mínimo, reside em casa própria de alvenaria. Maria A convive em união estável com seu companheiro, mãe de dois filhos que nasceram de parto normal em sua residência, realizado por uma parteira da própria comunidade. Na primeira gravidez realizou três consultas de pré-natal e na segunda não realizou nenhuma. Teve o primeiro filho aos 22 anos e o segundo aos 24 anos, sendo que ambos foram frutos de gravidezes não planejadas. Aos 28 anos optou pela laqueadura por que não queria ter mais filhos.

**MARIA B.** 37 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, com renda familiar de um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida. Maria B convive em união estável com seu companheiro, mãe de dois filhos, fruto de gravidezes não planejadas. A primeira filha nasceu de parto cesáreo na maternidade Tsyla Balbino em Salvador – BA, e a segunda nasceu de parto normal no hospital de São Félix – BA. Essas filhas são frutos de relacionamento anterior ao atual. Teve a primeira filha aos 21 anos, a segunda aos 25 anos e sofreu um aborto espontâneo aos 27 anos. Realizou sete consultas em média de pré-natal, nas duas gestações. Aos 29 anos optou pela laqueadura por desejo de não ter mais filhos.

**MARIA C.** 43 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara parda, sua profissão é de marisqueira/pescadora, é analfabeta, religião católica, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, com renda familiar de um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida. Maria C convive em união estável, onde desse relacionamento vieram sete filhos, todos frutos de gravidezes não planejada. Teve o primeiro filho aos 19 anos, e o último com 33 anos, sendo que aos 24 anos teve um aborto espontâneo. Todos os partos foram realizados em sua residência com parteiras da comunidade. Realizou em média seis consultas de pré-natal, fora o primeiro filho que não fez nenhuma e do aborto que não tinha conhecimento que estava grávida.

**MARIA D.** 45 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião evangélica, é beneficiária do Programa Bolsa Família, com renda familiar menor que um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida. Maria D convive em união estável, onde teve sete filhos, sendo que os três primeiros foram de relacionamentos anteriores e os quatro últimos do seu relacionamento atual, todos frutos de gravidezes não planejadas. O primeiro filho teve aos 19 anos e o último aos 37 anos. Todos os partos foram realizados em casa, com parteira da comunidade. Dessas gestações realizou apenas cinco consultas de pré-natal dos três primeiros filhos e dos quatro últimos não realizou nenhuma. Atualmente faz uso

da pílula anticoncepcional como método para evitar uma nova gravidez; para ter acesso faz a compra da medicação todo mês.

**MARIA E.** 31 anos, natural de Nazaré – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião evangélica, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, com renda familiar menor que um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida. Maria E convive em união estável, é mãe de uma filha fruto de relacionamento anterior e já sofreu dois abortos do relacionamento atual, sendo que um foi aborto espontâneo e outro teve que interromper a gestação por que o feto não se desenvolveu alegando problema de saúde com seu companheiro, todos frutos de gravidezes não planejadas. A primeira filha teve aos 20 anos no hospital de São Félix - BA, aos 25 anos sofreu um aborto espontâneo e aos 27 teve que ser submetida ao segundo aborto. Dessas gestações realizou apenas consulta de pré-natal da primeira filha e das seguintes não realizou nenhuma. Atualmente faz uso da pílula anticoncepcional, quando tem disponibilidade vai à unidade de saúde pegar a medicação e quando não está disponível faz a compra.

**MARIA F.** 36 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião evangélica, é beneficiária do Programa Bolsa Família, com renda familiar menor que um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida. MARIA F convive em união estável é mãe de quatro filhos, sendo primeiro fruto de um relacionamento anterior e os três últimos do relacionamento atual, ambos os filhos frutos de gravidez não planejada. Teve o primeiro filho aos 19 anos na maternidade Tsyla Balbino em Salvador – BA e o último aos 26 anos, os três últimos teve a caminho do hospital de Maragogipe. Realizou em média das três primeiras gestações sete consultas de pré-natal e da última seis consultas. Fez laqueadura aos 29 anos vendo este método como o mais eficaz para evitar mais uma gravidez, alegando não ter condições financeiras para ter mais filho.

**MARIA G.** 24 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino médio incompleto, religião evangélica, com renda familiar de um salário mínimo, reside em casa própria de taipa revestida, não é beneficiária de nenhum programa social. MARIA G convive em

união estável, mãe de uma filha fruto desse relacionamento, de gravidez não planejada. Foi mãe aos 23 anos, seu parto foi realizado na maternidade em Santo Antonio de Jesus – BA, fez acompanhamento gestacional do primeiro ao nono mês de gestação, realizando no total nove consultas de pré-natal. Atualmente faz uso da injeção trimestral, utilizando-se deste método por que o seu ciclo menstrual ainda não normalizou e continua amamentando.

**MARIA H.** 32 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino médio completo, religião católica, com renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, reside em casa própria de alvenaria. MARIA H é legalmente casada, mãe de um filho fruto desse relacionamento e de gravidez não planejada. Foi mãe aos 21 anos, seu parto foi realizado na maternidade em Santo Antonio de Jesus – BA, fez em média sete consultas de pré-natal; alega complicação em toda gestação. Fez laqueadura aos 26 anos por que não queria ter mais filho, já que o esposo não se dispôs a fazer a vasectomia.

**MARIA I.** 48 anos, natural de Maragogipe - BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, analfabeta, religião evangélica, possui renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, reside em casa própria de alvenaria. MARIA I foi viúva e atualmente convive em união estável. Do primeiro relacionamento teve sete filhos ao qual perdeu um após nascimento e do relacionamento atual teve cinco do qual também perdeu um no último mês de gestação; todos frutos de gravidezes não planejadas. Teve o primeiro filho aos 19 anos e o último aos 41 anos. Nos dois partos em que perdeu a criança sofreu complicações. Dos sete primeiros filhos não fez nenhuma consulta de pré-natal e dos cinco últimos filhos fez em média seis consultas. Seus onze primeiros partos foram realizados em casa pela parteira que também era sua mãe; já o último teve em Santo Antônio de Jesus onde foi encaminhada para fazer a curetagem. Atualmente não uso de nenhum método anticonceptivo, pois se encontra na menopausa.

**MARIA J.** 27 anos, natural de Maragogipe, é portadora do traço da doença falciforme, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino médio incompleto, religião evangélica, com renda familiar menor que um

salário mínimo, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, reside em casa própria de taipa. Maria J convive em união estável e mãe de dois filhos oriundo desse relacionamento. Teve seu primeiro filho com 19 anos no hospital em Nazaré – BA e o último aos 24 anos no hospital de São Félix – BA. Realizou em média seis consultas de pré-natal nas duas gestações, nenhuma das gravidezes foram planejadas e seu primeiro filho nasceu com o traço da doença falciforme. Atualmente faz uso da pílula anticoncepcional comprando a medicação todos os mês, relatando dificuldade na disponibilidade da pílula na unidade de saúde e a distância da sua residência para a unidade de saúde.

**MARIA K.** 37 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, analfabeta, religião católica, com renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, reside em casa própria de taipa. Maria K é solteira, mãe de três filhos oriundos de relacionamentos anteriores, já sofreu um aborto espontâneo. Foi pela mãe pela primeira vez aos 20 anos e pela última vez aos 32 anos, sendo que aos 24 anos sofreu um aborto, ambos os filhos não foram planejados. Da primeira gestação não realizou nenhuma consulta de pré-natal e dos últimos dois realizou seis consultas em média. Ambos os filhos nasceram de parto normal em casa com a parteira. Atualmente não utiliza nenhum método anticonceptivo, alegando não ter nenhum relacionamento.

**MARIA L.** 48 anos, natural de Maragogipe - BA, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, com renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, possui residência própria de alvenaria. Maria L convive em união estável, teve três filhos e um que morreu após três dias de nascimento, fruto desse relacionamento. O primeiro filho teve aos 22 anos e o último aos 38 anos, ambos de gravidezes não planejadas, realizou consulta de pré-natal apenas do último com cinco consultas em média. Os três primeiros partos foram realizados em casa com parteira nos quais passou por complicações e somente o último filho nasceu no hospital por motivo de precaução já que possuía mioma na época da gestação. Já fez cirurgia para retirada de mioma e no momento alega estar

novamente com três miomas no útero e três nódulos na mama. Atualmente não faz uso de nenhum método anticonceptivo, pois fez laqueadura há oito anos.

**MARIA M.** Tem 23 anos, natural de Maragogipe, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, tem renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tem residência própria de taipa. Maria M é solteira, mãe de dois filhos do último relacionamento, sendo o primeiro filho de gravidez planejada já o último não. Teve o primeiro filho aos 16 anos e o segundo aos 20 anos no hospital de São Félix – BA. Realizou em média seis consultas de pré-natal nas duas gestações. Atualmente faz uso da pílula anticoncepcional a qual compra todos os meses, alegando sempre a falta da medicação na unidade de saúde.

**MARIA N.** 32 anos, natural de Maragogipe, se autodeclara negra, cuja profissão é de marisqueira/pescadora, cursou até as três séries iniciais, religião católica, com renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tem residência própria de alvenaria. Maria N convive em união estável e desse relacionamento vieram três filhos fruto de gravidezes não planejadas. Teve o primeiro filho aos 15 anos e o último aos 26 anos. Os dois primeiros partos foram realizados em casa pela parteira e o último nasceu no hospital de São Félix – BA, realizando cinco consultas em média de pré-natal apenas da última gestação sofrendo complicações em todo período gestacional; todos os filhos nasceram de parto normal. Atualmente não uso de nenhum método anticonceptivo, pois fez a laqueadura há cinco anos para evitar uma nova gravidez.

**MARIA O.** 38 anos, natural de Maragogipe, se autodeclara negra, cuja profissão é marisqueira/pescadora, ensino fundamental incompleto, religião católica, tem renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tem residência própria de alvenaria. Maria O convive em união estável, mãe de seis filhos sendo os cinco primeiros de relacionamento anterior ao atual, desses relacionamentos nenhuma das gravidezes foram planejadas. Foi mãe pela primeira vez aos 19 anos e da última vez aos 36 anos. Todos os partos foram realizados no hospital sendo que cinco nasceram no hospital de São Félix e um nasceu na maternidade Tsyla Balbino em Salvador – BA, ambos nasceram de parto normal com exceção para o último que foi cesariano. Atualmente não uso de nenhum

método anticoncepcional, alegando não ver necessidade, pois ainda encontra-se amamentando.

**MARIA P.** 29 anos, natural de Maragogipe – BA, se autodeclara negra, cuja profissão de marisqueira/pescadora e lavradora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, tem renda familiar menor que um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tem residência própria de taipa revestida. Maria P convive em união estável, mãe de um filho fruto desse relacionamento e de gravidez não planejada. Foi mãe aos 16 anos, fez em média cinco consultas de pré-natal, o parto foi normal e realizado no hospital de São Félix – BA. Atualmente faz uso do método da injeção, comprando todo mês alegando confiar mas nesse método que no método da pílula.

**MARIA Q.** 27 anos, natural de Maragogipe - BA, se autodeclara negra, cuja profissão de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental incompleto, religião católica, tem renda familiar de um salário mínimo, é beneficiária do Programa Bolsa Família, tem residência própria de taipa revestida. Maria Q convive em união estável, mãe de dois filhos fruto desse relacionamento, ambos de gravidezes não planejadas. Foi mãe do primeiro filho aos 18 anos e do último aos 25 anos, realizou em média seis consultas de pré-natal; ambos os partos foram normais realizados no hospital de São Félix – BA. Atualmente faz uso do método da injeção comprando todo mês, pois alega não encontrar na unidade de saúde.

**MARIA R.** 41 anos, se autodeclara de cor parda, cuja profissão de marisqueira/pescadora, possui ensino fundamental completo, religião católica, tem renda familiar de um salário mínimo, é beneficiária dos Programas Bolsa Família e do Bolsa Verde, tem residência própria de alvenaria. Maria R convive em união estável, mãe de quatro filhos fruto desse relacionamento, exceto a primeira que é de um relacionamento anterior, ambos de gravidezes não planejadas. Foi mãe do primeiro filho aos 21 anos e do último aos 31 anos; nasceram no hospital de São Félix – BA, com exceção da primeira que nasceu na maternidade Tsyla Balbino em Salvador - BA. Fez em média seis consultas de pré-natal das três últimas gestações e da primeira não realizou nenhuma. Atualmente faz uso da pílula anticoncepcional, fazendo a compra todo mês da medicação.

## 4.2 EXPERIÊNCIAS COM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.

O acesso ao planejamento reprodutivo<sup>9</sup> se constitui dentro do sistema de saúde como um direito básico fundamental para que as mulheres possam desfrutar de uma vida reprodutiva saudável com autonomia e liberdade. Contudo, esse direito tem se restringido há alguns grupos sociais, revelando uma desigualdade quanto a raça/cor/etnia, como o das mulheres quilombolas. A história do planejamento reprodutivo das mulheres<sup>10</sup> entrevistadas revela que estas não receberam nenhum tipo de orientação por parte das mães ou dos pais bem como dos serviços de saúde a respeito do planejamento da gravidez.

Embora não estejam arrependidas pela quantidade de filhos, reconhecem que precisam trabalhar muito juntamente com o marido para prover o sustento da casa. Algumas não desejam repetir estas experiências e já conversam com as filhas e filhos sobre este assunto.

Quando eu era pequena nunca recebi orientação nenhuma de minha mãe, também naquele tempo as coisas eram de outra forma e falar de sexo era uma coisa que não se falava muito e as mães e os pais achava que isso não era coisa que se falasse com os filhos e quando eu mesmo casei não sabia de nada, descobri que fazer sexo era bom e prazeroso mas não sabia das formas de prevenir como hoje. Se fosse hoje eu não teria a quantidade de filhos que tive por que os tempos hoje é outro e muita coisa a gente sabe e ouve até mesmo na televisão. De uma coisa eu sei que não tive esse planejamento reprodutivo, pois eu não tinha parido tanto, não que eu esteja arrependida de ter meus filhos, não é isso muito pelo contrário, mas pra criar esses filhos eu trabalhava muito as vezes ia fazer duas mares pra ter o que da pra comer a eles, eu e meu marido trabalhávamos e ainda trabalhamos muito pra não deixar nada faltar em casa (MARIA C, 43 anos).

[...] minha mãe teve 10 filhos e nunca me falou nada sobre como não ter filho e sobre cuidados de saúde, coisa que hoje, eu converso bastante com minha filha, pra ela ter cuidado pra não ter uma doença ou ficar grávida e perder à adolescência[...].O pai não liga muito pra conversar sobre essas coisas, então eu que falo e converso com ela e com o menino, por que também não quero ser avó agora, acho cedo, quero que meus filhos estudem e se formem[...] (MARIA A, 40 anos).

---

<sup>9</sup>Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente (BRASIL, 2013, p. 58).

<sup>10</sup> Exclui-se deste estudo, a vida sexual destas mulheres por entender que este tema, embora importante e pertinente não faz parte do objeto estudado.

O desconhecimento sobre o planejamento a gravidez e número de filhos que poderiam e desejariam ter pode estar associado à difícil localização desta comunidade e à distância que a separa dos serviços de saúde, de modo particular da unidade básica de saúde. Estudo realizado em uma comunidade quilombola afirma que “o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera têm sido apontados como fatores que explicam, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde” (Gomes et.al, 2013, p. 1837).

A falta de informações e orientações sobre os métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso ao uso sistemático contribuíram também para inúmeras gravidezes não planejadas e para a escolha da laqueadura ainda muitos jovens. Esta realidade, comum às entrevistadas contrapõe-se à efetivação dos Direitos Reprodutivos, que propõe assegurar “direitos relativos à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas, que correspondem às liberdades e aos direitos individuais reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei constitucional brasileira” (VENTURA, 2009, p.19).

Eu não tenho ideia do que seja esse planejamento reprodutivo e nunca tive nenhuma informação do que é isso. Eu quando preciso fazer alguma coisa pra mim ou pra minha família é que vou lá. Eu nunca tive orientação de nada, até o remédio quando eu usava eu comprava, pois não sabia que dava de graça, mas isso foi a 12 anos atrás quando eu não era operada ainda. As coisas sempre foram difíceis pra gente, sempre (MARIA A, 40 anos).

