



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL-
PPGPS

DALILA MARIA DE FÁTIMA LISBÔA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES DO QUILOMBO
MESQUITA: ENTRE PERSPECTIVA E DIREITOS

BRASÍLIA
2022

DALILA MARIA DE FÁTIMA LISBÔA

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES DO QUILOMBO
MESQUITA: ENTRE PERSPECTIVA E DIREITOS**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, elaborado sob a orientação da Prof^a. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

**BRASÍLIA
2022**

BANCA EXAMINADORA:

Dissertação apresentada e aprovada em 12/08/2022.

Professora Orientadora Dra. Lucélia Luiz Pereira

Membro Interno do PPGPS Professora Dra. Marlene de Jesus Silva Santos

Membro Externo do PPGPS Dra. Gessiane Ambrosio Nazario

Membro suplente interno do PPGPS Professora Dra. Maria Elaene Rodrigues Alves

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

LL769s Lisbôa, Dalila Maria de Fátima
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES DO QUILOMBO
MESQUITA: ENTRE PERSPECTIVA E DIREITOS / Dalila Maria de
Fátima Lisbôa; orientador Lucélia Luiz Pereira . -- Brasília,
2022.
115 p.

Tese (Doutorado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. . Saúde sexual e reprodutiva. 2. Mulheres negras
quilombolas. 3. Saúde. I. Luiz Pereira , Lucélia, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às Professoras e aos Professores do Departamento de Serviço Social da UnB. As disciplinas Fundamentos da Política Social, Teoria e Método nas Ciências Sociais e Capitalismo, Trabalho e Questão Social com os respectivos professores Prof.^a Maria Lúcia Lopes da Silva, Prof.^a Camila Potyara Pereira e o Prof. Reginaldo Guiraldeli.

Agradeço à Banca Examinadora de Qualificação, composta pela Dra. Gessiane Ambrósio Nazário e pela Prof.^a Dra. Priscila Maia Andrade, pelas contribuições feitas.

Agradeço à Banca Examinadora Final, composta pela Dra. Gessiane Ambrosio Nazário e pela Prof.^a Dra. Marlene de Jesus Silva Santos, pela Prof.^a Dra. Maria Elaene Rodrigues Alves pela colaboração a esta pesquisa.

Agradeço à Prof.^a Orientadora Lucélia Luiz Pereira pela acolhida e paciência, pelos elogios e pelos ensinamentos que contribuíram para a conclusão do mestrado.

Agradeço à Domingas, Servidora da Universidade, pelo seu trabalho, presteza e dedicação.

Agradeço ao grupo de Mestrado e Doutorado onde foram realizadas as discussões sobre o mestrado, bem como as angústias que permearam todo esse processo.

Agradeço aos colegas Jorge Augusto, Gislene Rodrigues e Stephany Damasceno pelo companheirismo e dedicação durante a caminhada do mestrado.

Agradeço aos (às) amigos (as) pelo incentivo durante esses últimos dois anos. E agradeço, em especial, à Juliana Nunes pela contribuição na aprovação no programa, Ana Cristina, Sheyla Paranaguá e Juliana Célia pelas contribuições na escrita e Agatha Azzolin pelo incentivo.

Agradeço a minha mãe, esposo, irmã e minha sobrinha e meu filho, Ítalo por serem o incentivo de todos os dias.

RESUMO

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras quilombolas ainda é um tema a ser debatido para que ganhe visibilidade, pois é uma área com grandes desafios. O presente estudo tem como objetivo analisar em que medida as demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas são atendidas nos serviços de saúde do Quilombo Mesquita. Considera-se a importância da política de saúde para garantir o acesso das mulheres quilombolas aos serviços ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) de modo que garantam os seus direitos sexuais e reprodutivos. Para isso, utilizou-se da teoria decolonial, que tem como perspectiva construir saberes a partir de uma visão crítica de modo que alcance a transformação dos povos colonizados. Busca criar teorias e métodos próprios na América, sem depender da construção de conhecimentos dos colonizadores. A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestrutura com as mulheres negras quilombolas em idade reprodutiva, acima de 18 anos. Realizou-se 10 entrevistas com mulheres quilombolas residentes na Comunidade de Mesquita que está situada no município de Cidade Ocidental- Goiás. A pesquisa contribuiu para compreender que as mulheres quilombolas ainda precisam de atenção em relação a sua saúde sexual e reprodutiva. Uma das principais ferramentas são o direito à informação para que elas tenham conhecimento sobre os serviços que são ofertados em cada uma das atenções. Falta conhecimento sobre planejamento reprodutivo, métodos contraceptivos, acesso e utilização dos serviços de saúde por essas mulheres. A medicina tradicional ainda se faz muito presente na vida das mulheres quilombolas e são utilizadas como estratégias para garantir a sua saúde e de seus familiares. Esses saberes contribuem para se afirmarem como quilombola. Foram identificadas as principais barreiras sociais, econômicas e culturais que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Assim sendo, observa que o conhecimento é a principal ferramenta para que as mulheres quilombolas tenham acesso aos serviços de saúde e que tenham seus direitos reprodutivos garantidos.

PALAVRAS- CHAVE: 1. Saúde sexual e reprodutiva; 2. Mulheres negras quilombolas; 3. Saúde.

ABSTRACT

The sexual and reproductive health of black quilombola women is still a topic to be discussed in order to gain visibility, since it is an area with great challenges. The present study aims to analyze to what extent the demands of sexual and reproductive health of quilombola women are met in the health services of Quilombo Mesquita. It considers the importance of health policy to guarantee access of quilombola women to the services offered in the Unified Health System (SUS) in order to guarantee their sexual and reproductive rights. To this end, the decolonial theory is used, which has as its perspective the construction of knowledge from a critical viewpoint in order to achieve the transformation of colonized peoples. It seeks to create its own theories and methods in America, without depending on the knowledge construction of the colonizers. Data collection was carried out through semi-structured interviews with black quilombola women of reproductive age, over 18 years old. There were 10 interviews with quilombola women living in the Mesquita Community which is located in Cidade Ocidental- Goiás. The research contributed to understand that quilombola women still need attention in relation to their sexual and reproductive health. One of the main tools is the right to information so that they have knowledge about the services that are offered in each of the attentions. There is a lack of knowledge about reproductive planning, contraceptive methods, access to and use of health services by these women. Traditional medicine is still very present in the lives of quilombola women and is used as a strategy to ensure their health and that of their families. This knowledge contributes to their self-affirmation as quilombola. The main social, economic and cultural barriers that hinder access to health services were identified. Thus, it is observed that knowledge is the main tool for quilombola women to have access to health services and have their reproductive rights guaranteed.

KEY WORDS: 1. sexual and reproductive health; 2. black quilombola women; 3. health.

SIGLAS

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNDSS- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DSS- Determinantes Sociais da Saúde

HUB- Hospital Universitário de Brasília

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS- Organização Mundial da Saúde

PBQ- Programa Brasil Quilombola

PNPIR- Política Nacional da Promoção da Igualdade Racial

SEPPIR- Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO 1- POPULAÇÃO NEGRA QUILOMBOLA NO BRASIL.....	19
1.1 Gênero e Raça	19
1.2 População quilombola	24
1.3 Historicização do Quilombo Mesquita.	34
CAPITULO 2. SAÚDE NO BRASIL APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	40
2.1 – A Política de Saúde no Brasil: construções e desafios.....	40
2.2 Determinantes Sociais e Direitos Sociais na Saúde.....	47
2.3- Saúde da População Quilombola	51
2.4 Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras Quilombolas.....	59
CAPÍTULO 3- DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES NO QUILOMBO MESQUITA: DESAFIOS DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	69
3.1 Perfil das mulheres quilombolas entrevistadas e mapeamento das demandas das mulheres quilombolas em relação à saúde sexual e reprodutiva	69
3.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos: os limites e possibilidades para a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres negras quilombolas do Quilombo Mesquita	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES	112
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	112

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

..... **114**

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inscrita na linha de pesquisa “*Exploração e Opressão de Sexo/Gênero, Raça/Etnia e Sexualidades*” do Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) da Universidade de Brasília (UnB).

Tem como objeto de pesquisa a saúde das mulheres negras quilombolas do Quilombo Mesquita e terá como foco analisar a utilização dos serviços de saúde por essas mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva.

O estudo abordou a saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva de direito compreendendo o conceito de gênero e raça como determinantes dos processos de saúde. Gênero deve ser abordado como construção social e não determinado pela sexualidade. É importante a desconstrução binária entre homens e mulheres de modo que eles sejam compreendidos como sujeitos de direitos. O conceito de raça é também fruto de uma construção social possibilitando criar diferenças entre brancos e negros.

De acordo com Pereira

“... 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...” (2016, pág. 17).

Os estudos étnico-raciais em relação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negra quilombolas contribuem para entender a realidade atual delas. Sendo assim, nota-se uma necessidade de discussão em relação às questões de gênero e raça, pois possibilita a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras quilombolas.

Assim sendo, a comunidade a ser pesquisada é o Quilombo Mesquita que está situado na Cidade Ocidental há aproximadamente 40 km da Capital Federal, no Estado de Goiás. A história do Quilombo é relatada principalmente por tradição oral, o qual conta que três escravas herdaram as terras da família portuguesa Mesquita. As famílias do Mesquita são definidas em quatro troncos genealógicos: Pereira Braga, Pereira Dutra, Teixeira Magalhães e Lisboa da Costa.