Eu não sei direito que é planejamento reprodutivo, mas sempre vou ao posto quando preciso e a enfermeira que me dá algumas orientações sobre saúde da mulher, ela que faz o meu acompanhamento. Passo pelo médico quando eu preciso. Aqui pra gente é difícil acessar as coisas, pela distância. É um pouco difícil, ter esse acompanhamento, pois tem a distância, e às vezes chega lá e não consegue atendimento. Eu sei que é importante ter esse acompanhamento reprodutivo, mas pra gente aqui é dificuldade e acaba que não fazemos (MARIA B, 37 anos).

O acesso ao planejamento reprodutivo e consequentemente aos métodos anticonceptivos seria neste caso “um importante indicador no que se refere aos direitos sexuais e direitos reprodutivos; estes são indispensáveis para o exercício da sexualidade de forma compatível com os planos reprodutivos de cada mulher” (BRASIL, 2013, p. 83).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM, 2004) reconhece que, no Brasil, o acesso à anticoncepção mesmo sendo um direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido com inúmeros problemas que vão desde a produção até oferta dos métodos. Com isso, o “resultado é uma atenção precária e excludente, ou até inexistente em algumas localidades, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais” (PNPM, 2004, p. 63). O acesso aos métodos anticonceptivos pelas mulheres quilombolas é uma possibilidade de decidir ou não pela maternidade, evitando inúmeras gravidez não planejadas, conforme é assinalado neste texto:

A possibilidade de decisão sobre ter ou não filhas/ os, e quantas/os ter, é fundamental para garantir a plena autonomia das mulheres sobre seus corpos. Longe de ser um tema restrito ao âmbito privado, trata-se de uma questão de saúde pública e de garantia de direitos (Calderon, Cecatti, Vega, 2006, BRASIL, 2013, p. 83).

A relação sexual desprotegida e o desconhecimento sobre planejamento reprodutivo é revelado nas falas quando a maioria (16 mulheres) tiveram gravidez não planejada. Apenas duas relataram ter alguma ideia sobre planejamento reprodutivo assim como o acompanhamento pelo programa de planejamento. Estes resultados diferem do que aponta o Relatório das Desigualdades 2009-2010, no que diz respeito à informação sobre gravidez não planejada quanto ao quesito raça/cor, que 21,4% das brancas e 23,3% das pretas e pardas, entre 15 e 49 anos de idade, responderam positivamente a esta pergunta.

Esta diferença pode apontar, por exemplo, como as assimetrias de gênero por raça/etnia podem se diferenciar quanto ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva das mulheres de etnia quilombola. As questões ligadas à saúde reprodutiva dessas mulheres ainda continuam sendo invisibilizadas nos dados oficialmente produzidos. Com relação a isso, estudos afirmam que “quando estas mulheres pertencem a determinados grupos, como é o caso das comunidades quilombolas, dados socioeconômicos e de saúde, que permitem conhecer suas condições de saúde, praticamente inexistem na literatura” (Prates et.al, 2016, p. 104).

Embora afirmem que desconhecem o que é o planejamento reprodutivo, algumas fazem o planejamento por conta própria, expressando-se através da

automedicação na escolha dos métodos anticoncepcionais ou mesmo na procura para fazer exames ginecológicos. Identifica-se o uso desses métodos sem nenhuma orientação de profissional de saúde, em alguns casos orientados por vizinhas, amigas e familiares. Além disso, identificamos mulheres que tinham ou tem vida sexualmente ativas que não fazem uso de método contraceptivo. A compreensão consolidada que se tem no plano internacional é que o *planejamento familiar*<sup>11</sup> e o livre acesso aos métodos contraceptivos, para o controle da fertilidade, devem fazer parte de uma política de promoção da liberdade de escolha individual, com fundamento no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana (VENTURA, 2009, p. 87).

A injeção eu passei a tomar por conta própria mesmo, minhas irmãs já tomava eu achei melhor também tomar. Eu tive duas gravidez por acidente não quero ter outra de novo, Deus me livre. Então eu acho importante ter esse planejamento e é dessa forma que faço meu planejamento, só vou no posto na época de pedir exame[...] (MARIA Q, 27 anos).

O remédio que eu tomo e desde quando eu comecei a tomar esse remédio eu tomo por conta própria, desde dez anos que eu tomo ele. [...] Eu faço meu planejamento dessa forma. É isso que eu sei (MARIA R, 41 anos).

A dificuldade de acesso ao programa de planejamento familiar, assim como a prevenção da gravidez é socialmente colocada como “coisa de mulher”, de “responsabilidade da mulher”. Os homens não se sentem responsáveis e o atendimento pelos serviços de saúde não incluem o homem e não o apresenta como co-responsável pela gravidez e pela criação dos filhos, mesmo o planejamento reprodutivo sendo um direito garantido a homens e mulheres. A lei do planejamento familiar 9.263/1996 no art. 3º coloca que é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Nenhum dos meus maridos se importava pra se prevenir, e como a responsabilidade sempre fica pra gente mulher você sabe como é né. E como eu relaxava só vinha mais filho. Não que eu me arrependa de ter tido

---

<sup>11</sup> O termo planejamento familiar será utilizado nesta pesquisa como sinônimo de planejamento reprodutivo uma vez que esta denominação ainda é utilizada pelas mulheres e serviços de atenção básica.

os meus filhos, viu, mas se eu tivesse me cuidado não teria tanto filho (MARIA I, 48 anos).

Antes de eu ter o primeiro filho eu não evitava com nada, o meu companheiro piorou, não usava nada. Eu não tinha aquela cabeça que tenho hoje por que senão, não tinha engravidado logo, por que logo quando casei engravidei logo com pouco tempo e depois veio o outro [...] (MARIA J, 27 anos).

Meu marido dizia que não queria ter mais filho, mas ele não se protegia também e falava pra eu me proteger mas a responsabilidade não era somente minha era dele também, por que eu não fazia sozinha o menino (MARIA C, 43 anos).

Eu e meu marido não usa nada pra se proteger, como eu não uso, ele também não se acha na obrigação de usar. Essas coisas assim se a gente não se prevenir nossos companheiros não se previne não (MARIA O, 38 anos).

A responsabilidade e os riscos das práticas contraceptivas, em sua maioria, são atribuídos às mulheres, isentando o homem desta responsabilidade (PARCERO, 2009). Essa responsabilidade da mulher pela contracepção pode ser visivelmente “percebida pela predominância de métodos contraceptivos de uso feminino, que, por um lado, permitem uma maior independência da mulher no que diz respeito a sua vida sexual e reprodutiva e, por outro lado, prescindem da participação masculina” (PARCERO, 2009, p. 26/27). A construção sociocultural do gênero impõe à mulher a responsabilidade pela contracepção.

A gravidez não planejada, associada à falta de planejamento reprodutivo é ainda um fato comum na experiência de vida das mulheres e de modo particular das quilombolas. Neste sentido, a responsabilidade exclusiva pelo planejamento, a falta de conhecimento, a ausência de informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde produzem sérios reflexos na vida reprodutiva dessas mulheres.

Uma pesquisa realizada com 411 mulheres em comunidades quilombolas mineiras por Oliveira et.al (2014) revelou que as características das mulheres em relação à saúde reprodutiva apontam para um acesso restrito às atividades educativas ou de planejamento familiar, na qual mais da metade das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira gestação ainda na adolescência e referem três ou mais gestações.

Depois de um tempo eu me casei de novo e tive mais cinco filhos com o meu marido atual, sendo que o último nasceu morto. Eu sempre esquecia de tomar o remédio e acabava engravidando, é tanto que meus meninos é dois anos de diferença um para outro, mas também só comecei a tomar do

meu segundo casamento em diante, por que no outro eu nem tomava nada (MARIA I, 48 anos).

Mesmo não desejando a gravidez, ela é obrigada a aceitá-la, pois é assim que o construto sociocultural determina. A mulher não tem o livre arbítrio de decidir o que é melhor para si e atribui à força divina a decisão sobre o seu futuro e da sua prole “eu não queria, mas não tinha jeito eu tive que aceitar, por que Deus que quis assim”.

Das mulheres entrevistadas que utilizam algum método anticonceptivo, oito fazem a compra da medicação mensalmente e dez não fazem uso de nenhum método por que fizeram laqueadura, estão na menopausa ou no momento não estão usando nenhum método. No que se refere ao uso dos métodos contraceptivos, pesquisa com mulheres quilombolas mostrou que 56,5% não utilizam nenhum método. “No momento do estudo, 3% das mulheres estavam grávidas, sendo que 66,3% das mulheres haviam tido entre 0-4 gestações pregressas. 75% das mulheres haviam realizado parto vaginal e 31,7% estavam no período da menopausa” (DIAS et.al, 2014).

Olha, eu não faço planejamento reprodutivo, eu compro meu remédio todo mês na farmácia e nunca pego no posto, por que teve uma vez que eu fui lá e não tinha e daí eu não fui mais pegar e eu comecei a comprar e compro direto (MARIA M, 23 anos).

Eu sempre tomei remédio de evitar para não engravidar desde quando casei e depois que tive minha filha passei a tomar a injeção de três meses, passada pela enfermeira que eu mesma compro. A partir deste dia ela me deu uma carteirinha mas nunca foi usada por que nunca teve no posto então a partir deste dia eu nem mais fui procurar, eu mesmo vou na farmácia e lá mesmo na farmácia é aplicada, por que eu procuro saber no posto não tem eu nem lá mais vou, como nesse mês mesmo eu fui procurei saber tinha mais na outra semana que eu fui não tinha mais, por que na semana que tinha não era a data de eu tomar e aí quando completou a data os três meses eu fui tomar não tinha mais (MARIA G, 24 anos).

A justificativa para a compra é a dificuldade em conseguir a medicação na rede básica de saúde por que frequentemente falta. Assim, preferem comprar por que é garantido continuar o seu uso. Algumas mulheres dizem já ter recebido alguma orientação por parte da enfermeira quando foram à unidade de saúde. A escolha pelo método anticonceptivo é feita unicamente pelas mulheres sem

nenhuma interferência dos seus parceiros ou mesmo alguma combinação, reforçando a ideia da contracepção como de responsabilidade da mulher.

As dificuldades de acesso aos métodos teve como consequência a gravidez, que levaram a muitas entrevistadas a fazer à laqueadura (seis mulheres) que optaram por não terem mais filhos, alegando não ter condições financeiras. A “esterilização, especialmente a feminina, apresentava-se como um método anticonceptivo mais importante entre as mulheres pretas e pardas do que entre as mulheres brancas” (Relatório das Desigualdades 2009-2010). Assim, a laqueadura ainda é o método mais utilizado nas mulheres negras para evitar a gravidez e neste caso em particular das mulheres entrevistadas.

Eu decidi me operar por que eu não queria mais ter filho, sem ter condições pra ficar parindo todo ano, era difícil. Foi uma decisão minha me operar por que meu marido não ligava, ele não dizia que era pra me operar mais também não falava pra eu ir, por isso tomei minha decisão sozinha mesmo (MARIA A, 40 anos).

Eu só tinha e tenho um filho só, e eu coloquei na minha cabeça por que minha gravidez já foi um pouco complicada pra mim, aí por isso eu conversei com meu esposo como eu já falei aí, ele disse que ia se operar e ficou no chove no molha acabou eu tomando minha decisão e fui correr atrás e fiz os exames e me operei. Quando eu me operei eu ia fazer 26 anos quando me operei, aí lá conversei com o médico, conversei a situação com o médico, aí o médico disse você tem certeza que é isso que você quer, você quer ir no fórum fazer uma declaração pra levar pra você e seu esposo assinar, ele autorizando você se operar? Eu disse a ele que eu tinha idade suficiente pra decidir o que é que eu queria da minha vida, aí por isso que eu optei mesmo por me operar (MARIA H, 32 anos).

Eu resolvi me operar pra não ter mais filho e quando estava fazendo os exames pra se operar acabei descobrindo que eu estava com mioma, mas acabou que não tirou a mioma, mas eu estraguei e não tirou a mioma. Essa foi uma decisão minha de não querer parir mais, somente minha. Eu decidi que queria fazer e fiz mesmo, era meu sonho desde a primeira, mas acabou tendo mais três. Meu marido não falou nada por que mesmo se ele não quisesse eu faria da mesma forma (MARIA L, 48 anos).

A decisão “de se operar” foi o caminho mais eficaz encontrado, pois não desejavam mais filhos e esta se tornou a única alternativa para evitar mais uma gravidez não planejada, interrompendo sua vida reprodutiva ainda jovem. Um estudo feito com 411 mulheres entrevistadas, 109 (26,5%) relataram histórico de contracepção permanente com laqueadura tubária ou histerectomia (OLIVEIRA et.

al, 2014). Desta forma, a decisão dessas mulheres em se “operar<sup>12</sup>” como elas preferem dizer em alguns casos pode expressar uma certa autonomia dessas mulheres diante da figura do marido, já que são responsabilizadas por evitar a gravidez e por isso tomam a decisão em fazer a laqueadura, assim como, pode expressar a ineficiência dos serviços, do planejamento familiar, como “é preciso destacar que os números denotam uma interferência precoce no direito de procriação” (OLIVEIRA et.al, 2014, p. 311).

Identifica-se que a falta desse planejamento teve consequências em inúmeras gestações não planejadas como também ausência de acompanhamento pré-natal. As mulheres com 1, 2 e 3 gestações representam a maioria (10), com 4,6 e 7 gestações (6) e com 8 a 12 gestações (2), fruto da ausência de um não planejamento, contudo não alegam arrependimento de ter levado as gestações até o final. O planejamento reprodutivo tem um papel fundamental na vida reprodutiva da mulher, embora este apresente insuficiências quando se trata da mulher quilombola. Outros estudos têm demonstrado que 52,1% mulheres quilombolas relataram a primeira gestação com idade inferior a 20 anos (35,0%) declarando já ter vivenciado 4 ou mais gestações (OLIVEIRA et.al, 2014).

As condições socioeconômicas tem forte influência na saúde reprodutiva das entrevistadas, pois onze vivem com renda familiar menor que um salário mínimo e 7 com até um salário comprovando o nível de pobreza a que estão submetidas assim como a baixa escolaridade, levando à dificuldade de acesso das informações, evidenciando as desigualdades sociais de gênero, raça, etnia e classe social. Outros estudos com mulheres quilombolas apontam o nível de renda compatível com esse resultado, onde, de 348 mulheres quilombolas entrevistadas, 74,7% vivem com renda menor que um salário mínimo e 25,3% com até um salário que na época da pesquisa era de R\$ 545,00(OLIVEIRA et.al, 2014). Oliveira et. al (2014, p. 311) coloca que socialmente, existem indicadores que reforçam os aspectos de pobreza, pois cerca de 70% das mulheres quilombolas referem ter uma renda familiar inferior a um salário mínimo e baixa escolaridade (menos de 8 anos). Essas condições em si já prenunciam riscos para diversos agravos à saúde.

---

<sup>12</sup> A palavra “se operar”, “me opereí” aparece por diversas vezes nas falas das mulheres quando se referem à laqueadura.

A história do planejamento reprodutivo das mulheres quilombolas mostra como vivenciaram suas experiências reprodutivas, submetidas às condições desfavoráveis, como gravidez não planejada e acesso restrito aos serviços de atenção básica à saúde. Essas condições impedem de viver livremente sua liberdade em vários aspectos, social, econômico e individual contribuindo para um nível maior de desigualdade.

É preciso ampliar as ações e os serviços de saúde para que as mulheres quilombolas tenham acesso ao planejamento reprodutivo e possam decidir livremente sobre o seu corpo sobre como, quando e quantos filhos desejariam ter, como acesso digno a todos os serviços de saúde. É necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados e engajados para que estas mulheres tenham acesso ao planejamento reprodutivo, assim como, reconhecer que as mulheres quilombolas tem suas especificidades e singularidades. E neste sentido, é também preciso que os profissionais na sua prática cotidiana saiam dos muros das unidades de saúde expandindo as ações para os territórios quilombolas.