Segundo Neres:

Importante ressaltar que muitos quilombolas de Mesquita trazem semelhanças físicas com os Angola, Congo, Benguela, Cabinda e Moçambique. Essas etnias foram, sem dúvida, as que constituíram o povo Mesquita perpetuando, por meio do DNA, suas características africanas (2016, pág. 31-32).

O Quilombo é um local de resistência e no Mesquita não se faz diferente. Os Quilombolas têm exigido das representações governamentais melhorias nas condições de vida e de saúde da população. Os quilombolas enraizaram o espírito de luta e anseio pela liberdade, uma vez que ainda são subjugados por preconceito e estigmas criados pela sociedade.

O interesse pela pesquisa se deu, por um lado, por ser quilombola dessa comunidade, usuária dos serviços de saúde existentes, por outro, por perceber uma lacuna de produção de conhecimento sobre o tema. Além disso, ressaltou sobre a relevância social da pesquisa que coaduna com o entendimento de justiça, direitos e dignidade das mulheres quilombolas uma vez que garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres constitui direitos humanos. Tal garantia deve ser livre de discriminações e opressões.

Garantir acesso à saúde para essas mulheres é uma forma de minimizar discriminações e garantir o alcance a outros direitos. Pereira afirma que

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, sendo alvo inclusive de fortes críticas por parte do movimento de mulheres e feminista como um todo... (2016, pág. 17).

As políticas de saúde voltadas para todas as mulheres, principalmente para as mulheres negras quilombolas possibilita a viabilização de direitos, pois elas tinham um acesso restrito a essas políticas. A conquista de direitos se dá por meio de reivindicações dos movimentos sociais.

Porém, verifica-se que existem disparidades em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, por isso é importante garantir às mulheres quilombolas o direito aos serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Segundo Pereira “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” (2016, pág. 48). Nota-se a importância de viabilização do acesso à saúde, inclusive nos serviços de atenção básica considerando as particularidades socioculturais deste público.

Nesse sentido, é importante garantir que essas mulheres tenham acesso ao planejamento reprodutivo e a uma vida reprodutiva saudável, pautada na autonomia e na liberdade.

Existe uma restrição de direitos para determinados grupos da sociedade principalmente em relação a raça/cor/etnia, pois nesse segmento tem-se revelado diversas formas de desigualdades principalmente em relação aos direitos das mulheres negras quilombolas.

Justificativa

A aproximação com o tema desta dissertação se iniciou a partir das vivências na minha comunidade e na graduação quando realizei estágio no Hospital Universitário de Brasília – HUB. Saúde sempre foi um tema que me chamou atenção. Com a entrada na pós-graduação quis pesquisar algo voltado para a comunidade e devolver os dados para contribuir com o conhecimento dessas mulheres.

Diante disso, como estudante do mestrado do PPGPS e profissional de serviço social partilho dos princípios que estão preconizados no Código de Ética de 1993 no qual afirma “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”, da “defesa intransigente dos direitos humanos” e dos princípios referentes ao empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação. Tendo essas nuances imbricadas tanto na vida pessoal quanto profissional e como discente viu-se a importância e o dever de contribuir na discussão sobre a saúde sexual e reprodutivas das mulheres do meu quilombo.

Além disso, o conhecimento científico sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas pode oferecer formas de aperfeiçoamento e busca de avanços relacionados à política de saúde que são disponibilizadas para essas mulheres.

Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo geral analisar em que medida as demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas são atendidas nos serviços de saúde do quilombo Mesquita. E como objetivos específicos: I- Mapear e caracterizar as demandas de saúde das mulheres voltadas à saúde sexual e reprodutiva em Mesquita; II- caracterizar as barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas que dificultam o atendimento das demandas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas; III. Verificar alternativas utilizadas pelas mulheres quilombolas para responder às suas demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Considerando as peculiaridades da saúde sexual e reprodutivas das mulheres quilombolas, esta dissertação tem a seguinte pergunta de partida: em que medida os

serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva que são ofertadas na comunidade quilombola de Mesquita têm atendido as demandas das mulheres quilombolas?

Para responder à pergunta central, este estudo estabeleceu como hipótese de trabalho: as mulheres do Quilombo Mesquita acessam de forma limitada a política de saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

Buscou-se utilizar na pesquisa um embasamento teórico sob a perspectiva da teoria decolonial, com o objetivo de tentar romper com os métodos coloniais.

Segundo Spyer Dulci e Rocha Malheiros

“...ressaltar que as metodologias decoloniais não são neutras, mas apresentam sensibilidade às demandas dos corpos colonizados, que estão dentro das zonas do “não ser” da modernidade, e, ao assumir esse lugar epistemológico, se propõem a elaborar um caminho, conforme cada pesquisa, para decolonizar esses corpos e suas realidades, que não são pretensamente universais, mas reais, e estão dentro da América Latina” (2021, pág. 177).

Nesse caminho, a pesquisa com mulheres negras quilombolas, tem por objetivo a construção coletiva do conhecimento a partir das demandas apresentadas pelas entrevistadas. A teoria decolonial visa o afastamento dos pressupostos da ciência eurocêntrica e a construção de conhecimento a partir da realidade latino-americana.

Para Spyer Dulce e Rocha Malheiros:

“...os métodos decoloniais não podem existir somente para responder os objetivos do (a) pesquisador (a), mas, principalmente do (a) pesquisado (a). A teoria decolonial se coloca como para além de uma teoria, é uma práxis. Pensar a construção de metodologias decoloniais é procurar respostas para as questões que emergem desde os (as) oprimidos (as), subalternizados (as), desde a colonialidade do poder, saber e ser, e não meramente responder questões acadêmicas que se encontram no topo da “geopolítica do conhecimento” (2021, pág. 184-185)

A pesquisa deve atender os objetivos tanto do pesquisador quanto do pesquisado. Ela pode ser utilizada para responder demandas das classes oprimidas, não sendo elas apenas objeto de pesquisa. O conhecimento deve ser utilizado para dar respostas as reivindicações que surgem durante a pesquisa.

A metodologia consiste numa abordagem teórica onde articula teoria e realidade. É ela que possibilita os caminhos a serem percorridos pela pesquisa. Nesses caminhos

estão inclusos as técnicas e os instrumentos que devem ser utilizados. Sendo assim, entende que a pesquisa contribui para compreensão da realidade dos sujeitos envolvidos.

Segundo Minayo

...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). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas (2012, pág. 14).

Nota-se a importância da metodologia na construção da pesquisa. O pesquisador precisa estar envolvido na pesquisa e utilizar dos conhecimentos, criatividade, sensibilidade no desenvolvimento da pesquisa.

Minayo afirma que

...a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsicamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (2012, pág. 15).

A teoria e a metodologia devem estar intrinsicamente ligadas. É importante que o instrumental seja claro e coerente, capaz de promover o debate crítico e reflexões em relação ao tema pesquisado.

A pesquisa qualitativa “trabalha com universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2012, pág. 21). Considerando a importância da pesquisa social e a dimensão investigativa para conhecimento da realidade adotou-se a pesquisa qualitativa, uma vez que está centrada nos significados da vida dos sujeitos e isso permite compreender essa realidade vivida.

A pesquisa foi realizada na comunidade quilombola Mesquita localizada na Cidade Ocidental – GO. Teve como participantes mulheres jovens e adultas onde foram abordados temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva e acesso e utilização da atenção primária à saúde.

O projeto de pesquisa foi realizado em três etapas. A primeira etapa consistiu na elaboração da fundamentação teórica por meio de pesquisa bibliográfica e documental relacionadas às leis e políticas e artigos que tratavam sobre o tema da pesquisa, bem como sobre a política de saúde e a história da comunidade quilombola de Mesquita. A segunda etapa foi a ida a campo para a realização das entrevistas com as mulheres negras

quilombolas em idade reprodutiva¹. Optou-se por entrevistar apenas as mulheres e não os profissionais de saúde devido ao tempo que levaria para realização dessas entrevistas.

A terceira etapa consistiu na análise e tratamento do material coletado. Buscou valorizar a compreensão e a interpretação dos dados colhidos articulando teorias interpretativas sobre o tema tratado.

As entrevistas foram marcadas com antecedência e elas tiveram caráter semiestruturada. Realizou-se entre os meses de janeiro e abril de 2022. Às mulheres negras quilombolas que aceitaram participar da pesquisa foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde cada mulher pôde fazer a leitura e assinar dando o de acordo para participar da entrevista. Esse termo tem como perspectiva apresentar os objetivos, justificativa, os direitos e deveres daquelas que aceitarem participar.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB (CEP/CHS) e aprovado tendo como Parecer o N° 4.939.348. Apesar do contexto da pandemia da Covid 19, a pesquisa foi realizada presencialmente. A comunidade estava toda vacinada inclusive alguns dos quilombolas já haviam tomado o reforço da vacina contra o Covid. Foram tomados todos os cuidados sanitários para evitar a contaminação pelo vírus.

A pesquisa foi realizada sob a perspectiva da ética, da autonomia sendo considerado o protagonismo de cada entrevistada. Toda pesquisa deve ser realizada com ética para que os narradores tenham suas falas protegidas contra qualquer risco. Diante disso teve um cuidado ético desde a entrada a campo até a divulgação dos resultados do estudo, de modo a não trazer nenhum prejuízo para essas mulheres.

Foram realizadas 10 entrevistas com mulheres quilombolas, residentes na Comunidade Quilombola de Mesquita e que realizaram pré-natal na Unidade Básica de Saúde localizada nessa comunidade. Elaborou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE A). Esse tipo de entrevista apresenta perguntas abertas e fechadas, no qual o “... entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MYNAYO, 2010, pág. 14) e também utilizou gravador de voz para facilitar a coleta de dados. Foi utilizado o método de saturação nas entrevistas.

Segundo Fontanella *et al*

¹ Segundo o Ministério da Saúde “uma boa parcela da população total de um território de saúde é de mulheres em idade fértil, definida como a faixa etária de 10 a 49 anos” (2019, pág. 13).

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (2008, pág. 17).

As entrevistadas tomaram conhecimentos dos instrumentos e qual era a finalidade da pesquisa. A realização das entrevistas teve alguns desafios, pois algumas apresentaram timidez, mas depois da explicação sobre a finalidade da pesquisa conseguiu um diálogo que possibilitou as entrevistas.

Planeja-se a devolução do estudo para as pessoas que participaram desta pesquisa e também a divulgação para a comunidade, pois os quilombolas têm contribuído para que sejam realizadas diversas pesquisas acadêmicas. O assistente social tem o papel de devolução de pesquisas realizadas para o pesquisado conforme aponta a Resolução 510, de 7 de abril de 2016 e Código de Ética do Assistente Social.

Após a conclusão das entrevistas, foi realizada as análises a partir das respostas das entrevistadas tendo o referencial teórico como base para essas análises. O exame dos dados das entrevistadas consiste em “fazer perguntas gerais e desenvolver uma análise a partir das informações fornecidas pelos participantes” (CRESWELL, 2007, pág. 195). Primeiramente os dados foram preparados, após isso foi possível a leitura geral para percepção e reflexão geral das informações obtidas. Depois eles foram agrupados e houve a classificação das categorias que foram exploradas. Por último houve a interpretação dos dados junto com os dados secundários e o referencial teórico que embasa a pesquisa obtendo o resultado do estudo que está no capítulo 3 dessa dissertação.

Estruturação dos capítulos

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma: introdução, três capítulos, considerações finais e referências bibliográficas. Na introdução encontra-se a problematização do objeto de estudo, justificativa, objetivos geral e específicos, pergunta central, hipótese de trabalho e metodologia utilizada. No primeiro capítulo, discute-se sobre gênero e raça; população quilombola e historicização da Quilombo Mesquita.

No Capítulo II, encontra-se o debate sobre saúde no Brasil após a constituição federal de 1988 sendo dividido nos seguintes subitens: a política de saúde no Brasil: construções e desafios; determinantes sociais e direitos sociais na saúde; saúde da população quilombola e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras quilombolas

O Capítulo III buscou compreender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres do quilombo mesquita, estando subdividido em: Perfil das mulheres negras quilombolas; Direitos Sexuais e Reprodutivos: os limites, as possibilidades e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres negras quilombolas do Quilombo Mesquita.

CAPITULO 1- POPULAÇÃO NEGRA QUILOMBOLA NO BRASIL

1.1 Gênero e Raça

Na formação do Brasil colônia, as desigualdades sociais entre a população negra e branca já sinalizavam a formação sócio histórica do país. A participação, para os negros, na vida política e religiosa era praticamente inexistente. Tal divisão entre esses grupos formatou o modo de vida da população. Os negros contribuíram grandiosamente para a formação social e econômica do Brasil, pois eles foram sequestrados da África para servir de mão de obra escrava no país. Isso contribuiu para as opressões que os negros vivenciaram e vivenciam ainda nos tempos de hoje.

Segundo Silva & Silva

Diversos fatores contribuíram para que a escravização do negro se tornasse efetiva e lucrativa, entre eles, a habilidade dos africanos como agricultores, ferreiros, mineradores, construtores, entre outros saberes que os faziam mão de obra adequada para a colonização do novo mundo, bem como, os interesses econômicos das nações colonizadoras (2014, pág.193).

Percebe-se que as habilidades dos africanos no desenvolvimento das atividades contribuía para que a escravidão se tornasse efetiva e lucrativa. Os escravos eram responsáveis para desenvolver as atividades laborais tanto no campo, quanto nas cidades.

O sistema escravista perpetuou a negação de direitos e exclusão da população negra. Sendo assim é importante ressaltar sobre o racismo estrutural existente no país, pois o preconceito racial existente naquela época foi se transformando e continua ainda presente na atualidade. A escravidão acabou, mas o lugar social de cada grupo continuou demarcado no pensamento e nas ações das pessoas (FAUSTO, 2006).

O conceito de raça remete a subdivisões da espécie humana, onde as características morfológicas como cor de pele, textura de cabelo, formato de nariz e também características psicológicas, morais e intelectuais definiam o papel de raça na civilização. As autoras abaixo reforçam a ideia de características físicas que definem raça no nosso país.

Para Costa e Scarcelli

No Brasil, características fenotípicas atreladas à ideia de raça (como a cor da pele, o formato dos lábios e do nariz, a textura e a forma do

cabelo) são atributos utilizados para diferenciar e hierarquizar os grupos raciais, alocados principalmente entre aqueles que compõem um grupo racial tido como branco e outro como negro (2016, pág. 357).

Infere-se assim que as características físicas, afro centradas, durante séculos foram utilizadas para justificar as diferenças de tratamento entre os grupos étnicos existentes, conduzindo a população negra ao encontro com diversos tentáculos do racismo. O fato de no início do século XX, o conceito de raça ter sofrido apagamento para ciência eurocêntrica, (GUIMARÃES, 1999) isto não significa (va) que o racismo estava extinto na sociedade nem outrora, tampouco nos dias atuais. Ao analisar o conceito de raça sob esse ponto de vista biológico percebe-se que a referida avaliação ideológica possibilita a manutenção de ações conservadoras, nutridas de preconceito e discriminação.

Enquanto mulher negra quilombola, profissional de Serviço Social, cujo compromisso ético-político não está deslocado da minha trajetória pessoal/política, sendo imprescindível a realização de estudos continuados, para ofertar o melhor atendimento à população, sinalizo que se faz necessário a fomentação da Lei nº 10.639/2003 nos cursos universitários para que o conceito de raça possa ser discutido a partir de uma construção sócio histórica. Porém, para compreender o conceito de raça é importante entender quando este surge, assim como diferenciações sociais existentes no Brasil que amplificaram marginalização social das populações negras.

Segundo Teixeira & *et al*

A escravidão e o colonialismo são dois elementos particularmente importantes para se analisarem as relações raciais no Brasil porque foi por meio deles que se deu início a uma distinção mais evidente e disseminada entre os povos em nosso País (2020, pág. 48).

Essa demarcação histórica da utilização do conceito de raça no Brasil demonstra que no período colonial houve a disseminação da noção de raça atrelada a biologia. Nesse contexto que ocorre o racismo científico. Ele surge no século XIX, sob o aspecto da superioridade tanto do aspecto biológico, quanto cultural da superioridade de uma raça sobre a outra. Sendo perpetuado pelos colonizadores, após a Independência do Brasil, quando se forma o pensamento de identidade nacional, no qual as pessoas são divididas por raça.

É importante destacar que foi na metade do século XIX que surgiu no Brasil a ideia de miscigenação. A referida ideia que estava atrelada à urgência do

embranquecimento da população, visando a construção de uma nova nação, na qual a população branca exerceria uma hierarquia sobre as demais populações. Criou-se a ideia de miscigenação como higienização social. Segundo Jaccoud “as teorias racistas, estão largamente difundidas na sociedade brasileira, e o projeto de branqueamento vigoraram até os anos 30 do século XX, quando foram substituídos pela chamada ideologia da democracia racial (2008, pág.45).

Entende-se que esse conceito é fruto de uma construção social, onde forjava a diferença entre brancos e negros, essa construção que se baseia em uma ideia biológica contribui para manter e reproduzir diferenças e privilégios de uma pessoa sobre a outra e também possibilita atitudes racistas. Esse conceito apresenta uma conotação política e é utilizado nas relações sociais.

Ademais, é preciso destacar que tal *modus operandis* era sistematizados duplamente: primeiramente no sentido reafirmar que a população negra era a melhor escolha para o exercício de trabalhos subservientes e/ou braçais, em alguns casos, o corpo negro também era vinculado esporte; na sequência ventilava-se uma possibilidade ascensão social através do branqueamento intrafamiliar como, ou seja, o povo negro vivia sob a égide das relações de poder dominação e exploração dos corpos negros (BENTO; SANTOS. 2019).

Tanto raça quanto gênero são permeados por relações de poder. No caso da raça. Os brancos se sentem superiores aos negros, ainda que nesta perspectiva racializada os homens também se sentem superiores às mulheres. Sendo assim, é importante discutir o conceito de gênero. Para isso vamos usar Machado (2000), pois para esta autora o conceito de gênero continuou aprisionado na naturalização e na biologização das relações entre homens e mulheres, dificultando o desenvolvimento de análises que tinha como objetivo chegar a ruptura com a naturalização das diferenças sexuais.

O conceito de gênero está ligado a construção biológica, mas também a construção social e histórica, e foi produzido a partir do que era entendido com características que se referiam ao masculino e ao feminino. Segundo Louro (1997), gênero tem a ver como o “modo como as características sexuais são compreendidas e/ou representadas ou, então, como são trazidas para a prática social e tornadas parte do processo histórico” (1997, pág. 7).