#### **4.3 A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL.**

Este capítulo apresenta uma análise sobre a assistência no período gravídico- puerperal das mulheres quilombolas investigadas. O período que compreende a gravidez, o parto e o puerpério provocam grandes mudanças na vida das mulheres com transformações e adaptações tanto fisiológicas como sociais e demandas diferenciadas de cuidados. Inicia-se com a descoberta da gravidez, exigindo um acompanhamento em todo o período gestacional, com acesso ao pré-natal, consultas, exame, assim como o acesso a uma maternidade que assegure assistência sem risco a ela e à criança e o acompanhamento no puerpério, incluído nesta fase o planejamento reprodutivo. Concordamos que “embora as condições atuais sejam mais adequadas e tenham sido registradas melhorias na qualidade da atenção a mãe e filho nos últimos anos, o acesso igualitário para uma adequada assistência à gestação e ao parto ainda se mostra insuficiente” principalmente

quando falamos da assistência prestada para as mulheres quilombolas (OLIVEIRA, et.al, 2014, p. 308).

A pesquisa identificou que as dezoito entrevistadas tiveram entre dois e doze filhos e o acompanhamento de pré-natal revelam:

Eu tive oito filhos e sete estão vivos por que um não vingou, estava uma jarra de sangue ainda, por que tive um aborto espontâneo e nem sabia que estava grávida. Dos sete eu só fiz pré-natal da última e dos outros eu não fiz de nenhum. Nunca fiz o teste de pezinho de nenhum dos meus filhos por que eu não sabia que tinha que fazer. [...] Eu nunca procurei fazer nenhum exame quando estava grávida das outras vezes, por que para mim não era importante fazer nada, eu não ligava e também as condições não deixava, o dinheiro mal dava para comida que dirá pra cuidar da saúde e era difícil conseguir as coisas de graça coisa que já mudou hoje. Dessa última, eu só fiz por que minha irmã morava perto do posto e como eu estava me sentindo muito mal ela conseguiu marcar uma consulta pra me e eu fui e lá que eu fui saber que era importante se cuidar e tomar os remédios pra segurar a menina na barriga, por que se eu não fosse era capaz da menina ter morrido e eu também (MARIA C, 43 anos).

Eu tive sete gestação, mas só fiz pré-natal de três, da primeira, da segunda e da última gravidez. A da primeira eu fiz tudo em Salvador por que na época eu morava lá e fui acompanhada e tive minha filha lá mesmo em Salvador no hospital mas que não me recordo o nome do hospital, e a segunda eu tive em Maragogipe no hospital mesmo e fiz também todos os exames também. Os que vieram depois eu não tive como fazer nada por que a dificuldade era muita e eu trabalhava muito e passava por muita dificuldade e não tive como fazer, por que tudo era muito difícil e também eu reconheço que não importava muito, tirando a última que fui há algumas consultas pré-natais, mas eu fiz todos os exames também, era pra eu ter feito mais consultas mas o trabalho não deixava (MARIA D, 45 anos).

A minha gravidez a primeira não foi planejada, naquela época a gente não tinha muita experiência das coisas que foi tanto que nem fiz o pré-natal e ninguém nunca me falou que era importante fazer acompanhamento[...] (MARIA R, 41 anos).

Os dados sobre o acesso ao pré-natal revelam que todas as mulheres já passaram por consultas de pré-natal, porém a média de consultas realizadas conforme indicação do Ministério da Saúde que são de seis consultas no mínimo foi alcançada por apenas oito mulheres entrevistadas, sendo que dez ficaram com índice muito abaixo do recomendado. Um estudo feito com 411 mulheres quilombolas demonstrou que 23,5% das mães fizeram menos de seis consultas de pré-natal, e das que tiveram acompanhamento 32,9% iniciaram esse atendimento após o terceiro mês da gestação (OLIVEIRA et. al, 2014), acrescentando ainda que:

Mais de 20% das mulheres com crianças menores de cinco anos relataram menos de seis consultas pré-natais. Esses valores, associados ao registro de início tardio da assistência pré-natal para um terço das mulheres

quilombolas, corroboram a existência de entraves no acesso e a indisponibilidade de serviços para a população avaliada (OLIVEIRA et. al, 2014, p.311).

A falta de informação para as mulheres no período da gravidez também foi um dos motivos para não fazerem as consultas de pré-natal. O desconhecimento e a dificuldade de acesso no período gravídico-puerperal chama bastante atenção para este fato. Embora houvesse mulheres que conseguiram ir a todas as consultas de pré-natal e realizaram os exames solicitados, relatam as dificuldades de acesso que tiveram para chegar à unidade de saúde, o que fez com que algumas procurassem outra unidade de saúde que não a sua para não deixar de fazer o acompanhamento.

Eu fiz todas as consultas de pré-natal, fiz tudo direitinho todos os exames que era também gratuito e os que não pude fazer gratuito eu fiz particular, mas fiz todos os exames na minha gravidez, fui bem acompanhada bem tratada pra me foi ótimo. O meu acompanhamento da gravidez eu fiz todo no posto de São Roque, por que pra me era muito mais difícil ir para o meu posto mesmo, por que tinha que atravessar de barco e no caso eu não tenho barco, a gente que não tem, a distancia, a dificuldade de uma pessoa sozinha que tem que ter uma companhia e a pessoa sozinha atravessar de barco e ter que ir lá pra Capanema pra me é muito mais difícil. Na verdade o primeiro pré-natal eu fiz lá, mas na volta a gente ficou eu e minha mãe ficou sem condições de puxar o barco da lama e no outro dia resolvi ir pra São Roque por que era mais fácil e não dependia de canoa (MARIA G, 24 anos).

A primeira gravidez eu fiz o acompanhamento em Capanema e o segundo eu fiz em São Roque, pela dificuldade de transporte, por que não tem transporte pra ir pra Capanema, do primeiro eu até fui, mas a dificuldade era tanta, por que andar com aquele barrigão até lá era muito ruim, por isso decidir quando engravidei do segundo ir para São Roque pela maior facilidade (MARIA M, 23 anos).

É importante mencionar que (...) “apesar da ampliação da assistência pré-natal e das iniciativas governamentais que poderiam contribuir para melhores resultados perinatais, observam-se ainda problemas de saúde relacionados à assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido” (DOMINGUES et.al, 2013, p. 954). O acompanhamento do pré-natal durante toda a gestação, realizado por poucas revelam as dificuldades encontradas embora afirmem ter conseguido fazer todo o acompanhamento e realizado todos os exames.

Como afirmam Goes e Nascimento (2013, p. 572) “as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto a oportunidades e acesso aos bens e serviços”. Conforme aponta Leal,

Gama e Cunha (2005) as desigualdades se reproduzem tanto no acesso ao pré-natal adequado como no momento do parto. Estes(as) autores(as) afirmam que:

Menos de um quinto das mulheres negras de nível de instrução menor realizou um pré-natal considerado adequado e mesmo no grupo de maior instrução, esse benefício não cobre a metade delas. As pardas mostram o mesmo padrão, ligeiramente atenuado (LEAL, GAMA, CUNHA, 2005, p. 105).

Embora algumas mulheres tenham conseguido realizar as consultas de pré-natal, não realizaram todos os exames alegando falta de condições econômicas para a realização pela rede privada de saúde. No caso da rede pública, encontraram dificuldades para a marcação e as que conseguiram marcar não tinham recurso financeiro para o deslocamento até o laboratório.

Do primeiro eu fiz os exames, mas foi mas pago, por que quando eu ia lá marcar nunca tinha por que num tempo que ia fazer que era muito ligeiro pra fazer a ultrassom, por que a enfermeira que passou a ultrassom disse que a ultrassom tinha que fazer rapidamente por que disse que estava perdendo liquido, mas só que foi tudo mentira eu não estava perdendo liquido nenhum e quando foi fazer outra ultrassom que foi paga também o menino estava bom (MARIA J, 27 anos).

Eu procurei o posto pra fazer o pré-natal, minhas irmãs me indicou e fui lá, fiz todos os exames que pediram pra fazer e todo mês direitinho eu ia lá. Alguns desses exames eu fiz pelo SUS outros eu fiz particular mesmo, como a ultrassom pra saber se estava tudo certo com o bebê (MARIA Q, 27 anos).

Como destaca Martinelli et. al (2014) a falta de adequação da assistência pré-natal está associada à baixa renda, assim como a outros fatores que indicam a persistência de desigualdade social, evidenciando que os grupos socialmente mais vulneráveis têm pior acesso aos serviços de pré-natal. Assim, a questão econômica aparece como um dos motivos para a não realização de exames necessários para o acompanhamento mais eficiente da gestação.

As mulheres que realizaram todo acompanhamento na gestação relataram encontrar dificuldades na hora de terem seus filhos. Para chegarem ao hospital, tinham que pagar quando encontravam um carro disponível, ou, no caso, conseguir um carro da saúde para buscá-las na comunidade.

Algumas delas não tiveram acesso ao teste do pezinho para seus filhos, por não saberem da importância e não terem conhecimento sobre o exame. O teste do pezinho é fundamental para identificar várias doenças no recém-nascido, feito por meio de uma picada no calcanhar do bebê a partir do segundo dia de vida, detecta, precocemente, suspeitas das seguintes doenças congênitas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística (BRASIL/MS, 2002). Uma pesquisa feita em comunidades quilombolas em Vitória da Conquista – Ba em 2011, mostrou em 100% dos casos as crianças realizaram o teste do pezinho, dado que difere com o resultado do presente estudo.

A falta de informação e a dificuldade de acesso não se limitam ao pré-natal, mas se estende para o parto e pós-parto. Os relatos trazem alegrias e algumas vezes o sentimento de morte diante de partos bastante complicados quando não conseguiam chegar ao hospital para ter uma assistência médica especializada dando a luz em sua residência, ou no transporte de *canoa de pau* até a cidade mais próxima, quando não dava tempo de chegar, dando a luz a caminho do hospital.

Eu pari meus dois filhos em casa, por que não dava tempo de chegar no hospital. A distância era muita. Naquela época só tinha como chegar no hospital de canoa e não dava tempo de chegar lá. Eu pari meus filhos em casa sozinha, na hora que dava a dor o menino já ia saindo, até a parteira quando ia chamar, quando ela chegava o menino já tinha nascido e ela só fazia cortar o umbigo dos meninos. Graças a Deus não tive uma gravidez de risco por que se não eu tinha morrido, pois não ia da tempo chegar no hospital (MARIA A - 40 anos).

[...] eu senti uma dor assim de repente e quando eu fui da por mim o menino já estava nascendo, quando chegou lá no Porto do Açogue em Maragogipe ele nasceu, foi no hospital, mas ele já tinha nascido, ele nasceu logo quando eu saltei do barco, foi em terra mais, mas foi assim que chegou e saiu do barco ele nasceu, depois que nasceu levou no hospital (MARIA E, 31 anos).

Quando eu tive o primeiro filho eu dei a dor e estava em casa de noite e meu marido foi buscar a parteira que não morava muito longe. Eu levei três dias sentindo dor. Eu senti tanto dor que via a hora de morrer, por que pra mim aquilo não era uma dor normal. A menina nasceu atravessada e parteira com o saber e a reza que ela sabia conseguiu desatrapessar, mais foi um parto difícil, eu pensei que fosse morrer. E naquela época não tinha aquela coisa de medico de graça e se a gente fosse para hospital tinha pagar pra fazer o parto da gente e eu nem meu marido tinha condições de pagar, sem contar que não tinha carro pra ir. Mas no final deu tudo certo, a parteira conseguiu e me ajudou a ter. Dos meus filhos, menos o ultimo eu levava três dias sentindo dor sem parar, era uma coisa incrível isso, era demais aquilo (MARIA L, 48 anos).

As mulheres quilombolas que tiveram seus partos realizados por parteiras relatam que não procuraram o hospital na hora do parto por não contarem com a disponibilidade de transporte para chegar lá, sendo que o único meio de transporte mais comum de fácil acesso era e continua sendo a canoa de pau, mas hoje já é possível contar com o veículo motorizado. Das dezoito mulheres, quinze tiveram parto normal, duas que tiveram mais de duas gestações tiveram normal + cesáreo e apenas uma mulher teve seu parto cesáreo, sendo que sete mulheres que tiveram partos normais foram realizados por parteiras da comunidade em sua residência. “Hoje em dia, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras tradicionais que prestam assistência às mulheres e crianças, muitas vezes” (BRASIL/MS, 2010, p. 14).

O índice de partos normais em mulheres quilombolas foi revelado em outro estudo, com 234 mulheres entrevistadas 79,1% tiveram partos normais e 20,9% foram submetidas à cesárea (OLIVEIRA et.al, 2014, p. 310). É importante ressaltar o importante papel que as parteiras possuem nas comunidades quilombolas com seus saberes e tradições.

Eu tive meus partos tudo normal, sendo que onze foram em casa e um no hospital. Os meus partos em casa que fez minha mãe e dona Detinha que era parteira também. Eu não tive nenhum problema na minha gravidez. Todos os meus partos foi mãe que pegou os meninos, por que quando a dor vinha não demorava muito e eu paria e como minha mãe era parteira também ela que pegava os meus meninos (MARIA I, 48 anos).

As parteiras daqui fazia os partos de todo mundo, por que a gente não tinha facilidade pra chegar no hospital e houve uma época que para parir no hospital tinha que pagar e a gente mal tinha dinheiro pra comer como iria pagar, sem contar que o meio de transporte que a gente usava era a canoa e até chegar em Maragogipe para pegar um carro era muito difícil então era melhor chamar a parteira que já sabia tudo do que a gente sair daqui numa canoa sentindo dor para parir, arriscado parir dentro da canoa mesmo, por que quando dava a dor não demorava muito para parir (MARIA C, 43 anos).

A dificuldade em conseguir um meio de transporte mais rápido, dava às parteiras uma responsabilidade muito grande, principalmente nos casos de partos mais difíceis onde mesmo nesses casos com condições estruturais precárias, tanto elas como as mulheres confiavam nos seus saberes e nas rezas para que as mulheres pudessem dar a luz. O ato de fazer partos: “se configura como uma prática popular, reconhecida e respeitada pela sua comunidade, que aconteceu através das

orações, do uso de plantas medicinais, de superstições e de simpatias” (SANTOS, 2009), como também transmitidas de geração para geração.

Quando é necessário, as parteiras utilizam-se das rezas da tradição popular para facilitar o serviço do parto. Quando o assunto é tão sério que nem reza brava resolve, é porque a situação está mesmo desesperadora. Isso porque se sabe que, contra certos tipos de males, nada resiste a esse tipo de oração. Há rezas e benzimentos para todos os problemas, dos mais simples aos mais complicados, como em todos os outros ramos das simpatias (SANTOS, 2009, p. 21).

As parteiras foram importantes protagonistas na comunidade quilombola de Porto da Pedra, sendo responsáveis por um número razoável de partos dentre as entrevistadas. Identifica-se, entretanto uma mudança com relação às mais jovens que já fazem uso dos serviços de saúde o que indica sem dúvidas o desaparecimento deste importante recurso em um futuro próximo. Na atualidade, não existe nenhuma parteira que continua fazendo desenvolvendo este importante trabalho na comunidade, até mesmo pela desvalorização. Neste sentido:

Apesar da desvalorização deste modelo de atenção ao parto pelo sistema formal de saúde, o trabalho da parteira tradicional permanece como um recurso importante, muitas vezes imprescindível, para a assistência à saúde da mulher e da criança em comunidades rurais, ribeirinhas, de florestas, povos indígenas, quilombolas e outras comunidades que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1994c, 2003, 2004a, 2004b; BESSA, 1997; CHAMILCO, 2001; DIAS, 2002, apud, BRASIL, 2009, p.28).

As seis mulheres que passaram por complicações durante a gestação ou no parto não tiveram acompanhamento durante a gestação. Prates et. al, 2016 realizou uma pesquisa com mulheres quilombolas, apresentando resultado bem similar com o desta pesquisa no que se refere a complicações durante o período gravídico-puerperal, na qual 46,16% das mulheres entrevistadas afirmam ter passado por complicações.

Com relação à consulta no pós parto, ou consulta puerperal das dezoito entrevistadas apenas duas realizaram. Outros estudos como de Oliveira et.al (2014) sobre saúde materno-infantil em comunidades quilombolas evidenciou que das 411 mulheres entrevistadas, quase a metade não passou pela consulta puerperal,

momento em que essas mulheres deveriam ser orientadas sobre diversos aspectos inclusive sobre sua saúde reprodutiva. “Entretanto, com vistas a minimizar tal possibilidade, se faz necessário que a assistência à mulher grávida comece no pré-natal, transcorra o parto e continue em todo o período pós-parto” (ANGELO e BRITO, 2012, p. 1164).