Nesta pesquisa trouxemos também sobre as diferenças entre o que é ser masculino e feminino. Para isso, remetemos ao conceito de gênero e sexo segundo Oka e Laurenti (2018). O sexo é definido dentro da concepção biológica dos aspectos entre macho e fêmea. Já o gênero está ligado a questão cultural e, subjetiva do que é a compreensão de ser homem ou mulher na sociedade. A dimensão do conceito de gênero encontra explicações nas ciências humanas e sociais aplicadas.

Machado (2000) afirma que o conceito de gênero pode ser uma ferramenta que possibilita indagar sobre as mais variadas sociedades e culturas a partir da sua historicidade. Para ela, todas as sociedades e culturas têm sua própria construção e relação de gênero. Isso significa que o conceito de gênero é uma construção cultural e histórica. Porém, o referido conceito faz parte de um dado momento histórico, ele pode ir se modificando de acordo com o tempo. Também, pode ser um instrumento fecundo para configurar as formas de representação e de categorias utilizadas pelas mais distintas sociedades, não lhes imputando as nossas representações.

Além das construções culturais que permeiam o conceito de gênero, a sua concepção foi fundante para pensar as estratégias do patriarcado para afanar o direito de existência, humanidade e igualdade entre pessoas de sexos biológicos distintos. Neste sentido, tal conceito foi fundamental para entender a usurpação do uso do tempo da mulher, sobretudo da mulher negra, implicando-lhe a naturalização das tarefas do cuidado e domésticas no âmbito privado, sem remuneração e tampouco reconhecimento, já para os homens a vida pública, laboral e remunerada, este movimento das relações da reprodução social é definido como divisão sociossexual do trabalho, um dos braços da desigualdade de gênero no mundo responsáveis por situações de violência, violação de direito e quiçá por feminicídios.

Embora quando se fala em gênero, logo remete ao pensamento dos papéis que os homens e as mulheres desempenham. O conceito de gênero na sociedade ocidental está muito atrelado a sexualidade. É importante separar o campo da sexualidade da identidade de gênero, pois são campos distintos que devem ser trabalhados cada um em sua peculiaridade.

Para Cabral e Diaz (1998) o papel que o homem e a mulher exercem na sociedade depende da cultura. Eles afirmam que os papéis mudam conforme a sociedade e o tempo. O papel a ser exercido por cada ser humano começa a ser construído desde que está na barriga da mãe, quando a família começa a criar expectativas e preparar o enxoval de acordo com o sexo do bebê. Sendo assim, por ter genitálias femininas ou masculinas, as

crianças são ensinadas pelo pai, mãe, sociedade os modos de pensar, agir, sentir e entre outros. Por isso, é importante a compreensão sobre gênero para diminuir as desigualdades entre homens e mulheres.

A partir disso, é importante ressaltar que a desconstrução binária entre homens e mulheres possibilita a compreensão e a inclusão de diferentes formas de masculinidade e feminilidade que são constituídas socialmente. O gênero pensado biologicamente possibilita ignorar e negar todos os sujeitos sociais que não se enquadram no masculino e feminino.

Aquino (2006) demonstra que as pesquisas relacionadas a gênero iniciam na década de 1980 mobilizadas pelos movimentos e feministas. Para Aquino (2006) ampliar o debate na dimensão de gênero possibilita fortalecer a perspectiva teórica e política para lutar contra "as desigualdades e pela justiça social". Pois, durante muito tempo as pesquisas se limitavam ao modelo biomédico de análises do homem e da mulher.

Diante disso, é importante compreender o conceito de gênero e raça, pois mesmo sendo distintos eles se inter cruzam, considerando a perspectiva da interseccionalidade. Para Akotirene (2019), o conceito de interseccionalidade tem por objetivo abarcar as vivências e intersecções na qual está submetida uma pessoa, principalmente, as mulheres negras.

Akotirene afirma que

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (2019, pág. 14).

A interseccionalidade abordada por Akotirene (2019) permite a criticidade política com o objetivo de compreender como se dão a fluidez das identidades que são subalternas a partir da imposição de preconceitos de gênero, classe e raça e as opressões das estruturas de matriz colonial. Sendo assim é importante que exista uma igualdade entre as pessoas de modo a não definir o lugar que cada um possui na sociedade, inferiorizando uma pessoa em detrimento da outra.

A interseccionalidade possibilita a nós, mulheres negras, construir uma criticidade política para que possamos compreender os preconceitos, subordinação de gênero, raça e opressões que são impostas por essa sociedade. As afirmações da autora supracitada demonstram que os conceitos de gênero e raça estão imbricados e devem ser pensados de

maneira interseccional, pois as construções racistas envolvem, muitas vezes, esses dois conceitos e tendem a se basear em papéis de gênero e o impacto que esse tem na construção do conceito de raça.

Segundo Carneiro (2020) a luta das mulheres negras nessa sociedade não está apenas na capacidade delas de superarem as desigualdades que foram geradas pela histórica hegemonia masculina, mas também na capacidade de superação de ideologias complementares deste sistema de opressão como, por exemplo, o racismo, já que o racismo possibilita a inferiorização social da população negra e, em particular, das mulheres negras. Isso pode influenciar na luta das mulheres negras por direitos, bens e serviços. Esses apontamentos possibilitam compreender a formação do pensamento racista no Brasil, inclusive na subordinação que existe entre gênero e raça e que inferioriza as mulheres em relação aos homens e também dos negros em relação aos brancos.

Destarte, é importante afirmar que para que haja uma reivindicação indenitária por meio da interseccionalidade é preciso que esta seja construída coletivamente, portanto necessita pensar tanto as questões de gênero quanto de raça de maneira coletiva. Neste sentido, nesta pesquisa que busca discutir saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras do Quilombo Mesquita, será tais categorias a luz da interseccionalidade, almejando conhecer também, como tais marcadores influenciam, na saúde das mulheres quilombolas.

1.2 População quilombola

A escravidão esteve presente por um longo período no Brasil e a população quilombola é originária desses descendentes de escravos. Essas populações estão espalhadas ao longo no nosso território nacional com características comuns e também com algumas peculiaridades. Apresentam as mais variadas formas de organização e modos de sobrevivência. Sendo assim será discutido abaixo sobre população quilombola, identidade, quilombos e outros conceitos relevantes ao estudo em tela.

Antes de discutir sobre população quilombola é importante compreender etnicidade. Para Barth “grupos étnicos são categorias atributivas e identificadoras empregadas pelos próprios atores; conseqüentemente, têm como característica organizar as interações entre as pessoas” (2000, pg. 27). Grupos que compartilham valores culturais fundamentais na forma de comunicação e interação entre eles.

Assim, esse pesquisador, nos mostra como são atribuídas as características dos grupos étnicos. Porém, não se pode ter uma visão restrita desse grupo, pois isso pode levar a um imaginário de que eles, vão se desenvolver culturalmente e socialmente, se isolem. Esse estigma deve ser rompido, pois é possível conviver com cultura e organização diferente em um mesmo espaço. A etnicidade pauta-se na recriação de práticas consideradas tradicionais.

Barth (1998), em outra obra, apresenta a etnicidade como algo peculiar no contexto intercultural. As identidades, fronteiras grupais e ideologias se mostram dinâmicas flexíveis e resistentes, pois é dessa forma que podem contribuir ou não para a perpetuação de uma cultura. Ao falar em cultura deve atrelar esse conceito ao modo de viver e se organizar desses grupos. Vale salientar que a forma de organização auxilia no modo como serão acessados os direitos por esses grupos étnicos. Esse acesso deve ser de caráter coletivo, étnico e territorial. O que possibilita a construção identitária de tais comunidades.

Ferreira afirma que

A incorporação de direitos étnicos ao texto constitucional brasileiro insere-se em um quadro de fortalecimento da sociedade civil através de movimentos sociais, que reivindicam por afirmações identitárias diversas, e no caso em questão, destaca-se o Movimento Negro Unificado (MNU) (2013, pág. 11).

Os movimentos sociais contribuíram para reivindicar a incorporação dos direitos étnicos na carta magna e também as afirmações identitárias desses grupos. Os direitos étnicos estão permeados de identidade, etnicidade e cultura. Essas questões têm se tornado bandeiras de lutas das comunidades quilombolas. Os direitos sociais, civis e políticos também fazem parte da busca por direitos dessas comunidades.

Amorim (2011) aponta que as lutas dos grupos minoritários nacionais e étnicos têm exigido uma incorporação política onde a questão da identidade é essencial para garantir a cidadania. Sendo assim, identidade étnica e cidadania estão articuladas.

A etnicidade tem se tornado uma referência significativa para os indivíduos e grupos que buscam a construção da identidade e o reconhecimento que implicam na conquista de direitos e cidadania. A autora afirma que “a valorização da diferença faz emergir a construção das identidades, entre elas, a identidade étnica, que ressurgiu com força e sentido para a conquista dos direitos na realidade contemporânea” (AMORIM, 2011, pág.103).

A identidade quilombola é fruto da luta contra a escassez e a exclusão que surgiram a partir da modernização e o negro ficou às margens dessa modernização. Diante disso surgem as lutas das comunidades remanescentes para resgatar a cidadania do seu povo, por meio da afirmação da identidade étnica deles.

Ferreira salienta que

No momento em que o Estado reconhece um grupo como remanescente de quilombo fixa uma identidade não só política, administrativa e legal, mas também identidade social, permitindo assim direito a uma identificação étnica, que é veículo de obtenção de direitos diferenciados (2013, pág. 12).

O reconhecimento da identidade quilombola por parte do estado contribui para construção política e obtenção de direitos. A citação acima reitera como é importante que nós quilombolas sejamos reconhecidos enquanto sujeitos de direitos e que sejamos politizados.

A identidade quilombola faz parte da resignificação das práticas que são consideradas tradicionais e também podem ser percebidas por manifestações culturais e pelo modo de vida dentro das comunidades.

Entende-se que questões relacionadas as populações quilombolas não devem ser tratadas de forma isolada, pois elas devem ser incluídas nos planos de ações com metas definidas e recursos. Devem fazer parte da agenda política dos poderes públicos, pois a escravidão produziu marcas até os dias atuais. Nós descendentes de escravizados ainda vivemos oprimidos e tendo nossos direitos constantemente negados.

O conceito de identidade possibilita a compreensão da história do negro no país, pois ela está intimamente relacionada a terra, ao território dessa população. Nota-se que o território para além de um espaço físico e também um espaço de referência que possibilita a construção da identidade quilombola, pois ele é físico, político, econômico e simbólico para as populações quilombolas.

A identidade quilombola está interligada

(...)ao processo de construção de uma territorialidade embasada na busca da reinvenção do ser quilombola, que, por sua vez, apresenta-se para além da área e das formas espaciais, é conexão, ligação, no espaço e no tempo; é marcado por transformações e por permanências sociais, políticas e territoriais (MALCHER, 2009, pág. 3).

Muito do que sabemos sobre identidade quilombola foi por meio da história oral contado por nossos antepassados. Isso mostra que uma das formas de manter nossa identidade. Segundo Silva (2014), é por meio

(...) da memória coletiva e da oralidade, utilizaram-se recursos da História Oral para apreender materialmente vestígios históricos presentes na memória coletiva dos quilombolas, buscando a construção de uma história numa sociedade que até então não teve seus registros transcritos (2014, pág. 16).

A autora mostra como a história oral contada pelos nossos antepassados possibilita a construção da nossa identidade como quilombola. Essas histórias fazem parte de memórias coletivas construídas ao longo do tempo.

A partir da discussão de identidade étnica é possível compreender as comunidades quilombolas. Essas comunidades são constituídas de descendentes de africanos que se organizam e “reivindicam o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, bem como o livre exercício de suas práticas, crenças e valores considerados em sua especificidade” (LEITE, 2000, pág. 334).

A autora fala sobre a construção da territorialidade e busca da identidade quilombola. Os dois conceitos de identidade quilombola e territorialidade estão intimamente relacionados. Ao falar em identidade compreende que ela é fruto de ações coletivas dos sujeitos sociais. As comunidades têm como marco principal a territorialidade. A terra tem um significado muito importante, pois ela é fonte de sustento e resistência dos quilombolas. Segundo Costa e Scarcelli quilombos ²“são grupos étnico-raciais negros dotados de relações territoriais específicas e caracterizados pela resistência à opressão histórica sofrida” (2016, pág. 357).

As autoras acima apontam que a terra

“(...) é elemento de ligação deles com seus ancestrais e entre os contemporâneos. Mais: ela pode ser entendida como um elemento comum na história quilombola, já que os quilombos contemporâneos, os do período escravista e aqueles que existiram na África viviam principalmente da feitura da roça, dentre outras atividades produtivas” (2016, pág. 361).

Nota-se a importância da terra para as comunidades quilombolas, pois além do sustento, ela tem significado de ligação com os ancestrais. A terra faz parte da identidade dessas comunidades quilombolas. O cultivo da roça significa autonomia dessas

² Deixa de ser considerado unicamente como categoria histórica ou definição jurídica formal para se transformar, nas mãos de centenas de comunidades rurais e urbanas em instrumentos de luta pelo reconhecimento de direitos territoriais” (TRECCANI, 2006: 14)

comunidades, pois é por meio desse cultivo que elas conquistam a sobrevivência física e também preservam sua cultura.

Leite (2000) salienta as ações que são desenvolvidas nessas comunidades. Afirma também a respeito do conceito de quilombo e o quanto este está atrelado ao direito à terra.

A territorialidade funda-se imposta por uma fronteira construída a partir de um modelo específico de segregação, mas sugere a predominância de uma dimensão relacional, mais do que de um tipo de atividade produtiva ou vinculação exclusiva com a atividade agrícola, até porque, mesmo quando ela existe ela aparece combinada a outras fontes de sobrevivência. Quer dizer: a terra, base geográfica, está posta como condição de fixação, mas não como condição exclusiva para a existência do grupo. A terra é o que propicia condições de permanência de continuidade das referências simbólicas importantes à consolidação do imaginário coletivo, e os grupos chegam por vezes a projetar nela sua existência, mas, inclusive, não têm com ela uma dependência exclusiva (LEITE, 2000, págs.344-345).

A terra é um elemento definidor das comunidades, porém é necessária essa garantia de acesso sob a perspectiva de território, e também outros direitos para esses cidadãos. É importante garantir novas políticas e estratégias de reconhecimento de direitos. Vive-se um momento de grande articulação entre as comunidades quilombolas e as instituições que buscam garantir direitos

“...instituições da sociedade civil, tais como associações de moradores, entidades de movimentos negros, ONG, instituições religiosas, núcleos e institutos de pesquisas das universidades com um saber e experiências acumuladas sobre o assunto (LEITE, 2000, pág. 347).

Alguns autores apontam como o direito à terra foi definido nas legislações nacionais. Rodrigues (2014) afirma que no Brasil havia a lei nº 601 de 18 de setembro de 1850 que dispunha das terras devolutas no período imperial. Também dispunha das condições legais para o preenchimento da sesmaria. Essa lei tinha por objetivo a organização da propriedade privada no país e somente poderia conquistar a propriedade de terra por meio de compra.

Leite (2010) também traz sobre a Lei de Terra de 1850, em que para a autora, essa lei contribuiu para a invisibilidade dos africanos e seus descendentes no ordenamento jurídico- territorial que estava surgindo no país. Para ela “ao negar-lhes a condição de brasileiros, segregando-os através da categoria “libertos” esta lei inaugura um dos mais hábeis e sutis mecanismos de expropriação territorial” (2010, pág. 18).

As autoras acima demonstram a questão da negação de direitos a terra para os negros no Brasil. Mostra a negação de direitos humanos para esses negros que começa

com a escravidão. Os negros foram colocados à margem, pois pela dominação ocultavam e ocultam e também negam certos direitos a uma parcela da população.

Para Calheiros e Stadtler (2010) mesmo após a escravidão se tornar uma atividade ilegal ainda assim existiam práticas opressoras. Essas práticas continuaram sendo reproduzidas contra a população negra e eles mantiveram a sua resistência.

Malcher aponta que

(...) o processo de redefinição da terra, como por exemplo, no processo de regularização das áreas de remanescentes de quilombos, ultrapassa o limite dos elementos étnicos-culturais e atinge a condição da terra no Brasil. O processo de apropriação privada da terra, de uma certa forma solidificou a propriedade privada da terra como condição única de domínio dela, mesmo que na prática o uso coletivo da terra seja uma constante (2009, pág. 9).

Para a autora o direito à terra está muito mais ligado à propriedade privada regulada pelo capitalismo do que as relações étnicas que foram construídas ao longo do processo escravista. Nos quilombos têm-se o uso coletivo da terra, porém é importante apontar que a propriedade da terra de modo coletivo por parte dos quilombolas está permeada por várias nuances, dentre elas, a negação do direito à terra.

Tanto a população quilombola quanto o pequeno produtor foram atingidos por essa lei, pois foi deslegitimado as formas de aquisição da terra e a Constituição Federal de 1988 foi a primeira lei que buscou garantir o direito à terra para a população quilombola.

A Constituição Federal é um marco legal que traz no artigo 68 situado nas Disposições Transitórias o reconhecimento da propriedade de terras para comunidades quilombolas. Isso possibilita o debate e ganha notoriedade no cenário político. Porém, Leite (2000) faz uma crítica ao termo utilizado na Constituição Federal. Para a autora:

“...o principal intuito de descrever um processo de cidadania incompleto e, portanto, abranger uma grande diversidade de situações envolvendo os afro-descendentes, tornou-se restritivo, por remeter à ideia de cultura como algo fixo, a algo cristalizado, fossilizado, e em fase de desaparecimento (LEITE, 2000 pág. 340-341).

Diante disso, observa que as conquistas das comunidades quilombolas são lentas e existem inúmeros desafios. A assinatura e o registro no cartório não garantem o direito nem minimiza a opressão. Porém, é importante mais estudos, informações e visibilidade da história do povo quilombola. É necessário a conquista de direitos e também romper com estigmas e preconceitos que historicamente permeia a vida dessas comunidades.

Como exemplo sobre os desafios das comunidades quilombolas é necessário trazer o que Silva (2018, p.123) fala das conquistas e da lentidão referente a terra.

Há uma baixa quantidade de certificações concedidas para as comunidades quilombolas se comparado com as comunidades existentes. De acordo com o Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas da SEPPPIR (2013), foram certificadas pela FCP, até 2013, apenas 2040 comunidades quilombolas. Já quando se fala em titulação, o número ainda é mais modesto, pois, até 2013, apenas 207 comunidades quilombolas tinham sido tituladas pelo INCRA.

Ainda existem inúmeros desafios a serem vencidos. Apesar de se falar muito em direitos das populações quilombolas, eles ainda são aquém do esperado.

Acima foi discutido sobre identidade e acesso à terra. Porém há uma crítica em relação a noção de “remanescente”, pois esse termo está em processo de desaparecimento e também em relação ao conceito quilombo uma vez que, muitas vezes, é compreendido como unidade fechada, igualitária e coesa e isso o torna restritivo. O conceito de quilombo que existe é a partir da visão de Quilombo dos Palmares que era compreendido como unidade guerreira, isolada e autossuficiente. Ele deve ser compreendido na atualidade como parte da formação social brasileira e pensado como espaço político de fortalecimento da identidade cultural que possa alavancar as minorias ao poder no Brasil.