Eu não fiz nenhuma consulta pós-parto de nenhum dos meninos. Talvez foi falta de interesse mesmo, saber a gente sabe nê, mas às vezes por conta da dificuldade mesmo do dia a dia (MARIA E, 31 anos).

Depois que eu tive tanto o primeiro como o segundo eu fui para o posto pra fazer o teste do pezinho dos meninos, mas a consulta depois do parto eu não fiz de nenhum depois que parir, também não sabia que tinha que fazer (MARIA M, 23 anos).

Depois que eu tive o menino eu fui no posto fazer o teste do pezinho, mas não passei pelo médico não. Ele fez o teste do pezinho, tomou as vacinas e pronto e sempre eu levava quando era na data pra tomar as vacinas, às vezes eu ia no posto de São Roque por que era mais perto (MARIA P, 29 anos).

Eu fiz pré-natal das três meninas que tive por último, fiz todos os exames, levei para fazer o teste do pezinho delas só da primeira que eu não fiz nada disso. E quanto a consulta depois do parto eu não passei por nenhuma consulta em nenhum dos quatros (MARIA R, 41 anos).

“A consulta puerperal apresenta-se como meio de atenuar os indicadores de morbidade e mortalidade materna. Porém, no cotidiano das unidades de saúde, o retorno da mulher para a consulta pós-parto ainda é reduzido” (ANGELO e BRITO, 2012, p. 1164). A pesquisa revela que houve mulheres que afirmam ter realizado todo acompanhamento no pré-natal e tiveram condições de ir até ao hospital para terem os seus filhos recebendo toda a assistência necessária, contudo algumas que afirmam tal fato nunca passaram por consulta puerperal. A consulta puerperal é de extrema importância para avaliar a saúde da mulher após o parto, assim como, fazer o planejamento reprodutivo, mas poucas foram às mulheres quilombolas que passaram por esta consulta.

Algumas mulheres foram vítimas de violência na hora do parto, ou de maus tratos durante a sua permanência no hospital. Apesar de não reconhecerem como um ato de racismo pode-se caracterizar estas situações como racismo institucional.

O racismo se expressa na sociedade por meio da discriminação, preconceito e estereótipos raciais. A discriminação racial, em especial,

significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, e pode ser reproduzida, imperceptivelmente, através do modo como as pessoas do entorno são tratadas (DOMINGUES et.al, 2013, p. 286).

O racismo institucional presente nos serviços de saúde desqualifica a atenção prestada a saúde da mulher quilombola tanto no parto como nos casos de aborto quando na procura dos serviços de saúde. A presença do racismo nos serviços de saúde continua sendo uma barreira para um atendimento humanizado e igualitário para as mulheres pretas. Neste sentido (...) “as representações que a cor ou a raça têm para profissionais de saúde podem estar relacionadas às práticas discriminatórias de cuidado, assim como as representações de usuárias podem influenciar na busca de cuidados” (SACRAMENTO e NASCIMENTO, 2011, p.1143).

Quando eu cheguei no hospital, as enfermeiras me chamaram de porca, de nojenta. Eu não sabia que eu estava grávida, sem fazer nada. Foi as enfermeiras que fez, mandando eu tomar banho, quando a dor passava, elas me mandavam eu tomar banho e dizia vai tomar banho você sozinha e batia a maca que eu estava na parede e aí que a dor vinha de novo e eu gritava muito, e elas dizia que não era pra eu gritar assim não, eu mesmo assim, dizia a elas: por que não é vocês que estão aqui. Elas não me deu muita atenção, me maltrataram, isso foi no hospital de Maragogipe. No hospital de Maragogipe o medico me perguntou se eu tinha tomando remédio pra matar (MARIA K, 37 anos).

Eu chamei a enfermeira na verdade ficou uma enfermeira comigo que a médica mandou ela chamar ela quando começasse a sentir a dor, mas ela no caso não estava achando que eu estava sentindo dor eu não sei por que o qual foi que ela estava achando de me que não foi chamar a médica e realmente ela ficou me pirraçando e quando foi chamar a médica minha filha já estava nascendo e pra acabar de completar até ela mesma ficou preocupada por que ela no caso sabia que estava tendo minha filha e não quis me atender que na hora que eu estava indo para mesa do parto minha filha já estava coroando, ela fez realizou o exame pra ver os batimentos cardíacos da minha filha por que ela achava que estava até morta, por que ela demorou demais pra fazer meu parto pra chamar a médica pra poder realizar meu parto (MARIA G, 24 anos).

“O racismo é um dos fatores que determina o acesso ao cuidado em saúde, interferindo nos processos de adoecimento e morte” (DOMINGUES et.al, 2013, p. 286). “Nesse contexto, o racismo converte-se em um sistema de desigualdades de oportunidades que pode ser verificado nos vários âmbitos da sociedade, seja na educação, no emprego, na renda, na moradia, na saúde, dentre outros” (GUIMARÃES, 1996, apud, SACRAMENTO e NASCIMENTO, 2011, p.1144). Assim:

Como as manifestações discriminatórias nem sempre ocorrem de forma explícita, há dificuldade na identificação destas práticas, tanto por suas vítimas, quanto pelas pessoas que a praticam. Essa não percepção da discriminação racial é fruto, em parte, da construção ideológica acerca do mito da democracia racial, que obscurece a expressão do racismo, mostrando o Brasil como um país onde as relações entre os grupos raciais são harmoniosas e, portanto, o racismo é inexistente, sendo também instrumento da reprodução das relações desiguais de raça (DOMINGUES et.al, 2013, p. 286).

Com relação ao aborto, é importante destacar que entre as seis mulheres quilombolas que referiram abortos espontâneos, ocorreram por motivos que estão ligados a sua profissão de marisqueiras, falta de acompanhamento no período gravídico e problemas de saúde reprodutiva. Até mesmo pela questão do aborto ser ilegal no Brasil, nenhuma mulher identificou que o aborto foi provocado. Com relação ao assunto uma pesquisa feita com 78 mulheres quilombolas revelou uma semelhança.

A incidência abortos relatados na população Kalunga foi de 8,32% das gestações totais. Todas as mães alegaram que os abortos foram espontâneos, porém este dado pode não refletir a realidade visto que o aborto induzido é crime no Brasil e é condenado por boa parcela da sociedade. (...) Este alto valor encontrado para Kalunga pode ser resultado de condições sanitárias e comportamentais as quais estão sujeitas as mulheres, uma vez que mesmo grávidas, as gestantes trabalham nas lavouras e cuidam da casa, sendo responsáveis por parte do trabalho pesado (...) (DINIZ, 2008, p.33/34).

As mulheres quilombolas da comunidade Porto da Pedra estão expostas a horas de trabalho pesado, girando em torno de 10 a 14 horas consecutivas, com alto nível de esforço físico que o processo de mariscar no manguezal exige. Este fato pode explicar os abortos já que algumas mulheres alegam ter ocorrido após “chegarem da maré”, assim como, para explicar as complicações sofridas durante a gestação e no ato de parir. Esta exposição a um tipo de trabalho insalubre desempenhado durante a gravidez deveria justificar melhor investimento na assistência pré-natal.

A assistência no período gravídico-puerperal de mulheres quilombolas, em linhas gerais revela um cenário em que as desigualdades de gênero, raça/etnia e

classe estão visivelmente acentuadas e como essas mesmas desigualdades se apresentam de diversas formas influenciando no tipo de assistência recebida.

Apesar das mulheres afirmarem ter recebido uma assistência consideravelmente boa no período gestacional, outras não receberam nenhuma assistência, nem durante a gestação nem após o parto, mulheres que tiveram suas filhas e filhos em condições precárias em muitos casos, por ter não conseguido um acesso e um atendimento digno no sistema de saúde. Algumas afirmaram que perderam seus filhos, pois não tiveram um acompanhamento no período da gestação, que não fizeram consultas de pré-natal e nenhum tipo de exame, relatando as dificuldades que tinham, tanto econômicas como estruturais.

Analisando o número de gestações dessas mulheres e quantas receberam assistência pré-natal, é possível identificar alguns elementos que permitem, de certa forma, avaliar estes serviços. Somando-se o número de gestações, encontra-se 67 dando em média de 3,7 gestações para cada mulher. A partir daí é possível perceber quantas tiveram gestações complicadas sem conseguir ir ao médico, quantas deixaram de fazer o pré-natal por dificuldade de acesso ou por falta de conhecimento, quantas tiveram sua gravidez interrompida perdendo sua filha ou filho. Do total de 67 gestações, 23 não foram acompanhadas com consultas de pré-natal ou sequer fizeram qualquer acompanhamento. Neste sentido:

(...) garantir a qualidade do pré-natal ainda é um desafio no âmbito da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Pois, essa melhoria, dentre outros aspectos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais atuantes junto à mulher e na eficiência e presteza dos serviços oferecidos pelas instituições de saúde. (ANGELO e BRITO, 2012, p. 1164).

A assistência no período gravídico-puerperal das mulheres quilombolas é desigual. O fato de elas residirem em território de difícil acesso, serem mulheres, negras, quilombolas e de classe social baixa faz com que essas mulheres convivam com uma desigualdade diferenciada.

O estudo revela, em números consideráveis, como as desigualdades estão presentes na vida dessas mulheres e que se expressam no acesso aos serviços de saúde, sobretudo na assistência recebida no período gravídico-puerperal, tanto na não realização de consultas de pré-natal e exames, como na dificuldade de realização do parto e na assistência pós-parto, comprovando como as assimetrias

de gênero, raça/etnia e classe estão bem demarcadas influenciando no tipo de assistência recebida para as mulheres quilombolas e até mesmo a ausência de assistência. Um estudo realizado por Domingues et. al (2013) mostrou que mulheres de cor preta apresentam menor adequação na realização de exames, bem como menor adequação global ao pré-natal, segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

O acesso precarizado aos serviços de saúde no período gravídico-puerperal é um problema enfrentado pelas mulheres quilombolas, que embora afirmem ter feito acompanhamento em alguma gestação, tiveram dificuldades para conseguir esse acompanhamento, colocando também como motivo a localização do seu território para a unidade de saúde, assim como a falta de conhecimento e recurso financeiro; problemas já anteriormente apontados no histórico do planejamento reprodutivo, mas que se estendem a assistência ao período gravídico-puerperal.

(...) a exclusão do pré-natal se deve principalmente a fatores socioeconômicos, entre eles baixas renda familiar e escolaridade, de acesso às consultas, tais como local de residência distante do serviço e custo para o deslocamento, de qualidade dos cuidados em saúde e de suporte social (HILL; KIRKWOOD; EDMOND, 2004; TAMEZ-GONZÁLEZ et al., 2006; TITALEY, 2010, apud, ROSA, 2013, p. 12).

O acesso ao pré-natal como um direito diz respeito à assistência em todo o período gravídico-puerperal, sendo um momento primordial para acompanhar a saúde da mulher e da criança, mas infelizmente muitas mulheres quilombolas não tiveram a oportunidade de serem assistidas, alegando muitas dificuldades, incidindo desta forma para a não realização do pré-natal. De acordo com Domingues et.al “a assistência ao pré-natal é composta por práticas consideradas efetivas para redução de desfechos perinatais negativos” (DOMINGUES, et.al, 2013, p. 953).

Naturalmente, as condições geográficas das comunidades quilombolas, quase sempre localizadas em áreas rurais, representam uma grande dificuldade, mas o histórico de segregação dessas comunidades pode estar contribuindo para a perpetuação das condições observadas (OLIVEIRA et.al, 2014, p. 310).

#### **4.4 O ACESSO E UTILIZAÇÃO DE EXAMES BÁSICOS DE SAÚDE REPRODUTIVA.**

Para este estudo são considerados exames básicos de saúde reprodutiva: o preventivo de câncer cervicouterino (Papanicolau); a ultrassonografia vaginal e o preventivo de mamas (mamografia e ultrassonografia mamária). A garantia do acesso aos exames preventivos de colo de útero e de mama e a distância que separa os territórios das unidades de saúde influenciam na baixa adesão a esses exames. As dificuldades das mulheres que vivem em comunidades rurais no acesso às informações e ações de saúde estão relacionadas intrinsecamente, dentre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou o trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e pouca sensibilização (BRASIL/MS, 2006).

A realização dos exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino está dentro de um conjunto de ações que tem como objetivo a prevenção secundária e a detecção precoce dos cânceres do colo do útero e do câncer de mama que, no Brasil, estão entre as neoplasias mais incidentes entre as mulheres (DOMINGUES, 2013, p. 71).

O acesso aos exames preventivos de saúde pelas mulheres quilombolas que promovam a saúde reprodutiva é um problema no cenário atual. As dificuldades de acesso aos exames são relatadas por muitas mulheres que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde para realizar tais exames e acesso a consultas. Um estudo feito por Domingues mostrou que (...) “as mulheres negras são as que menos utilizam os três tipos de exames preventivos do câncer de mama e cervicouterino, revelando que as desigualdades raciais são determinantes para o pior acesso das mulheres negras aos exames preventivos” (DOMINGUES, 2013, p. 71).

Oliveira, Guimaraes e França (2013) afirmam que uma questão importante “é a percepção da existência de limitações de acesso aos serviços de saúde por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas, sendo um problema a ser enfrentado por gestores do programa de controle do câncer de colo de útero” (p.

4536) e acrescento ainda o controle do câncer de mama. Outros fatores associados estão relacionados a não realização de Papanicolau como a idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencimento a certos grupos étnicos como afrodescendentes, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas) (OLIVEIRA, GUIMARAES e FRANÇA, 2013). Além desses fatores outros também contribuem para não realização dos exames preventivos de mama e colo de útero, conforme relatado pelas mulheres.

Demora muito para que a gente aqui consiga. Eu já tenho um tempo tentando fazer a ultrassom das mamas. Eu sei da importância de fazer esses exames, mas como não tenho condições de pagar tenho que esperar pelo SUS, pela hora que devem achar que devo fazer. Eu sei que é importante fazer esses exames todos os anos, mas a dificuldade é muita (MARIA A, 40 anos).

Encontro muita, muita dificuldades, por que eu tenho uma mamografia com o papel em mão pra fazer e tem mais de três meses e até hoje não conseguir marcar e também uma ultrassom de mama que é para fazer de novo esse ano e não conseguir marcar ainda também. Eu to com um nódulo no peito e preciso fazer (MARIA B, 37 anos).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) fez uma estimativa para 2016 de 59.960 mil casos novos de câncer de mama e 16.340 de câncer do colo de útero, sendo que o câncer de mama ocupa a primeira posição no ranking entre os tipos de câncer feminino e o de colo de útero a terceira posição.

“As diretrizes para o rastreamento do câncer de colo do útero recomendam a realização do exame citopatológico anualmente em mulheres com faixa etária entre 25 e 64 anos, com intervalo de três anos após dois exames consecutivos negativos” (OLIVEIRA, GUIMARAES e FRANÇA, 2013, p. 4536). Com relação a este exame um estudo feito por Prates et.al (2016) com treze mulheres quilombolas mostrou:

Com relação à realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, três (23,07%) nunca haviam realizado o exame e a maioria (53,84%, n=7) havia realizado o exame no ano de 2013. As demais realizaram o último exame em 2012 (15,38%, n=2) e 2010 (7,69%, n=1) (PRATES, et.al, 2016, p. 108).

Outro estudo com 348 mulheres quilombolas sobre o exame de colo de útero de base transversal revelou que 196 mulheres haviam realizado o exame a mais de

três anos, 57 há menos de três anos e as mulheres que nunca havia realizado era 95.

Neste estudo, verificou-se uma prevalência de 27,3% para não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas de Vitória da Conquista, que se associou de forma independente à faixa etária entre 18-29 anos e 50-59 anos, não ter nenhum nível de instrução, não ter companheiro, nunca ter feito o exame clínico das mamas, ou tê-lo executado há um tempo maior ou igual a 3 anos (OLIVEIRA, GUIMARAES e FRANÇA, 2013, p. 4540).

O Papanicolau e a USG vaginal é um exame fundamental para identificar problemas como o câncer de colo uterino.