É importante compreender o significado e a origem da palavra “quilombo”. Segundo Leite (2008) ela é de etimologia Bantu e significa acampamento guerreiro na floresta. Quilombos eram unidades de apoio mútuo que foram criadas pelos rebeldes no sistema escravista. Suas reações, organizações e lutas eram pelo fim da escravidão. A estratégia de resistência dos quilombos teve significado importante na trajetória dos escravizados no Brasil. Os quilombos podem ser considerados um marco de luta contra a dominação colonial e de toda as lutas dos negros contra a escravização. A população quilombola continuou segregada após a abolição da escravatura. Para os negros restou a marginalização social e política.

A população quilombola existente no Brasil é fruto da resistência dos escravos do passado. Essa população ainda vive às margens da sociedade, pois a abolição da escravatura não possibilitou ascensão social. Gomes *et al.* afirma que

“...a experiência dos quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, que foi concretizado a partir da regulamentação do procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos pelo Decreto no 4.887” (2013, pág. 1830)

Silva (2014) traz que os quilombos são uma forma de materialização da resistência negra contra a escravidão. Eles foram as primeiras formas de defesa dos negros contra a opressão da escravidão e também em relação à discriminação racial e o preconceito vivido por esses negros.

O conceito de quilombo vai muito além do que é entendido na atualidade. Como foi dito acima ele é uma referência a essa população e é permeado por outras nuances. Os quilombos não são apenas os escravos que fugiram das grandes fazendas.

Devem ser mencionadas: as fugas com ocupação de terras livres e geralmente isoladas, mas também as heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, a simples permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades, bem como a compra de terras, tanto durante a vigência do sistema escravocrata quanto após a sua extinção (BORGES, SANTANA, 2017, pág. 2).

Essa definição de quilombo encontra resistência, pois se tem uma visão de que quilombo é formado apenas por negros fugitivos, porém a citação acima exemplifica as diversas formas de constituição das comunidades quilombolas.

Existem diversas lutas travadas pelos quilombos, uma central é o próprio reconhecimento das comunidades quilombolas. Preservar suas culturas e identidades para se auto afirmarem como negros. Nessas populações, as lideranças quilombolas são de grande importância, pois auxiliam no direcionamento das lutas, na ampliação de direitos como instalação de equipamentos sociais; desenvolvimento econômico e social, sustentabilidade ambiental, cultural, social; participação social e outros. A identidade étnica é uma condição essencial para que a população quilombola tenha vida digna e justiça social.

A população sofre constantemente pela ausência e/ou insuficiência de políticas sociais. Como espaço de resistência são obrigados a criarem meios de subsistência.

Um instrumento importante de resistência é o acesso à informação, pois ele tem possibilitado a luta por melhores condições de vida e por direitos. Os quilombos na atualidade têm-se organizado a partir de lutas por direitos e também em busca de políticas públicas que atendam a sua população.

Existe uma crítica relacionada à desqualificação do negro em relação ao lugar que ocupa na sociedade. São ignorados pelo poder público ou até questionado por outros grupos que apresentam maior poder e legitimidade junto ao estado. Sendo assim, o

quilombo pode ser compreendido como “forma de organização, de luta, de espaço conquistado e mantido através de gerações (LEITE, 2000, pág. 335).

As comunidades quilombolas na atualidade buscam a resistência cultural para manter viva as memórias dos seus antepassados. Silva e Silva afirma que

“...comunidade remanescente de quilombo, muitas dos descendentes dos antigos quilombolas ainda vivem nas mesmas localidades que residiram seus antepassados e mantêm tradições, saberes e fazeres repassados de geração em geração contribuindo para a construção/reconstrução da identidade étnica (SILVA e SILVA, 2014, pág. 192).

Compreende-se que identidade étnica, território e quilombo são conceitos que estão atrelados. Fundamentar a identidade quilombola possibilita a busca por acesso à terra, mas para isso é necessário redimensionar o conceito de quilombo como foi feito acima. Esse conceito é muito mais que fuga-resistência. Ele está redimensionado sobre as lutas por uma perpetuação da cultura dos negros que fizeram parte da construção histórica desse país.

Os quilombolas tinham um estilo de vida mais comunitário. Isso mostra como aponta Malcher (2009) que as comunidades quilombolas a partir das lutas começaram a ser organizadas politicamente na busca de ressignificar a ancestralidade nessas comunidades.

Ressalta-se que segundo Calheiros e Stadtler (2010) as mobilizações eram crescentes e gerou várias reações e contrarreações na sociedade do Brasil. A identidade e o seu reconhecimento pelo Estado levaram diversos setores a contrapor politicamente à auto atribuição dos povos tradicionais. Destacou-se a imprensa, a bancada ruralista e também algumas tendências partidárias.

Essas lutas deram origem a algumas políticas públicas focadas nos quilombolas. Como foi conceituado acima o termo quilombo, aqui não será discutido, porém o que se pode apontar que esse conceito ganhou alcance com o desenvolvimento da história brasileira.

Foi a partir dos anos 2000 que as políticas começaram a ser aplicadas no Brasil. Tiveram contribuições importantes a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), a criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial (SEPPIR) e o Programa Brasil Quilombola.

Mas segundo Silva,

...ainda existem muitos empecilhos para a efetivação de direitos quilombolas, tais como a burocracia institucional, a falta de recursos humanos especializados (por exemplo, antropólogos no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)), localizados em comunidades tradicionais, acesso a informações pela população quilombola, dificuldade de infraestrutura, serviços públicos basilares de baixa qualidade, terras quilombolas em litígio de posse com latifundiários ou até mesmo com o interesse do governo, entre outros (2018, pág. 121).

Apesar da existência desses empecilhos, as comunidades quilombolas tiveram algumas conquistas. Como apontado acima sobre a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), ela trouxe como objetivo central a redução das desigualdades étnicas no contexto do Brasil. Isso será realizado por meio de programas e projetos de longo, médio e curto prazo.

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), de 2007, traz “04 eixos temáticos: a) acesso à terra; b) infraestrutura e qualidade de vida; c) desenvolvimento local e inclusão produtiva; d) direitos e cidadania” (SILVA, 2018, pág. 123). Esse programa tem por objetivo a efetividade de políticas que alcance todas as comunidades quilombolas no país.

Portanto, salienta-se a necessidade do reconhecimento dos direitos e garantia de políticas sociais para as comunidades quilombolas, mas nem sempre esses direitos serão efetivados. Compreender a população quilombola denota que existe uma diversidade étnica dessas pessoas. O modo de vida e cultura das comunidades quilombolas contrasta com interesses hegemônicos dos capitalistas cuja burocracia limita a titulação das terras e ratifica a opressão vivenciada pelos negros.

Convivemos com as mais variadas formas de opressões como negros e quilombolas. A constituição da nossa identidade está atrelada a luta pela manutenção e conquista de um território tanto material quanto simbólico. Essas conquistas contribuem para desenvolver e reproduzir os modos de vida tão característico dessas comunidades.

É necessário que nos sejam garantidos às políticas públicas de acesso à terra, pois ela é fonte principal de construção de nossa identidade quilombola. A garantia dos territórios quilombolas continua sendo fruto de lutas históricas e persistentes. Foi a partir de um posicionamento de grupo e da correlação de forças políticas que se instituiu o direito à terra. Os sujeitos sociais quilombolas foram fundamentais nas disputas territoriais.

A Constituição Federal possibilitou o direito à terra a essas comunidades, pois foi ela que estabeleceu a titularização de terras dos quilombolas. O território é elemento

fundamental para a construção da identidade quilombola. Essa identidade significa pertencimento e foi fruto das lutas políticas tanto dos negros quilombolas quanto dos movimentos sociais.

Enquanto mulher negra, quilombola e residente do Quilombo Mesquita sei da importância da terra para a construção da nossa identidade. É uma relação de pertencimento, onde são tirados o sustento da maioria da nossa população. Foi pela luta dos nossos antepassados e pelas lutas de hoje que buscamos nossos direitos em relação ao território. A identidade quilombola está ligada ao campo étnico e também das relações e sociais e políticas.

Nesse contexto de luta e resistência será discutido no próximo item sobre o Quilombo Mesquita que apresenta características expostas acima, tais como resistência, pertencimento, territorialidade. Ela expõe características gerais, mas também é permeada por suas peculiaridades. As comunidades quilombolas precisam ter voz ativa diante dessa sociedade tão preconceituosa e discriminatória como é a brasileira.

1.3 Historicização do Quilombo Mesquita.

O Quilombo Mesquita está situado no município de Cidade Ocidental, no Estado de Goiás. Fica aproximadamente 48 Km de Brasília, capital Federal, e 202 km da capital goiana, Goiânia. Possui uma população de aproximadamente 3000 habitantes que são distribuídos em 4,2 mil hectares de terra.

A pesquisa tem como perspectiva uma abordagem decolonial. Como aponta Reis *et al* “, trazer “os africanos para o centro da história, possibilitando a seu povo em diáspora e no continente se reconhecerem como atores e não coadjuvantes no núcleo de sua historicidade” (2020, pág. 137).

A perspectiva decolonial busca romper com o racismo e as formas de opressão que ele provoca. Reis *et al* (2020) aponta que a práxis social deve ser orientada por epistemologias e lógicas que buscam romper com o eurocentrismo. Deve estabelecer a construção de outros modos de vida e saberes a partir de grupos sociais que foram subalternizados historicamente.

As pesquisas no campo étnico-racial têm contribuído para nós negros se desenvolver, pois o acesso à informação tem possibilitado busca por aprimoramento acadêmico e lutas no campo governamental de acesso aos direitos. Por muito tempo nossas pesquisas não tinham reconhecimento e elas só ganharam impulso nas

universidades a partir das políticas de ações afirmativas e também com a Lei nº 10.639/2003.

Sendo assim, como pesquisadora e mulher negra quilombola irei relatar minha pesquisa a partir das minhas vivências. Compreendendo a pesquisa como espaço de protagonismo do povo negro.

O Quilombo Mesquita surge a partir da doação de terras, segundo a tradição oral, a três escravas pela família portuguesa Mesquita. Pelos relatos, essas terras foram doadas por José Corrêa de Mesquita. Porém, existem outros relatos que afirmam que elas não eram apenas escravizadas, mas sim descendentes. O autor José Neres aponta “que este caso é similar ao acontecimento ocorrido em Bom Despacho, Minas Gerais” (NERES, 2016, pág. 51).

A minha descendência dentro do quilombo é a partir dessas três escravas onde duas eram minhas tataravós: Maria Abadia e Martinha Pereira Braga. Martinha casou-se com Manoel Onofre e tiveram duas filhas: Epifânia e Joaquina. Joaquina casou-se com João Lisboa da Costa e teve Antônio Lisbôa das Costa. Já Maria Abadia casou-se com José Teixeira, que tiveram Maria Teixeira do Nascimento. Maria Teixeira foi casada com José Pereira Braga e tiveram 4 filhos: Isidora (minha bisavó), Jonas, Leonarda e Eugênio. Antônio Lisbôa da Costa casou-se com Isidora Pereira Braga que tiveram dez filhos e entre eles meu avô Gervásio Lisbôa da Costa. Isso contribui para reafirmar que minha descendência se dá a partir do processo de escravidão vivenciada pelo país ao longo dos anos.

Dando seguimento a origem do Quilombo é importante mencionar sobre os quatro troncos familiares que existem: Pereira Braga, Pereira Dutra, Lisboa da Costa e Teixeira Magalhães. O tronco que dá origem a minha família é a Lisboa da Costa.

Ressalta-se como duas pessoas importantes para o Quilombo, os irmãos Etelevino e Malaquias Teixeira Magalhães. Eles faleceram em 1975 e eram grandes líderes na comunidade. Foram responsáveis pelos ensinamentos repassados para seus descendentes e são transmitidos na atualidade na comunidade.

Segundo Neres esses líderes eram “mobilizadores da comunidade, animadores das orações e folias, intermediários na resolução de problemas, proativos na busca de melhorias para a população e exemplares chefes de família” (2016, pg. 39). Nota-se que na vida dos remanescentes de quilombolas as lutas por melhorias são temas recorrentes em todas as comunidades.

Ressalta-se sobre a religiosidade existente no nosso quilombo. O quilombo é marcado pela forte presença do catolicismo. O nome Maria Abadia contribuiu e teve grande relevância cultural para a festa tradicional no Quilombo que tem Nossa Senhora da Abadia como padroeira. De 05 a 15 de agosto é celebrado uma grande festa com pouso de folias, novenas, missas, dentre outras celebrações. Durante estes dias, os quilombolas se reúnem para festejar. Percebe-se que na comunidade, têm quilombolas que são pertencentes a religiões de matrizes africanas, mas devido à forte presença do catolicismo essas religiões muitas das vezes são estigmatizadas e sofrem preconceito.

Na comunidade se pratica também o sincretismo religioso. O autor Romão explica que

Com a presença dos africanos no Brasil Colônia, as diferentes religiões e/ou os cultos tradicionais dos diversos grupos étnicos foram-se assimilando, para, num primeiro passo, paulatinamente constituírem o que se costuma chamar de candomblé e, num segundo instante, estabelecerem um diálogo também com a religião católica (ROMÃO, 2018, págs. 362 e 363).

Mostra que uma das estratégias dos escravos eram estabelecer um diálogo com as religiões católicas para continuar a cultuar suas divindades. Os escravos buscavam nos santos católicos características semelhantes aos deuses africanos. No caso da comunidade, o sincretismo torna-se perceptível à medida que alguns quilombolas frequentam o terreiro de candomblé e também participam das festas católicas realizadas.

Carvalho (2015) aponta que são encontradas manifestações religiosas de matriz africanas, porém essas são menos aparentes que o catolicismo. Existe também a tradição da cura, como espaço importante de preservação da cultura e religiosidade das comunidades remanescentes.

No Quilombo Mesquita também se utiliza os benzedores para cura não apenas dos males que atingem o corpo, mas também o “mal olhado”, dentre outros males. No quilombo é comum os responsáveis levarem as crianças que estão com dificuldades para dormir para que as benzedoras tirem o “mal olhado”. Nota-se que são ensinamentos que tem origem ancestral e que perpetuam até os dias de hoje.

A benzedora, com seus conhecimentos sobre as plantas e suas palavras de cura e proteção, remete às raízes africanas dessas práticas. Benzedoras podem ser encontradas em quase toda a comunidade do Quilombo Mesquita e a prática de benzer crianças é muito comum entre eles. As benzedoras possuem cura não apenas para males da saúde física, mas também espiritual (CARVALHO, 2015, pág. 17).

O nosso quilombo vive da agricultura de subsistência. As pessoas cultivam alguns produtos que são vendidos em feiras na Cidade Ocidental ou são comercializados na beira da Rodovia GO 521. No passado, as pessoas plantavam para o próprio consumo e faziam trocas de produtos entre os familiares. Na atualidade esse modo se transformou e hoje a maioria dos quilombolas vivem da comercialização desses produtos.

Neres afirma que “A sobrevivência dos quilombolas se dava primeiramente por atividades agrícolas, pelo cultivo de milho, feijão, mandioca, batata doce, amendoim, arroz, abóbora, frutas, rapadura, açúcar, cachaça (2016, pág.57). Um dos produtos mais importante para o quilombo é a Marmelo. Ele é o principal elemento da cultura e economia do Quilombo Mesquita. Segundo Neres (2016) a história do marmelo na comunidade é tão antiga quanto a presença dos negros. Ele foi a principal alternativa econômica quando a extração de ouro entrou em crise.

O marmelo era cultivado nas grandes fazendas e hoje ele também é cultivado por pequenos produtores. A fruta é colhida em janeiro, período de grande alegria para nós quilombolas. Com o marmelo pode fazer a marmelada, geleias e sopas. É nesse período que realiza a grande Festa do Marmelo na região. Essa festa é realizada na Igreja Católica da comunidade com cavalgada e almoço. Também realiza leilões com vários produtos e o dinheiro recebido é revestido em obras na igreja da comunidade. Os pequenos produtores também comercializam seus produtos e isso contribui para o sustento das suas famílias.



Figura 1: Fruto do Marmelo. Fonte: autora.

Nos últimos anos, a comunidade tem investido em curso para o melhoramento da agricultura de subsistência.

(...)houve a promoção de cursos e assistência técnica agrícola que proporcionou o desenvolvimento de produções de frutas, hortaliças e também algumas pequenas produções de grãos que se dão nos lotes ocupados pelas famílias quilombolas e são comercializados nas feiras tanto em Cidade Ocidental, quanto no Jd. ABC (AGUIAR, 2015, pág.17).

A assistência técnica e os cursos de aprimoramento sobre pequenas produções têm proporcionado melhorias na produção e contribuído para que os quilombolas tenham melhor qualidade de vida referente a renda, moradia e entre outros. A terra é a principal fonte de renda de nossos quilombolas. Assim como foi mencionado no início do capítulo aqui no Quilombo Mesquita ela é de grande importância.

Um fator importante ligado a pequenas produções é a solidariedade entre os quilombolas, pois essas pessoas se organizam por meio de “multirões” como forma de ajuda mútua na produção. Isso contribui para que o pequeno produtor mantenha seu cultivo durante o ano e possa tirar seu sustento da agricultura de subsistência.

Sendo assim é importante compreender como tem se dado o processo de titulação e reconhecimento das terras quilombolas. Para Ferreira

O processo de reconhecimento e titulação de terras de comunidades remanescentes de quilombolas se inicia, a partir de outubro de 2008, na Fundação Cultural Palmares (FCP), instituição pública criada também em 1988, vinculada ao Ministério da Cultura, voltada a promoção e preservação da cultura afro brasileira em suas mais diversas manifestações (2013, pág. 11).

Os quilombolas do Mesquita foram fundamentais na construção de Brasília. De acordo com Neres (2016) eles tiveram grande protagonismo nessa construção, pois foram os responsáveis pela construção de cantinas e hospedagem para a abrigar os candangos nas localidades. Nesses locais, posteriormente foram construídas as Regiões Administrativas do Núcleo Bandeirantes e Candangolândia.

Um dos irmãos do meu avô, Sinfrônio Lisboa da Costa, se destacaram na construção da Capital Federal. Ele esteve com o presidente Juscelino Kubitschek nos primeiros momentos de demarcação do território e também na construção do Catetinho. Além de participar da construção, esse foi um período em que os quilombolas garantiram alimentos para os candangos, por meio da produção realizada no Mesquita. As mulheres tiveram papel fundamental nessa produção.