O câncer do colo do útero (CCU) é um importante problema de saúde pública no mundo e ocupa a terceira posição entre as neoplasias mais comuns. Sua incidência em países menos desenvolvidos é cerca de duas vezes maior em relação aos países mais desenvolvidos. No Brasil, é o terceiro tumor maligno mais incidente entre as mulheres e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Por ano, são estimados 17.540 novos casos, correspondendo a uma taxa de 17 casos por 100 mil mulheres e 4.800 mortes (BRASIL, 2011; BOA SORTE, 2015, p. 12).

Uma pesquisa realizada com mulheres quilombolas revelou a alta adesão do exame preventivo de colo de útero, apontando que, no período de 2010 a 2012, das 101 entrevistadas, noventa e três (92%) já havia realizado o exame, sendo que 39,6% das mulheres realizaram o exame em 2010 (DIAS et.al, 2014). “O exame preventivo de Papanicolau é uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras”, mas de fundamental importância (OLIVEIRA et.al, 2006, p. 326). O acesso ao exame de Papanicolau foi o único exame apontado pelas mulheres com maior facilidade, pois este é realizado na Unidade Básica de Saúde sobre a responsabilidade do (a) profissional de enfermagem.

Eu não encontro dificuldades para realizar o preventivo não, eu vou marco uma consulta e quando vou para a consulta a medica me dá a guia e eu vou e marco os exames. Leva mais ou menos oito dias pra eu fazer o exame, por isso não vejo dificuldade (MARIA J, 27 anos).

O exame de preventivo eu marco, aí eu faço e não tenho muita dificuldade por que marca e faz no posto mesmo. A dificuldade que eu tenho é pra conseguir ir no posto, por que tem que ir marcar e depois com uma ou duas semanas voltar lá pra fazer o exame (MARIA K, 37 anos).

O Ministério da Saúde através da Atenção Básica em Saúde afirma que é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde a realização de ações que visem o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, possibilitando a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL/MS, 2013). As mulheres tem realizado este exame tanto o Papanicolau com a USG vaginal anualmente com frequência, mas observa-se que seis das dezoito entrevistadas fizeram esses exames há mais de dois, três ou quatros anos, sendo que do contingente total apenas uma nunca fez nenhum dos exames afirmando não ter interesse em fazer por medo ou vergonha de expor seu corpo.

Embora o resultado desta pesquisa aponte para o conhecimento das mulheres quilombolas sobre o preventivo de colo de útero, um estudo feito por Boa Sorte, Nascimento e Ferreira com 26 mulheres quilombolas mostraram que “dentre as entrevistadas que referiram conhecer o Câncer de Colo Uterino, algumas apontaram o acesso precário à informação. A televisão foi citada como principal veículo de divulgação” (BOA SORTE, NASCIMENTO e FERREIRA 2016, p. 329).

A falta de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco e as formas de prevenção do câncer do colo uterino relaciona-se às informações prestadas por profissionais de saúde, como também à falta de acesso das mulheres a programas mais eficazes de educação em saúde (BOA SORTE, NASCIMENTO e FERREIRA 2015, p. 329).

Apesar das mulheres terem acesso principalmente ao Papanicolau um problema apontado é a demora na entrega do resultado do exame que pode chegar até seis meses de espera, o que leva algumas mulheres recorrerem ao serviço de saúde privado. A demora no resultado dos exames como também a falta de confiança nos resultados dos exames realizados pelo SUS é um motivo que leva algumas mulheres a optarem pelo sistema privado de saúde para realizarem seus exames.

Os exames de preventivo eu faço sempre de seis em seis meses por causa da mioma e não tenho muita dificuldade pra fazer não, pelo SUS a demora

que é muita pra gente receber o resultado. Assim, quando não faço pelo SUS, eu faço particular mesmo (MARIA L, 48 anos).

Eu na verdade esses exames que eu faço é tudo particular, o preventivo e ultra vaginal eu faço tudo particular por que olha eu sei lá, eu acho muito difícil, a demora é muita e também pra conseguir marcar, então eu prefiro fazer particular. Também a gente fazer uma coisa assim particular eu acho que é melhor, confio mais no resultado. Todos os meus exames eu sempre faço particular e nunca pelo SUS, consulta eu até vou pelo SUS mas exame eu sou vou para mostrar mesmo (MARIA R, 41 anos).

A sociedade capitalista reproduz uma cultura de que os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde são de baixa qualidade o que acaba influenciando para que as mulheres, mesmo com condições financeiras desfavoráveis, procurem o sistema privado de saúde para realizarem seus exames de Papanicolau, mamografia, entre outros exames necessários para o acompanhamento da saúde reprodutiva, mas há de ressaltar que a demora na entrega dos resultados contribui para a procura do serviço privado.

A falta de informação sobre a importância da realização da ultrassom mamaria, é um fator preocupante e que chama bastante atenção, pois onze das dezoito mulheres entrevistadas nunca passaram por exames de USG mamaria, mamografia ou o autoexame, importantes para o combate do câncer de mama, e estas alegam não ter idade para fazê-la, porque não tinham quarenta anos, havendo um desconhecimento sobre esta informação. As ações de promoção neste sentido não têm sido realizadas, já que as mulheres não possuem o conhecimento com acesso a informação adequada.

As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer (BRASIL/MS, 2013, p. 17).

A falta de esclarecimentos e informações sobre a importância dos exames mamários é preocupante entre as mulheres quilombolas.

Eu não tinha experiência se essa idade podia fazer, estou sabendo agora através de você e ninguém nunca me orientou sobre a ultrassom da mama, só do preventivo (MARIA E, 31 anos).

Eu, pra mim o de mama é para mulher mais velha e pra mim não tenho idade de fazer e essa outra ultrassom eu não fiz porque nunca me passaram (MARIA K, 37 anos).

A ultrassom vaginal eu nunca fiz e nem a da mama, por isso eu não posso dizer que tenho dificuldade pra fazer já que nunca pedi e ninguém nunca passou pra eu fazer (MARIA O, 38 anos).

(...) exame de mama eu nunca fiz, por que não tenho idade ainda e a ultrassom vaginal nunca passaram pra eu fazer não (MARIA Q, 27 anos).

Assim, as mulheres que nunca passaram por este exame relatam que nunca foram orientadas acerca da sua importância e da existência da USG mamaria quando vão procurar os serviços de saúde. As mulheres demoram anos sem realizar exames, alegando não conseguir marcar pelo SUS e também por não terem condições financeiras de fazer pelo sistema privado de saúde.

Importante afirmar, entretanto, que foram identificadas mulheres que, seja pela via do Sistema Único de Saúde ou pelo sistema privado, conseguem realizar anualmente todos os exames que estejam ligados a sua saúde reprodutiva. Porém mulheres que fazem exames de USG vaginal, Papanicolau, exames de sangue e etc.; nunca fizeram a USG mamaria, muitos poucos foram os casos encontrados que já realizou. Para o exame das mamas o estudo de Oliveira, Guimarães e França (2013) com mulheres quilombolas mostrou que 54 mulheres realizaram o exame clínico das mamas há mais de três anos; 30 há menos de três e 264 nunca havia feito nenhum tipo de exame das mamas.

Eu encontro muita dificuldade para conseguir realizar os exames por isso demoro muito tempo pra fazer os exames de preventivo, transvaginal e a mamografia como os outros exames de rotina. A dificuldade está pra conseguir marcar os exames e até pra conseguir marcar consulta no posto (MARIA D, 45 anos).

A falta de informações e a dificuldade na marcação de consultas e exames é problema constantemente relatado pelas mulheres quilombolas pela via do Sistema Único de Saúde, principalmente exames de mamografia, ultrassom vaginal, ultrassom das mamas e consulta com o serviço de ginecologia. O estudo de Oliveira, Oliveira, Guimarães e França com mulheres quilombolas apontou uma:

(...) associação estatisticamente significativa entre a não realização do exame preventivo para Câncer de Colo de Útero e não realizar exame clínico das mamas em três ou mais anos ou nunca tê-lo feito, o que provavelmente se explica devido às dificuldades de acesso das mulheres quilombolas aos exames preventivos que fazem parte do rol de atendimento do programa de atenção à mulher (OLIVEIRA, GUIMARÃES e FRANÇA, 2013, p. 4542).

A atenção à saúde das mulheres quilombolas quanto aos exames preventivos devem estar no bojo das atenções para garantir o acesso destas aos mesmos. Os resultados mostraram como as mulheres não estão informadas acerca da importância da realização dos exames anualmente conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e a própria Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher que visam garantir a redução de mortalidade por câncer. Mas para isto acontecer é necessário fomentar e desenvolver ações em saúde com este propósito, sendo fundamental o compromisso dos gestores e profissionais de saúde para fazendo este trabalho nos territórios. A associação entre o exame de colo de útero e mama nas mulheres quilombolas deste estudo esta fortemente atrelada às dificuldades de acesso.

#### **4.5 PERCEPÇÃO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE SEGUNDO A RAÇA/ETNIA.**

A discriminação étnico-racial e de gênero se expressam nas políticas de saúde bem como no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres quilombolas, explicitando, de forma inegável, diferentes aspectos do racismo institucional. As mulheres apontam a existência da discriminação étnico-racial e de gênero nos serviços de saúde quando vão procurá-los.

Nossa cor diz muito ainda, sou tratada diferente em muitos lugares que vou. Me olham diferente. Talvez se eu fosse branca recebesse um atendimento melhor. As pessoas do posto até que me trata bem, a enfermeira atende bem a gente. Nos lugares que vou as mulheres de cor branca é bem mais atendida do que eu. Quando falo que sou do quilombo o preconceito é maior ainda. Eu acho que a saúde deve melhorar muito pra nos atender bem e melhor. Nós mulheres quilombolas queremos nossos direitos garantidos e tem lei que garante isso, falta é cumprir (MARIA A, 40 anos).

A identidade quilombola é apontada como um elemento que provoca o tratamento diferenciado além do fato de serem negras quando na procura dos serviços de saúde. A “cor/raça e etnia são categorias ainda pouco valorizadas nas práticas dos serviços de saúde e nas análises da produção científica sobre a saúde no Brasil” (SACRAMENTO e NASCIMENTO, 2011, p.1143).

[...] a origem que eu sou quando chega no posto de saúde ou hospital é discriminado. Eu já fui discriminada por ser mulher quilombola, por que a gente vai para o médico mesmo sendo quilombola, o atendimento é muito demorado muito rigoroso, a gente padece ali (MARIA B, 37 anos).

“A discriminação racial e de gênero repercutem negativamente no acesso e na permanência das mulheres negras nos serviços de saúde e não estão inseridas apenas nas práticas individuais, mas fazem parte das normas e rotinas institucionais” (CORDEIRO e FERREIRA, 2009; DOMINGUES et. al, 2013, p. 286).

O racismo institucional presente nos serviços de saúde interfere no atendimento, que embora venha sendo amplamente discutido para combater as práticas discriminatórias no atendimento das (os) usuárias (os) do Sistema Único de Saúde, se configura como um desafio no atendimento as mulheres negras e neste caso particular das quilombolas. “O racismo institucional é definido como o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Kalckmann et. al, 2007, p.146).

Não é por que eu sou preta que devo ser discriminada, devia atender todas da mesma forma, por que somos todas iguais, então por isso não devia ter o racismo, que escolhe os brancos e diz que eles deve ser tratados melhor que a gente (MARIA D, 45 anos).

As desigualdades decorrentes do racismo institucional nos serviços de saúde são reconhecidas pelas mulheres, principalmente quando se comparam com brancas. “A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena” (Kalckmann et. al, 2007, p.146) e neste caso as mulheres quilombolas. O racismo institucional como determinante social da saúde é um problema que precisa ser superado para um atendimento humanizado, equitativo e igualitário. O racismo é vivido e percebido no

cotidiano das mulheres quilombolas, tendo como consequência a não procura pelos serviços de saúde.

A gente que é preta sofremos muito com isso, por isso prefiro ficar em casa mesmo sentindo as coisas pra não ter que ir em hospital, por que as pessoas ver a gente diferente por que da nossa cor e isso me doi muito. Quem sofreu é quem sabe como é passar por uma situação dessa e eu não quero mais passar por isso, por que é muito triste e nos sentimos pior e inferior aos outros (MARIA K, 37 anos).

O sentimento de inferioridade percebido nos serviços de saúde provoca sofrimento e adoecimento e impede o retorno ao serviço. Isto pode significar interrupção de tratamento iniciado, impedimento para dar continuidade às atividades de promoção à saúde como acompanhamento de pré-natal e outras e interdição ao conhecimento que é desenvolvido naquele espaço, nas formas de educação para saúde, (palestras, orientações, contato com profissionais e outras pessoas). Elas consideram que a saúde deve melhorar, embora reconheçam mudanças importantes no campo da saúde das mulheres quilombolas, identificam que ainda sofrem muito, principalmente pela distância da comunidade até os serviços de saúde e a dificuldade na marcação de consultas e exames.

O Ministério da Saúde através da portaria 978 de maio de 2012 define valores diferenciados para o financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica para o atendimento das populações que vivem em assentamento ou populações quilombolas, embora não haja um recurso específico para o atendimento de saúde das mulheres. As mulheres destacam a necessidade de mudanças efetivas para o atendimento de suas especificidades de saúde.

Nós mulheres quilombolas queremos um atendimento de saúde que atenda nas nossas necessidades e que venham até a nós, por que aqui a gente sofremos muito sabe, e deixamos de fazer nossos exames, nossas consultas pela dificuldade que a gente encontra (MARIA E, 31 anos).  
A saúde pra gente mulher deve melhorar muito ainda, nós mulheres precisamos de uma saúde melhor, principalmente pra gente mulher negra, por que as vezes atende a gente e parecem que estão fazendo um favor e a gente sabe que não está, mas como a gente não quer debater por que se não poder deixar de atender a gente. Precisamos nós mulheres negra de um atendimento melhor, de um atendimento que atenda nossa realidade, pois nossas dificuldades é muita, mesmo tendo melhorado (MARIA N, 32 anos).

Uma das possibilidades que as mulheres apontam para amenizar os problemas que elas enfrentam seria a construção de uma Unidade Básica de Saúde na comunidade com profissionais de saúde e com um agente comunitário de saúde já que não dispõem no momento e que seria um mecanismo para aproximá-las dos serviços locais de saúde. “O agente comunitário de saúde – ACS é um profissional muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade” (BRASIL/MS, 2009, p. 05).

(...) faz-se necessário compreender o significado de raça, cor e outros aspectos que circundam as relações sociais brasileiras para se perceber as implicações que os mesmos têm nas vidas das pessoas, tendo em vista a superação de uma série de preconceitos, discriminações e opressões que a população negra, principalmente as mulheres estão submetidas. (SACRAMENTO e FERREIRA, 2011, p. 1144).

A cor/etnia é um fator determinante para o acesso desigual no serviço de saúde e para discriminação na política de saúde. Algumas mulheres afirmaram que já presenciaram situações em que mulheres negras foram discriminadas nos serviços de saúde, mas a maioria delas respondeu que nunca passaram por situações de racismo, apesar de que, em algumas falas, fornecem indícios de que já foram vítimas de racismo, embora não admitam. Como destaca Cordeiro e Ferreira:

(...) embora o imaginário e as práticas discriminatórias nem sempre sejam percebidas de forma clara pelas pessoas, as falas das mulheres negras apresentam o universo médico-hospitalar constituído de uma lógica discriminatória com raízes fundadas em concepções e mitos hegemônicos na sociedade brasileira, como os da democracia racial e do racismo cordial (LOPES, 2003 apud, CORDEIRO e FERREIRA, 2009, p. 353).

As mulheres percebem a ausência do Estado e de políticas mais direcionadas para as comunidades quilombolas e de modo particular para as mulheres, apontando o conhecimento aliado à luta coletiva como um possível caminho e mecanismo para cobrar melhorias.

[...] falta às pessoas participar mais das coisas, pra ficar mais informado das coisas pra poder cobrar, eu acho que é isso. Por que quando a gente tem o conhecimento, por que quando a gente tem conhecimento das coisas fica mais fácil da gente conseguir, eu acredito assim (MARIA F, 36 anos).

As desigualdades de acesso nos serviços de saúde ficaram explicitadas nas falas das mulheres quilombolas e que sua raça/etnia e a classe social é um fator de discriminação e racismo quando vão procurar os serviços de saúde.

Entendemos que as dificuldades encontradas tanto do acesso quanto da utilização dos serviços de saúde de forma humanizada, igualitária e digna é um tipo de discriminação embora as mulheres não percebam isso. É preciso que o Estado dê uma atenção mais direcionada para as questões e problemas de saúde das mulheres quilombolas para que tenham um acesso melhor ao SUS, pois com a pesquisa ficou claro que as mulheres quilombolas são vítimas desse sistema perverso que excluem e ainda marginaliza as mulheres negras como um todo e as mulheres negras de etnia quilombola em particular. Como afirma Cordeiro e Ferreira,

É fácil constatar que o acesso aos serviços de saúde varia para os diferentes grupos que compõem a população, com maior desvantagem para os negros, e que os diferentes níveis de reprodução da desigualdade social e de saúde têm suas origens fortemente fincadas no gênero, raça e classe (CORDEIRO e FERREIRA, 2009, p. 353).

As assimetrias de gênero fundamentadas nas práticas discriminatórias constituem uma barreira e um impedimento para as mulheres quilombolas acessarem os serviços de saúde. “Deste modo, é possível afirmar que a presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras” (CORDEIRO e FERREIRA, 2009, p. 353) principalmente das mulheres quilombolas. “Processos inclusivos e estratégias mais efetivas de promoção da equidade são imperativos para minimizar os danos recorrentes que o racismo institucional tem produzido às comunidades quilombolas” (OLIVEIRA, et.al, 2014, p. 312).

#### **4.6 RELAÇÕES ESTABELECIDAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA.**

A Atenção Básica em saúde é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, respondendo pela maioria dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único

de Saúde. Com alto grau de descentralização e capilaridade, possui grande relevância, por estar bem próxima das (os) usuárias (os) da política de saúde. Ela se orienta pelos princípios da universalidade, do vínculo, da acessibilidade, da continuidade do cuidado na atenção à saúde, da integralidade da atenção prestada a (o) usuária (o), da responsabilização no serviço prestado, da humanização, da equidade, de modo que atenda a todas (os) igualmente e da participação social no acompanhamento e controle dos gastos com a saúde.

A Atenção Básica estruturada por esses princípios e por assumir essa responsabilidade tem como desafio a aproximação dos serviços de saúde da população usuária, que possuem diferentes peculiaridades e necessidades de saúde. Essa responsabilidade de aproximar os serviços de saúde das(os) usuárias(os) ocorre por meio das Unidades Básicas de Saúde da Família com as equipes de saúde, compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnico em enfermagem, médico clínico e quando ampliada, possui odontologista ou técnico de saúde bucal. “As Unidades Básicas de Saúde – instalados perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (PNAB, 2012, p. 09).

Desta forma, as unidades de saúde estão instaladas em territórios<sup>13</sup> demarcados com o objetivo de levar e/ou aproximar o serviço de saúde à população. A Atenção Básica define-se:

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012, p. 19).

A Atenção Básica em saúde tem um papel extremamente importante na prestação dos serviços de saúde à população e neste caso uma atenção que

---

<sup>13</sup> A questão do território na Atenção Básica é de suma importância para garantir uma atenção em saúde. A PNAB coloca em um dos seus fundamentos e diretrizes o território como adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (PNAB, 2012).

considere “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando uma atenção integral” (PNAB, 2012, p. 20). Considerando estes fatores, a Atenção Básica em Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família com as Unidades Básicas e atuação das equipes de saúde deve ter como objetivo fundamental garantir mediante ações, aproximar os serviços de saúde da população e neste caso específico das mulheres quilombolas que possuem necessidades de saúde diferentes e que enfrentam barreiras para conseguir acessar e utilizar os serviços disponibilizados pela rede básica de saúde. Conforme destaca Silveira et. al;

É responsabilidade da ESF gerir as demandas de saúde de maior frequência do seu território, considerando os critérios de risco, a dinamicidade e as características próprias de uma determinada população ou grupo. Nesse sentido, refletir sobre os aspectos singulares de uma população quilombola torna-se imprescindível para um cuidado singular, de qualidade e resolutivo pela equipe de saúde da família (Silveira et. al, 2015, p.623).

As mulheres quilombolas afirmaram ter uma boa relação com os profissionais de saúde da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família<sup>14</sup>. Essa relação é estabelecida quando elas vão à unidade de saúde em busca de algum serviço de saúde para si ou para algum membro da família, principalmente para as(os) filhas(os). Este contato ocorre principalmente com a enfermeira da unidade na qual afirmam ter uma relação de maior proximidade ou ocasionalmente quando a equipe de saúde vai até a comunidade. Um estudo feito com população quilombola sobre utilização de serviços de saúde na Bahia demonstrou que “os profissionais de saúde de nível superior se deslocavam até as comunidades para realizar os atendimentos, e as famílias também contavam com a visita domiciliar do ACS” (GOMES, et.al, 2013, p. 1832).

A atuação do profissional da Estratégia de Saúde da Família na comunidade quilombola traz muitos benefícios para compreensão dos problemas inerentes a este grupo e facilita o acesso às informações coletivas. É frequente que os Agentes

---

<sup>14</sup>A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PNAB, 2012, p. 54).

Comunitários de Saúde sejam descritos como as pessoas que melhor conhecem a situação social e de saúde da comunidade atendida (FREITAS et.al, 2011). As mulheres quilombolas afirmam:

Eu não tenho o que falar das pessoas do posto, eu considero que a relação é boa. A enfermeira mesmo trata a gente bem, ajuda a gente no que pode por sabe onde a gente mora e procura sempre me ajudar quando eu vou lá [...] (MARIA O, 32 anos).

O pessoal do posto me atende bem, nunca me maltrataram não, sempre sou bem recebida, a enfermeira mesmo é uma ótima pessoa, ela faz de tudo pra ajudar a gente por que também sabe da nossa dificuldade que é pra chegar até lá nê. E a medica é boa também, as vezes tenho dificuldade pra compreender algumas coisas que ela fala, por ela é cubana, mas ela atende bem a gente [...] (MARIA Q, 27 anos).

Um problema apontado pelas mulheres quanto à relação com os profissionais de saúde seria a falta de um(a) agente comunitária de saúde, apontando que elas precisavam de uma agente de saúde presente na comunidade para que as informações da unidade cheguem até a elas, aproximando-as dos serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica, principalmente para que não precise se deslocar para marcar uma consulta ou exames ou mesmo saber os dias em que são marcados, já que residem em território distante. Oliveira et. al (2015) concluem que:

O trabalho desenvolvido pelo ACS é na comunidade e voltado para ela e, para isso, apenas transmissão de informações não representa a essência do seu trabalho, pois é necessário haver escuta mútua para que as informações façam sentido na vida das pessoas e ações de promoção sejam complementadas (Oliveira et. al, 2015, p. 416).

Um estudo feito com comunidade quilombola registrou o não “reconhecimento da população acerca da acessibilidade ao serviço de saúde, pois a subdimensão acesso de primeiro contato-acessibilidade apresentou escore insatisfatório” (MARQUES et. al, 2014, p. 369).

Eu considero a relação boa com os médicos, a enfermeira e os que trabalham no posto, menos com a gente comunitária de saúde, por que tem mais de ano, uns dois anos que ela teve. A não ser quando vem aqui fazendo acompanhamento do Bolsa Família dos meninos de ano em ano. Quando eu preciso de qualquer coisa tiro um dia pra ir no posto marcar, perco um dia muitas vezes de maré por que não tem quem faça pra mim. Às vezes eu vou lá e consigo a marcar logo e dependendo do que seja eles atende logo por que sabe da nossa dificuldade para ir lá, mas às vezes eu marco e com 8 ou 15 dias eu vou para consulta com o médico (MARIA B, 37 anos).

As mulheres quilombolas consideram ter uma relação boa com os profissionais de saúde, com exceção para o(a) ACS que não visita a comunidade, a não ser no período de acompanhamento da Bolsa Família e não tendo um vínculo cotidiano com este profissional. Os ACS funcionam ou deveriam funcionar como elo entre a equipe de saúde e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção de saúde. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que estabelece a relação entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (LEVY, MATOS e TOMITA, 2004).

Contudo é fundamental mencionar “que, apesar do reconhecimento histórico do(a) ACS como potencializador das relações entre comunidade e serviço de saúde, ele está presente na corrente, na interação com os demais profissionais de saúde e a comunidade” (OLIVEIRA et. al, 2015, p. 415).

[...] eu tenho critica com o agente comunitário por que ele não vem na comunidade precisamos das coisas e ele não vem aqui, ele devia vir aqui na comunidade pra saber das nossas necessidades de saúde (MARIA D, 45 anos).

Eu não tenho o que reclamar, me tratam bem o que a gente precisa a gente vai e consegue dentro do possível, mas a parte do agente comunitário aqui não esta prestando não. Por que quando a gente precisa de alguma coisa a gente tem que ir até lá, por que tem a gente comunitária, mas não até a gente. Pra marcar uma consulta a gente vai até no posto um dia antes, marca pra ir no dia que elas solicitar a vaga (MARIA E, 31 anos).

[...] o agente comunitário rai ai, nunca vem aqui, a não ser quando é o cadastramento do Bolsa Família, que ela vem aqui, a não ser isso nunca vem, não vem mesmo (MARIA P, 29 anos).

A PNAB estabelece, dentre as atribuições dos ACS a orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, assim como contato permanente com as famílias, com o desenvolvimento de ações educativas, com ênfase para a promoção da saúde, a prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (PNAB, 2012).

A atuação dos(as) profissionais de saúde na atenção a saúde das mulheres quilombolas ainda se mostra insuficiente embora as mulheres afirmem ter uma relação estável com esses profissionais, ocorrendo apenas quando estas vão a unidade de saúde em busca dos serviços de saúde ou ocasionalmente quando tem a presença destes profissionais na comunidade em ações pontuais. Apesar das mulheres serem cadastradas na Estratégia de Saúde da Família rompe de certa forma com a proposta da Atenção Básica em Saúde que estabelece que seja feito um elo cotidiano entre os profissionais e a comunidade, para que não procure o serviço de saúde apenas no momento da doença. A Atenção Básica em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família traz esse pressuposto, porém vem apresentando insuficiências.

Embora o PSF<sup>15</sup> tenha sido idealizado como estratégia reestruturante do modelo de atenção à saúde, a sua implantação, por si só, não garante a modificação da cultura assistencial centrada no procedimento. A substituição do modelo biomédico pelo PSF implica custos e o enfretamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que ultrapassam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, exigindo mudanças na formação e nas relações de trabalho dos profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde (GOMES et. al, 2013, p. 1839).

A fim de conclusão é necessário pontuar a urgência que as(os) gestoras(es) de saúde devem ter para pensar estratégias e capacitar (as)os profissionais da AB para atender as demandas de saúde das mulheres quilombolas e da comunidade, pois as ações em saúde não deve ser limitar a visitas pontuais e ao simples repasse financeiro como chama atenção outros autores, embora sejam importantes.

Enquanto o estímulo à criação de equipes específicas para as comunidades quilombolas se traduzir em simples repasse financeiro, sem acompanhamento e monitoramento mais estritos, as repercussões sobre o estado de saúde dessa população tendem a ser muito limitadas. Assim, se perpetuam as dificuldades de acesso, a falta de vínculos e responsabilização por parte dos profissionais de saúde. As questões apontadas são graves e ensejam a inserção de aspectos éticos na discussão das políticas específicas às comunidades quilombolas, buscando-se, inclusive, dar voz aos sujeitos envolvidos (VIEIRA e MONTEIRO, 2013, apud, GOMES et. al, 2013, p. 1839).

---

<sup>15</sup> Programa Saúde da Família (PSF), substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A atuação de profissionais de AB em saúde na Estratégia de Saúde da Família implica custos e o enfrentamento de um conjunto de mudanças que ultrapassam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços de saúde, exigindo mudanças na formação e nas relações de trabalho dos(as) profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde que possam dar resolutividade na atenção prestada a saúde da mulher quilombola e estabeleça um vínculo maior com os profissionais, o que possivelmente resultara numa procura maior dos serviços de saúde (GOMES et.al, 2011, ROCHA et.al, 2008, apud, GOMES et.al, 2014). Neste estudo, ficou evidente que a não presença principalmente da(o) ACS na comunidade tem implicado para que as mulheres quilombolas acessem e utilizem menos os serviços e conseqüentemente poderá ter agravos na sua saúde reprodutiva, já que a localização do território é o principal dificultador embora não seja o único.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho construiu uma análise acerca da saúde reprodutiva das mulheres quilombolas, com direcionamento para o acesso e utilização dos serviços de saúde na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA.

As mulheres quilombolas acessam e utilizam menos serviços de saúde reprodutiva devido a diversas questões como a localização do território, nível de renda, escolaridade, entre outros fatores que contribuem para reproduzir um nível de desigualdade ainda maior.

Para entender como se dava o acesso e uso dos serviços de saúde, o estudo procurou entender a história do planejamento reprodutivo, a assistência no período gravídico-puerperal, o acesso e utilização de exames básicos de saúde, assim como entender as percepções das mulheres quanto à raça/etnia e a relação com os profissionais da Atenção Básica.

Após compreender este cenário, é possível afirmar que a assistência à saúde reprodutiva das mulheres quilombolas está a quem do nível ideal, demonstrando como o Estado ainda tem se ausentado diante da realidade e necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres, colocando-se como desafio para a superação das desigualdades étnico-raciais e de gênero no território quilombola.

As mulheres quilombolas que estão na maioria das vezes isoladas em seus territórios, tem enfrentado muitas barreiras o que tem impossibilitado o acesso dessas mulheres nos serviços de saúde e conseqüentemente na utilização de serviços quanto ao cuidado com a saúde reprodutiva. A discussão do acesso e da utilização das mulheres quilombolas nos serviços de saúde e a identificação de eventuais barreiras vinculadas as características e necessidades estão diretamente ligadas à localização de território, a desigualdade social, o racismo, a classe social, a discriminação de gênero e étnico-racial.

. Os cuidados com a saúde reprodutiva se mostram ineficientes e se colocam como um grande desafio, pois as mulheres estão expostas há vários condicionantes que contribuem para a baixa procura e menor acesso nos serviços de saúde, mostrando com o entrelaçamento do gênero, da raça/etnia e classe social são fundamentais para entender as desigualdades em que estão submetidas às

mulheres quando se trata de sua saúde reprodutiva. A AB em saúde não tem cumprido seu papel, o que dificulta o acesso das mulheres no cuidado e atenção a saúde reprodutiva.

Neste sentido, este estudo tem um papel fundamental, pois permite visibilizar o acesso e utilização das mulheres quilombolas nos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica. Os dados encontrados sobre a saúde da mulher quilombola ainda são insuficientes, carecendo de mais estudos que possam mostrar a situação de saúde dessas mulheres.

As mulheres quilombolas isoladas em seus territórios, tem enfrentado muitas barreiras o que tem impossibilitado o acesso e utilização dos serviços de saúde reprodutiva. É preciso identificar essas necessidades e/ou demandas para planejar, definir prioridades e traçar estratégias para que a política de saúde atenda as mulheres quilombolas, para que elas de fato possam ter um acesso digno às políticas de saúde do SUS, pensando também no sentido de redirecionar as práticas de saúde que na maioria das vezes por não ter um viés mais humanizador e integrativo as excluem ainda mais. É fundamental ter como critério uma abordagem interseccional ao propor e pensar ações e políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, Francisco de Assis; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(2):233-242, abr-jun, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>. Acesso em: 03.05.2016
- ANDRADE, Magna Santos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de; ARAÚJO, Tânia Maria de; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. **Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010.** *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1):111-120, jan-mar 2014.* Disponível em: [www.scielosp.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf). Acesso em: 10.04.2016
- ANGELO, Bárbara Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. **CONSULTA PUERPERAL: O QUE LEVA AS MULHERES A BUSCAREM ESSA ASSISTÊNCIA?** Rev Rene. 2012; 13(5):1163-70. file:///C:/Users/xxxxxx/Downloads/178-5047-1-PB.pdf. Acesso em: 30.03.2016.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** *Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.* Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 03.05.2016
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** *Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):815-823, 2003.* Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>. Acesso em: 03.05.2016
- BAIROS, Fernanda Souza de; MENEGHEL, Stela Nazareth; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. **Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun 2008.* Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a11.pdf>. Acesso em: 06.05.2016
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, Lda, 2014.
- BASTHI, Angélica. **Guia para Jornalistas sobre Gênero, Raça e Etnia.** Brasília: ONU Mulheres; Federação Nacional dos Jornalistas (FENAJ); Programa Interagencial de Promoção da Igualdade de Gênero, Raça e Etnia (Fundo de Alcance dos Objetivos do Milênio, F-ODM), 2011.
- BASTOS, Francisco Inácio; TRAVASSOS, Claudia. **Cidadania e saúde: 'raça' e saúde pública: os dilemas da ciência e da prática contemporânea.** In: MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-25.pdf>. Acesso em: 26.04.2016

BATISTA, José Eduardo; MONTEIRO, Silvio Gomes; MORAES, Omar Khayyam Duarte do Nascimento; FILHO, José Eduardo Batista; LOBÃO, Walder Jansen de Mello; SANTOS, Gerusinete Bastos; BONFIM, Breno Facundes. **FATORES ASSOCIADOS AO VÍRUS HPV E LESÕES CERVICAIS EM MULHERES QUILOMBOLAS**. RevPesq Saúde, 15(1): 218-222, jan-abr, 2014. Disponível em: [www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/.../3053](http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/.../3053). Acesso em: 10.04.2016

BEDESCHI, Luciana; ZANCHETTA, Maria Inês. **Cidadania quilombola**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2008.

BOA SORTE, Elionara Teixeira. **Práticas preventivas para o câncer do colo uterino: um estudo com mulheres quilombolas**. 110f. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <http://www.pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Elionara%20Teixeira%20Boa%20Sorte.pdf>. Acesso em: 12.04.2016

BOA SORTE, Elionara Teixeira; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; FERREIRA Sílvia Lúcia. **Conhecimento de mulheres quilombolas sobre Câncer do Colo Uterino**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 1, p. 325-334, mar. 2016. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13594>. Acesso em: 12.04.2016

BOMFIM, Girlandio Gomes. **Políticas de Atendimento à Saúde da Mulher Quilombola: um estudo na comunidade de Graciosa**. In: Seminário de Estudos Culturais, Identidades e Relações Interétnicas., 2015, Aracaju. Anais IV SECIRI - 2015, 2015. Disponível em: [http://gerts.com.br/seciri/v1/?page\\_id=270](http://gerts.com.br/seciri/v1/?page_id=270). Acesso em: 02.05.2016

BOURDIEU, P. A construção do objeto. In.: BOURDIEU, P. et. al. **A profissão de sociólogo**. Petrópolis. Vozes, 1999. (p. 45-97).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010**.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2011. Retrato das desigualdades de gênero e raça [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

BRASIL. **LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf). Acesso em: 02.04.2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado_canceres_colo_uterio_2013.pdf). Acesso em: 17.04.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em: 28.04.2016

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20.12.2015

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf). Acesso em: 11.03.2016.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília – DF, 2007.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRASIL. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Marcelo Paixão; Irene Rossetto; Fabiana Montovanele; Luiz M. Carvano (orgs.).

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf). Acesso em: 20.04.2016

CARNEIRO, Suely. **Enegrecer o feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. Data do arquivo, setembro de 2010. Disponível em: [http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com\\_remository&Itemid=56&unc=fileinfo&id=208](http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=56&unc=fileinfo&id=208). Acesso em: 20.09.2014.

CARNEIRO, Suely. **Gênero e raça**. BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra G. GÊNERO, DEMOCRACIA E SOCIEDADE BRASILEIRA. São Paulo: FCC: Ed. 34, 2002.

CARNEIRO, Suely. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v.17, n. 49, 2003, p. 117-132.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. **Fatores associados às internações hospitalares no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):795-811, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14606.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

CFEMEA. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios** / Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CICONELLO, Alexandre. **O desafio de eliminar o racismo no Brasil: a nova institucionalidade no combate à desigualdade racial**. Disponível em: <http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/sites/default/files/Racismo%20%20texto%20do%20Peck.pdf>. Acesso em: 26.04.2016

CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **DISCRIMINAÇÃO RACIAL E DE GÊNERO EM DISCURSOS DE MULHERES NEGRAS COM ANEMIA FALCIFORME**. Esc Anna Nery RevEnferm 2009 abr-jun; 13 (2): 352-58. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200016) Acesso em: 03.04.2016

COSTA, Ana Alice Alcantara. **O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política**. Revista Gênero, v. 5, n. 2, Niterói, 9-35, 2005.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revistas Estudos feministas, University of California – Los Angeles, 171/188, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 20.11. 2013.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n4/15.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

DAMASCO, Mariana Santos. MAIO, Marcos Chor. MONTEIRO, Simone. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993)**. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(1): 344, janeiro-abril/2012.

DIAS, Isadora Clarissa Cordeiro; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão; BATISTA, José Eduardo; VIDAL, Flávia Castello Branco; SILVA, Dulcelena Ferreira; SILVA, Marcos Antonio Custódio Neto da; FRAZÃO, Fabíola Nassar Sousa; NASCIMENTO, Anna Cyntia Brandão; BEZERRA, Geusa Felipa de Barros; FILHO, Walbert Edson Muniz; VIANA, Graça Maria de Castro. **Câncer de colo de útero, genotipagem do Papiloma-Vírus Humano (HPV) em mulheres quilombolas de um município brasileiro: aceitabilidade da vacina**. Cad. Pes., São Luís, v. 21, n. especial, jul. 2014. Disponível em: [www.periodicoseletronicos.ufma.br](http://www.periodicoseletronicos.ufma.br). Acesso em: 02.03.2016.

Documento de Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras. Porto Alegre, 2012.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados**. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12133>. Acesso em: 10.04.2016

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; BARRAL, Fanny Eichenberger; RODRIGUES, Quessia Paz; SANTOS, Carla Cristina Carmo dos; ARAÚJO, Edna Maria de. **DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO CUIDADO EM SAÚDE REPRODUTIVA NA PERCEPÇÃO DE MULHERES**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 285-92. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010007072013000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010007072013000200003). Acesso em: 12.03.2016

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; GASPAR, Raquel Assunçã; ALVES, ValdecyrHerdy; RODRIGUES, Diego Pereira. **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMAS E COLO UTERINO NA PERSPECTIVA DE MULHERES: IMPLICAÇÕES PARA O SERVIÇO**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015 jan/abr; 5(1):1469-1477. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/806>. Acesso em: 20.04.2016

ESCANDÓN. Carmem Ramos. *Lanueva história, el feminismo y lamujer*. In. ESCANDÓN, C.R. (org). **Gênero e História**. México: Instituto Mora/UAM. 1992. p.7-37

FERREIRA, Aparecida de Jesus; FERREIRA, Susana Aparecida. **RAÇA/ETNIA, GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES SOCIAIS EM SALA DE AULA DE LÍNGUAS**. RevLet – Revista Virtual de Letras, v. 03, nº 02, ago/dez, 2011. Disponível em: [www.revlet.com.br/artigo/104](http://www.revlet.com.br/artigo/104). Acesso: 03.03.2016.

FRAGA, Fabiana Albino; SANINO, Giane Elis de Carvalho. **SAÚDE DA MULHER NEGRA PASSOS E DESCOMPASSOS: AÇÕES AFIRMATIVAS NA SAÚDE, PROVÁVEL LUZ NO FIM DO TÚNEL?** Revista da ABPN • v. 7, n. 15 • nov. 2014 – fev. 2015, p.192-211. Disponível em: <file:///C:/Users/xxxxxx/Downloads/454-1808-1-PB.pdf>. Acesso em: 06.05.2016

FREITAS, Daniel Antunes; SILVEIRA, Jéssica Camila Santos; FERREIRA, Luiz Alves; ZUCCHI, Paola; MARQUES, Amaro Sérgio. **MULHERES QUILOMBOLAS: PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DAFAMÍLIA**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000200365](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200365). Acesso em: 27.04.2016

GASPERIN, Simone Iara. **Cobertura e fatores associados aos exames de detecção precoce do câncer de colo do útero e mama em Florianópolis, SC, 2009: um estudo transversal de base populacional**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – área de concentração em epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/.../286441.pdf>. Acesso em: 10.04.2016

GOES, Emanuelle F. NASCIMENTO, Enilda R. **Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia**. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (Org). Saúde da população negra. Petrópolis, RJ: DP etAlli ; Brasília, DF: ABPN, 2012. Parte I. p. 255 – 265.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise**

**sobre as desigualdades.** *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf). Acesso em: 12.03.2016.

GOES, Emanuelle. **Mulheres Negras e Mulheres Brancas são (des)iguais no acesso ao pré-natal? Nenhuma morte materna a mais!** Instituto Odara, 28 de maio de 2012. Disponível em: <https://odarainstituto.wordpress.com/2012/05/28/emanuelle-goes/>. Acesso em: 06.05.2016.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Croslan; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf). Acesso em: 03.03.2016.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **RAÇA E OS ESTUDOS DE RELAÇÕES RACIAIS NO BRASIL.** *Novos Estudos*, CEBRAP N.º 54, julho 1999 pp. 147-156. Disponível em: [http://novosestudos.org.br/v1/files/uploads/contents/88/20080627\\_raca\\_e\\_os\\_estudo\\_s.pdf](http://novosestudos.org.br/v1/files/uploads/contents/88/20080627_raca_e_os_estudo_s.pdf). Acesso em: 25.04.2016

GUIRALDELLI, Reginaldo; ENGLER, Helen Barbosa Raiz. **AS CATEGORIAS GÊNERO E RAÇA/ETNIA COMO EVIDÊNCIAS DA QUESTÃO SOCIAL: UMA REFLEXÃO NO ÂMBITO DO SERVIÇO SOCIAL.** *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 17, n. 1, p. 248-267, 2008. Disponível em: <http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/viewFile/12/77>. Acesso em 20.03.2016.

HELD, Almir de Amorim Von; LOPES, Marianna Soares Chaves; SÁ, Sônia Maria Neves Bittencourt de; PORTO, Dora de Oliveira e Silva. **Percepção de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):923-933, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000700024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700024). Acesso em 25.04.2016

KABAD, Juliana Fernandes; BASTOS, João Luiz; SANTOS, Ricardo Ventura. **Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed.** Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312012000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312012000300004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 23.04.2016

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo. CRUZ, Vanessa Martins da. **Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?.** Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902007000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014). Acesso em: 26.04.2016

LAGO, Tania Di Giacomo do; LIMA, Liliam Pereira de. **Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas.**

IN: Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em: 11.03.2016

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001**. REV. SAÚDE PÚBLICA, 2005; 39(1): 100-7. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf). Acesso em: 11.03.2016.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde**. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n1/36>. Acesso em: 02.04.2016.

LÓPEZ, Laura Cecilia. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832012000100010). Acesso em: 24.04.2016

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. Ed. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, Amaro Sérgio; FREITAS, Daniel Antunes; LEÃO, Cláudia Danyella Alves; OLIVEIRA, Stéphanie Ketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; CALDEIRA, Antônio Prates. **Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):365-371, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>. Acesso em: 27.04.2016

MARTINELLI, Katrini Guidolini; NETO, Edson Theodoro dos Santos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):56-64. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf). Acesso em: 13.03.2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, Edgar. Parte I – Ciência com consciência. In: \_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2008 (p.15-172).

NUNES, Mônica de Oliveira; TRADS, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>. Acesso em: 02.05.2016

OLIVEIRA, Gustavo Henrique Saúde de; OLIVEIRA, Simony Scopel Cezáride; COQUEIRO, Jandesson, Mendes; FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de. **O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA PRÁTICA: UMA SOCIOANÁLISE.** IN: Revista Baiana de Saúde Pública. Secretária da Saúde do Estado da Bahia. – v. 39, n.2, abr./jun.2015 (p. 408/425).

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos. **Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão.** Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 325-34. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf). Acesso em: 10.04.2016

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. **Prevenção do câncer de colo uterino em mulheres quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil [manuscrito]** – Belo Horizonte: 2014. Disponível em: [www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/.../vers\\_o\\_tese\\_p\\_s\\_defesa.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/.../vers_o_tese_p_s_defesa.pdf)?. Acesso em: 18.04.2016

OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; FRANÇA, Elisabeth Barboza. **Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4535-4544, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104535](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104535). Acesso em: 20.01.2016

OLIVEIRA, Stéphanie Ketlin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; FREITAS, Daniel Antunes; CALDEIRA, Antônio Prate. **Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais.** Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (3): 307-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2014000300307](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000300307). Acesso em: 28.03.2016

PARCERO, Sonia Maria de Jesus. **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012.

PEREIRA, C. O. J. **A Política de Saúde da População Negra: uma análise acerca das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola de Porto da Pedra – Maragogipe – BA.** – Cachoeira – BA, 2012.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008 / IBGE,** Coordenação de Trabalho e Rendimento.

– Rio de Janeiro : IBGE, 2010. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad\\_panorama\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf). Acesso em: 04.07.2013.

PRATES, LisieAlende; POSSATI, Andrêssa Batista; TIMM, MarcellaSimões; BORTOLI, Cleunir de Fátima Candido de; BISOGNIN, Priscila; RESSEL, Lúcia Beatriz. **Características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(1):103-11, jan., 2016. Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../13969](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../13969). Acesso em: 04.02.2016.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Márcia Furquim de; SILVA, Zilda Pereira da. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):1011-1022, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32337.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Colaboradores José Augusto de Souza Peres (et AL.). 3. Ed. – reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 98f. il. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ROSA, Cristiane Quadrado da. **Fatores associados a não realização de pré-natal no município de Pelotas, RS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível em: [wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem](http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem). Acesso em: 11.03.2016

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça**. RevEscEnferm USP 2011; 45(5):1142-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a16.pdf>. Acesso em: 20.03.2016.

SAFFIOTI, Heleiethlara Bongiovani. **Rearticulando gênero e classe social**. In: BRUSCHINI, C.; COSTA, A. de O. (Org.) Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992, p. 183-215. (Fundação Carlos Chagas).

SANTOS, *Andréia Beatriz Silva dos*; COELHO, *Thereza Christina Bahia*; ARAÚJO, *Edna Maria de*. **RACISMO INSTITUCIONAL E INFORMAÇÃO EM SAÚDE**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.35, supl.1, p.231-242 jan./jun. 2011. Disponível em:

<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/158/153>. Acesso em: 24.04.2016

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2008. (p.8-92).

SANTOS, Diego Junior da Silva Santos; PALOMARES, Nathália Barbosa; NORMANDO, David; QUINTÃO, Cátia Cardoso Abdo. **Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar**. Dental Press J Orthod May-June;15(3):121-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/15.pdf>. Acesso em: 25.04.2016

SANTOS, Jucélia Bispo dos. **Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irará (BA)**. Revista Nuresno 13 – Setembro/Dezembro 2009 . Disponível em: <http://www.pucsp.br/revistanures>. Acesso em: 02.04.2016

SANTOS, Sony Maria dos. GUIMARÃES, Maria José Bezerra. ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. **Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003**. In: Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 16, n.2, p.87-102, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104). Acesso em: 02.02.2016

SASSI, Raúl Mendoza; BÉRIA Jorge Umberto. **Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):819-832, jul-ago, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Lúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):757-776, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14604.pdf>. Acesso em: 03.05.2016

SCOTT, Joan W. **O enigma da igualdade**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 13(1): 11-30, janeiro-abril/2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n1/a02v13n1.pdf>. acesso em: 10.12.2013.

SEPÚLVEDA, Maria Alícia Carrillo. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil, 1997**. Disponível: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>. Acesso em: 12.12.2013.

SILVA; Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. **Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000600011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902010000600011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10.04.2016.

SILVEIRA, Daniela Bastos; CHAGAS, Maria Delma Freitas das; HORA, Thaisa Santos da; DAHER, Donizete Vago; ACIOLI, Sonia. **Implicações da cultura no cuidado da equipe de saúde da família em uma comunidade quilombola**.

Revenferm UERJ, Rio de Janeiro, 2015 set/out; 23(5):622-6 **Disponível em:** <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.17734>. Acesso em: 27.04.2016.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero.** Revista Ser Social, Brasília, v.10, n.22, p.161-182, jan./jun.2008.

SOUZAS, Raquel. ALVARENGA Augusta Thereza de. **Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade.** Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.125-132, 2007.

TEIXEIRA, Simone Andrade; FERREIRA, Silvia Lúcia .**Direitos sexuais e direitos reprodutivos: teoria e práxis de feministas acadêmicas.** IN: BONNETI, Alline; SOUZA, Ângela Maria Freire de Lima e. (Org.) Gênero, mulheres e feminismos. AlinneBonneti e Souza (org.). - Salvador : EDUFBA : NEIM, 2011. p. 261-290.

TRAVASSOS, Claudia Travassos; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; VIACAVA, Francisco. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):975-986, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413). Acesso. 20.12.2015

TRAVASSOS, Cláudia. CASTRO, Mônica Silva Monteiro. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In. GIOVANELLA, Lígia et. al (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. E amp. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. P. 183 – 206.

TRAVASSOS, Claudia. VIACAVA, Francisco. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2490-2502, out, 2007. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/csp/v23n10/23.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n10/23.pdf). Acesso em: 02.03.2016

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup2:S190 S198, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf). Acesso em 20.02.2014.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco; PINHEIRO, Rejane; BRITO, Alexandre. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** – São Paulo: Atlas, 1987. (p. 137-161).

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil.3.ª edição, 2009.

WERNECK, Jurema. **Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido.** In:

Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 315 – 386.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA”**. A pesquisa tem o objetivo de analisar como se dá o acesso e a utilização de serviços de saúde pelas mulheres quilombolas na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA.

Esta pesquisa se justifica por que a saúde da mulher quilombola é pouco estudada na realidade atual.

Assim, solicitamos à senhora que responda às perguntas relacionadas a esse tema, as quais, caso permita, serão gravadas e, posteriormente, transcritas. Caso o andamento do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir de continuar a entrevista sem nenhum problema. Pode também desistir de participar deste estudo em qualquer fase. Os resultados da pesquisa serão divulgados através de dissertação de mestrado, publicação em periódicos e eventos científicos, entretanto, asseguramos que sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo. Os riscos deste estudo são mínimos, mas caso a senhora se sinta constrangida qualquer pergunta durante a entrevista, tem toda a liberdade para não responder ou até mesmo desistir de participar da pesquisa sem nenhuma penalidade. Informamos que a participação neste estudo não lhe trará gastos e nenhum tipo de incentivo financeiro, mas a certeza de colaboração para o meio científico. Queremos esclarecer que sua participação se dará após a assinatura desse termo, que também será assinado por mim, pesquisadora, em duas vias. Havendo dúvidas, a qualquer momento poderá me procurar em algum dos contatos abaixo.

Os resultados desta pesquisa estarão à sua disposição quando estiver finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento está impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, em sua residência situada na Fazenda Porto da Pedra, 270, Zona rural, Maragogipe – Ba e a outra ficará com a senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa

ficarão comigo por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa intitulada “**ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA**”, com total clareza tirei minhas dúvidas com a pesquisadora. Sei que a qualquer momento posso ter novas informações e alterar a minha decisão de participar se eu desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas. No entanto, caso apresente outras dúvidas, em qualquer momento da pesquisa, eu possa entrar em contato com a responsável Chirlene Oliveira de Jesus Pereira pelo(s) telefone(s) (75) 9949-2099/9141-9368, por e-mail [chirlenepereira@hotmail.com](mailto:chirlenepereira@hotmail.com) ou procurá-la no endereço Fazenda Porto da Pedra, 270, Zona rural, Maragogipe – Ba.

Maragogipe - Ba, 23 de fevereiro de 2016.

Assinatura participante: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora-orientadora: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura testemunha: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Em caso de minha desistência na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes ao questionário respondido, entre outros, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos objetivos já apresentados neste TCLE.

Assinatura participante: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Chirlene Oliveira de Jesus Pereira e Silvia Lúcia Ferreira do projeto de pesquisa de mestrado intitulado **“ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA”** a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

Maragogipe – BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisadora responsável pelo projeto

\_\_\_\_\_  
Assinatura Pesquisadora-orientadora

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.



**APÊNDICE C: FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO****BLOCO I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA****1. Idade** \_\_\_\_\_**2. Estado Civil**

- 1 ( ) Solteira
- 2 ( ) Casada
- 3 ( ) União Estável
- 4 ( ) Separada/Divorciada
- 5 ( ) Viúva

**3. Raça/ Cor autodeclarada**

- 1 ( ) Branca
- 2 ( ) Preta
- 3 ( ) Parda
- 4 ( ) Amarela
- 5 ( ) Indígena

**4. Naturalidade**

- 1 ( ) Maragogipe
- 2 ( ) Outra. Especificar \_\_\_\_\_

**5. Profissão/ocupação**

- 1. ( ) Marisqueira/pescadora
- 2. ( ) Aposentada
- 3. ( ) Pensionista
- 4. ( ) Outra

**6. Grau de Instrução**

- 1 ( ) Analfabeta
- 2 ( ) Pré-escolar (0-6anos)
- 3 ( ) Ensino Fundamental completo
- 4 ( ) Ensino Fundamental incompleto
- 5 ( ) Ensino Médio completo
- 6 ( ) Ensino Médio incompleto
- 7 ( ) Ensino Superior completo
- 8 ( ) Ensino Superior incompleto

**7. Religião**

- 1 ( ) Católica
- 2 ( ) Protestante
- 3 ( ) Espírita
- 4 ( ) Religião de matriz africana
- 5 ( ) Não tem religião
- 6 ( ) Outra \_\_\_\_\_

**8. Renda Familiar**

- 1 ( ) Menor que um salário
- 2 ( ) Um Salário mínimo
- 3 ( ) De uma a dois salários mínimos
- 4 ( ) De dois a quatro salários mínimos
- 5 ( ) Mais de cinco salários mínimos
- 6 ( ) Não tem renda
- 7 ( ) Não quis responder

#### 9. Local de moradia

- 1. ( ) Própria
- 2. ( ) Alugada
- 3. ( ) Emprestada (de parente /amigo)

#### 10. Tipo de habitação

- 1. ( ) Taipa
- 2. ( ) Taipa revestida
- 3. ( ) Alvenaria
- 4. ( ) Madeira
- 5. ( ) Outra. Especifique. \_\_\_\_\_

#### 11. Participa de algum programa social

- 1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 2. ( ) Não

### PERFIL REPRODUTIVO

#### Reprodução

- 12. N° de gravidez: \_\_\_\_\_
- 13. N° de partos: \_\_\_\_\_
- 14. N° de filhos vivos: \_\_\_\_\_

15. Tipo(s) de parto(s) e local onde foi/foram realizado(s).

- 1. ( ) Normal. \_\_\_\_\_
- 2. ( ) Cesário. \_\_\_\_\_

16. Já teve algum aborto?

- 1. ( ) sim 2. ( ) não

Se sim, Quantos \_\_\_\_\_

Se sim, especificar como foi aborto, tipo de atendimento recebido, causas:

---



---



---

17. Teve alguma complicação em alguma gravidez?

- 1. ( ) sim 2. ( ) não

Se sim, especificar qual (is): \_\_\_\_\_

18. Com qual idade teve o primeiro filho? \_\_\_\_\_

19. Com que idade teve o segundo filho? \_\_\_\_\_  
20. Com idade teve o terceiro filho? \_\_\_\_\_

21. Realizou alguma consulta pré-natal na(s) gravidez?

1. ( ) Sim.  
2. ( ) Não.

22. Quantas consultas em média você realizou em cada gravidez?

- Na primeira \_\_\_\_\_
- Na segunda \_\_\_\_\_
- Na terceira \_\_\_\_\_

23. Teve alguma gravidez não desejada ou não planejada?

1. ( ) Sim.  
2. ( ) Não.

24. Você fez teste para detectar a doença falciforme em alguma gravidez?

1. ( ) Sim.  
2. ( ) Não.

#### **Utilização e acesso a métodos contraceptivos.**

25. Faz uso atualmente de algum método anticonceptivo?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não. Já fez laqueadura? \_\_\_\_\_

26. Qual método utiliza? \_\_\_\_\_

27. Como faz para ter acesso?  
\_\_\_\_\_

#### **Acesso a exames preventivos**

28. Já realizou exame preventivo de mamas?

1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

29. Em caso de resposta afirmativa qual?

1. ( ) USG das mamas.  
2. ( ) Mamografia

30. Em média você realiza este exame a cada quanto tempo?

1. ( ) a cada 6 meses  
2. ( ) a cada 1 ano  
3. ( ) a cada 2 anos  
4. ( ) a cada 4 anos  
5. ( ) a cada 5 anos

31. Em caso de resposta negativa por que nunca o fez?

---

---

32. Já realizou exame preventivo de colo de útero?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

33. Em caso de resposta afirmativa qual?

1. ( ) USG vaginal
2. ( ) Papanicolau

34. Em média você realiza este exame a cada quanto tempo?

1. ( ) a cada 6 meses
2. ( ) a cada 1 ano
3. ( ) a cada 2 anos
4. ( ) a cada 4 anos
5. ( ) a cada 5 anos

35. Em caso de resposta negativa por que nunca o fez? \_\_\_\_\_

### Planejamento reprodutivo

36. Sabe o que é planejamento reprodutivo ou tem ideia do que seja?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

37. É acompanhada por algum programa de planejamento familiar?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

38. Planejou ter o primeiro filho?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

39. Planejou ter o segundo filho?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

40. Planejou ter o terceiro filho?

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

## **APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **1) Histórico do Planejamento reprodutivo**

Fale pra me como é feito o seu planejamento reprodutivo? Há profissionais que te acompanha? Como é esse acompanhamento? Você sabe da importância de ter um planejamento reprodutivo?

### **2) Assistência no período gravídico-puerperal**

Fale um pouco pra me sobre como era tipo de assistência que você recebia no(s) período(s) em que esteve grávida? Teve alguma complicação durante o período da(s) gravidez? Em que condições o seu(s) parto(s) foi ou foram realizado(s)? Fez exames durante o período da(s) gravidez? Teve algum acompanhamento profissional no período da(s) gravidez e depois do(s) parto(s)?

### **3) Dificuldades para acessar e utilizar exames básicos de saúde reprodutiva.**

Fale pra me como você faz para conseguir realizar exames considerados básicos, importante para a saúde reprodutiva? Encontra dificuldades para realizar exames de mamografia, USG das mamas, Papanicolau, USG vaginal? Já precisou fazer alguma cirurgia por conta de algum problema na sua saúde reprodutiva?

### **4) Percepção de condição de saúde pela raça/etnia.**

Na sua condição de mulher negra quilombola, como você avalia a atenção prestada a sua saúde reprodutiva? Você acredita que sua cor/raça é uma causa que influencia no tipo de atenção a sua saúde reprodutiva? O que você acha da política de saúde no momento atual para a saúde das mulheres quilombolas.

### **5) Relação com os profissionais da Atenção Básica.**

Fale pra me sobre sua relação com os profissionais de saúde da sua unidade de saúde (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, dentista, recepcionista, etc.). Como é estabelecida esta relação?

**ANEXOS**

**ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - UFBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES QUILOMBOLAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA.

**Pesquisador:** CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49954915.2.0000.5662

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.429.279

**Apresentação do Projeto:**

A saúde da mulher quilombola ainda é pouca abordada no cenário atual, merecendo estudos para mostrar a situação de saúde dessas mulheres, principalmente quanto a sua saúde reprodutiva. Desta forma, este projeto tem por objetivo analisar como se configuraram o acesso e a utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas na promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra Maragogipe – BA. A pesquisa será feita com mulheres quilombolas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos que se autodeclararem negras/pardas; mulheres que já tiveram ou estejam em experiência reprodutiva; que já acessaram e utilizaram serviços da rede básica de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar como se configuraram o acesso e a utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas na promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA.

**Objetivo Secundário:**

Identificar o perfil social e reprodutivo das mulheres quilombolas;

**Endereço:** Miguel Calmon

**Bairro:** Vale do Canela

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-8951

**CEP:** 40.110-902

**E-mail:** cep.ics@outlook.com

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.429.279

Identificar elementos do acesso e utilização dos serviços de saúde na Atenção Básica quanto à saúde reprodutiva.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo em questão oferece risco mínimo às participantes da pesquisa, já que não se trata de um estudo experimental, mas um estudo que pretende dar visibilidade à situação de saúde reprodutiva das mulheres quilombolas com direcionamento para o acesso e utilização dos serviços de saúde. Caso venha a surgir alguma eventualidade com riscos ou danos significativos às participantes da pesquisa, previstos ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o estudo possui como estratégia comunicar o fato imediatamente ao Sistema CEP/CONEP, e avaliação em caráter emergencial, a necessidade de adequar o que for necessário para dar prosseguimento ou até mesmo a suspensão do estudo. Como descrito no TCLE, as mulheres quilombolas possuem total liberdade caso percebam algum tipo de risco de desistir a qualquer momento da pesquisa.

**Benefícios:**

Os benefícios do estudo consistem em dar visibilidade a situação de saúde das mulheres quilombolas quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde na sua saúde reprodutiva, mostrando a realidade de saúde, os problemas enfrentados por essas mulheres, e de que forma essas mulheres conseguem acessar ou não os serviços no que compete ao campo da saúde reprodutiva. A saúde reprodutiva das mulheres quilombolas é pouco abordada no cenário atual, principalmente por que estas mulheres residem em territórios de difícil acesso o que limita de certa forma seu acesso nos serviços de saúde e sua real utilização o que dá sentido a este estudo. Na comunidade não existe nenhum estudo sobre a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas, por isso ele tem enorme relevância. Assim, após o resultado final e sistematização de todo estudo daremos como encaminhamentos: Organização de uma roda de conversa e/ou seminário com o objetivo de apresentar os resultados do estudo para as mulheres quilombolas, convidando o poder público municipal para estar presente; Encaminhar o estudo ao poder público municipal para fazer conhecer a situação de saúde das mulheres quilombolas quanto à saúde reprodutiva; Marcar uma reunião com o poder público para tentar encaminhamento as possíveis

Endereço: Miguel Calmon  
Bairro: Vale do Canela  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8951

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - UFBA**

Continuação do Parecer: 1.429.279

demandas que possam surgir no estudo. Esta reunião contará com a presença de algumas mulheres que participaram do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após o atendimento das pendências listadas em parecer anterior, não foram observados óbices éticos. Desta forma, somos favoráveis a aprovação do projeto de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 em substituição à Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d). O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 29/08/2016 e ao término do estudo. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFBA, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Endereço:** Miguel Calmon  
**Bairro:** Vale do Canela  
**UF:** BA                      **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8951

**CEP:** 40.110-902

**E-mail:** cep.ics@outlook.com

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - UFBA**



Continuação do Parecer: 1.429.279

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_25fevereiro2016.pdf	29/02/2016 13:28:54	ANA PAULA CORONA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_584557.pdf	27/01/2016 16:53:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_FINAL_novo.pdf	27/01/2016 16:52:59	CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA	Aceito
Outros	carta_resposta2.pdf	27/01/2016 16:51:45	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	27/01/2016 16:50:53	CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_PESQUISA_MULHERES.pdf	08/01/2016 21:53:32	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	08/01/2016 21:49:56	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/01/2016 21:47:25	CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	06/10/2015 17:19:25	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	06/10/2015 17:18:28	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Outros	Declaracao_dispenza_anuencia.pdf	06/10/2015 17:17:36	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Outros	Equipe_detalhada.pdf	06/10/2015 17:14:36	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_compromisso.pdf	06/10/2015 17:13:28	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17/09/2015 15:25:05	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Declaração do Patrocinador	GASTOS_PESQUISA.pdf	14/09/2015 16:16:37	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	14/09/2015 15:43:21	CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA	Aceito
Outros	TERMOIMAGEMDEPOIMENTOS.pdf	14/09/2015 15:37:18	CHIRLENE OLIVEIRA DE	Aceito

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

Endereço: Miguel Calmon  
Bairro: Vale do Canela  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-8951

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com

---

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - UFBA**



Continuação do Parecer: 1.429.279

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

SALVADOR, 29 de Fevereiro de 2016

---

**Assinado por:**  
**ANA PAULA CORONA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Miguel Calmon  
**Bairro:** Vale do Canela  
**UF:** BA      **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-8951

**CEP:** 40.110-902

**E-mail:** cep.ics@outlook.com