Muitas delas se responsabilizaram pelas hortas e assumiram a agronomia na comunidade para que os homens cuidassem das jornadas onde eram transportados mantimentos até os núcleos de obras. Outras, preparavam os alimentos e zelavam dos espaços onde os mesmos eram servidos aos operários (NERES, 2016, pág. 67).

Os quilombolas do Mesquita tiveram grande importância na construção da capital. Nota-se o papel importante das mulheres nessa construção. A agricultura de subsistência sempre se fez presente na vida dos quilombolas. Ainda hoje ela contribui para o sustento de grande parte dos quilombolas.

Ao analisar a história do meu povo compreendo o quão rica ela é. E o quanto contribuiu para a história desse país. Os nossos direitos devem ser garantidos de forma que a cultura, a terra e a identidade quilombola sobreviva e possa ser transmitida para as próximas gerações. Ter um território quilombola preservado é garantir que riquezas materiais e imateriais cheguem aos futuros quilombolas. Diante disso, reitero a importância dessa pesquisa, realizada por uma quilombola. É necessária uma maior representação desse povo na academia tendo títulos de mestre e doutores.

Para discutir políticas de saúde para uma população específica é importante conhecer um pouco da história e trajetória dessa população. Após a discussão nesse item, será discutido abaixo sobre a saúde no Brasil após a Constituição com o objetivo de compreender as nuances que envolve essa política.

CAPITULO 2. SAÚDE NO BRASIL APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

2.1 – A Política de Saúde no Brasil: construções e desafios

No Brasil, a saúde faz parte das políticas de Seguridade Social e se constitui como direito universal de acesso integral e igualitário. Na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, diz que

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

A partir da redemocratização, a política de saúde teve a participação de diversos atores sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas apresentadas pelos governos para o setor. Bravo apresenta os ganhos que houveram com a promulgação da Constituição Federal de 1988

“...a promulgação da Constituição de 88 que inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado” (2009, pág.1).

Os atores que participaram desse amplo movimento sanitário foram os profissionais de saúde e os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos, dentre outros. A participação desses atores contribuiu na discussão das condições de vida da população e também as propostas de governo em relação à saúde. Assim, a política de saúde assume uma dimensão política e deixa de ser um assunto meramente técnico.

Nos debates, as principais propostas, de acordo com Bravo (2009) foram:

“...a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento

setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (2009, pág.9) ”.

O acesso universal, bem como saúde como direito social e dever do Estado e a democratização do poder local estava no cerne dos debates. Isso refletia a busca por acesso aos serviços de saúde e visava atender as necessidades da população brasileira. Um evento importante neste cenário, da saúde como política social, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi realizada em março de 1986, em Brasília e teve como tema central “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2009, pág. 9).

Nessa Conferência houve um marco, pois foi um espaço privilegiado de discussão em relação a universalidade, que era a bandeira de luta do Movimento de Reforma Sanitária e também expressiva participação da população. Os debates saíram de setores específicos e ganharam maior representatividade da sociedade tendo como representantes: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento (BRAVO, 2009, pág. 9).

A questão de saúde ganha um novo patamar com a pressão feita pela população e possibilitou o atendimento a grande parte das reivindicações do movimento sanitário. A Reforma Sanitária foi um movimento com característica não homogênea, porém havia um consenso em torno dos princípios básicos que deveriam nortear a política de saúde, a partir da atuação do Estado. Tinham uma visão ampliada da saúde e de seus determinantes sociais. O movimento tinha como premissa formular princípios e diretrizes para contribuir com a construção do sistema de saúde.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 define a política de saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi fruto da Reforma Sanitária que tinha como perspectiva reorientar o modelo de atenção à saúde. Esse sistema defende um modelo de saúde de atenção integral onde a população seja atendida em todas as suas necessidades de saúde. O SUS têm por objetivo a proteção, promoção e recuperação da saúde e também um modelo de saúde que não seja apenas ausência de doença.

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram preconizados no movimento de Reforma Sanitária que tinha como perspectiva uma saúde de caráter universal. Assim sendo, é importante compreender os princípios que regem o SUS.

O sistema público de saúde brasileiro foi modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa. Criado pela Constituição Federal de 1988, na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, o SUS é constituído por serviços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (AITH, BUJDOSO, NASCIMENTO e DALLARI; 2014 pág. 12).

A politização da saúde tinha por objetivo um projeto crítico, aberto onde conceitos e ideias pudessem contribuir para a formação humana. Para tal, buscava:

“...aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias” (BRAVO, 2009, pág.11).

Essa politização contribuiu para que ocorresse alteração na norma constitucional sendo incorporado no texto da saúde grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Foi realizada uma grande mobilização e articulação no processo constituinte. A Constituição criou a Seguridade Social compreendida pelo tripé saúde, previdência social e assistência social. Ao poder público, coube a “regulamentação, fiscalização e controle” (BRAVO, 2009, pág.10).

Para Sposati e Lobo

O controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das "ausências e omissões" dos serviços instalados, quer pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (1992, pág. 366).

Esse controle social é feito por meio dos conselhos que funcionam com participação de representantes populares no controle das políticas estatais.

Para o entendimento em relação à política de saúde deve-se partir do conceito de política social que segundo Pereira é uma

“...política de ação que visa, mediante esforço organizado e pactuado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva rígida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos” (2011, pág. 172).

Portanto, as políticas sociais são ações permanentes ou temporárias que estão relacionadas aos sistemas de proteção social. Compõem as estratégias para redução das

vulnerabilidades das pessoas que estão vivenciando situações de risco social. A política social inclui ações intervencionistas de distribuição de recursos e oportunidades para a promoção de igualdade e direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos inerentes a sociedade. Abrange relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver responsabilidades que são públicas visando a promoção do bem-estar.

As políticas sociais estão associadas a constituição da sociedade burguesa, ou seja, a partir do modo de produção capitalista.

Para Behring

A política social é abordada a partir da perspectiva crítico-dialética. Esta tem a potencialidade de evitar abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas. Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação, ou seja, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades (2009, pág. 3-4).

Política Social sob a perspectiva crítico-dialética visa compreender a política na sua totalidade, como resultado das reivindicações da classe trabalhadora a partir da contradição engendrada no processo de produção capitalista. Pode ser uma mediação entre economia e política e também uma interação entre as determinações econômicas, políticas e culturais. Partindo dessa premissa, as políticas sociais são fundamentais para o acesso aos direitos sociais, pois é por meio delas que é possível analisar a efetividade das intervenções e acesso a direitos.

Existe uma relação explícita entre política social e direitos sociais e apesar da Constituição Federal de 1988 trazer diversos direitos sociais, eles ainda são restritos a uma parcela da população. Para Vieira “em nenhum momento a política social encontra tamanho acolhimento em Constituição brasileira como acontece na Constituição de 1988 (Artigos “6”, “7” “8”,9” “10” e11)” (1997, p. 14), porém esses direitos ainda não atendem a totalidade da população ficando restrito a uma parcela dela.

É necessário compreender a política pública de saúde como uma política social. Ela também é fruto de luta da classe trabalhadora que busca uma política de caráter universal e de acesso integral.

Para Fleury e Ouverney

“...a política de saúde deve ser tratada como uma política social, ou seja, uma política que está voltada para a reprodução dos indivíduos e das

coletividades”. Mas para isso é importante compreendê-la como um direito inerente à condição de cidadão e isso possibilita a plena participação dos indivíduos na sociedade política (2012, pág.1).

O marco legal da saúde ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e outras legislações infraconstitucionais, tais como Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº 8080 de 1990, e Lei Nº 8.142 de 1990. Esse marco preconiza a promoção, proteção e recuperação da saúde bem como a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Esses são subsídios para que a população tenha acesso universal e igualitário à política de saúde.

A Lei Orgânica de Saúde de 1990 fruto das lutas da classe trabalhadora preconiza princípios nos quais as ações e serviços públicos de saúde e também os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem obedecer. Vale a pena destacar os princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação da comunidade.

A universalidade que visa o acesso a todos os serviços de saúde e que é dever do Poder Público garantir os serviços e ações. Ela não visa somente a garantia imediata, mas também oferta de serviços e ações de que todos necessitam para prevenção e redução dos agravos de saúde.

A integralidade de assistência leva em consideração as necessidades específicas das pessoas ou de um grupo delas. Isso possibilita que essas pessoas tenham suas necessidades atendidas, inclusive em relação aos níveis de complexidade diferenciados. Par isso é importante haja uma estruturação da rede de forma hierarquizada, a partir de níveis crescente de complexidade.

Além desses princípios do SUS é importante ressaltar o princípio organizativo, o da participação social. A participação também se torna necessária pois é por meio dela que a comunidade busca serviços e ações que atendam às suas necessidades de saúde. Bem como formam pessoas, representantes dos setores da sociedade. Essa formação e aperfeiçoamento do controle deve ser constante para uma participação eficaz no SUS.

No rol de princípios e diretrizes no art. 7º inciso III aponta sobre “a preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral”. Nota-se que os indivíduos devem decidir qual o tratamento que quer ser submetido nos serviços de saúde ou se não quer ter a saúde tratada, para isso é importante que ele tenha conhecimento das ações de saúde existentes.

A Lei nº 8.080 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde traz alguns princípios que são apontados como diretrizes na Constituição Federal de 1988. A Constituição Federal de 1988 afirma que as ações e serviços de saúde que integram a rede regionalizada e hierarquizada e que se constituem como sistema único tem como pauta as seguintes diretrizes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

A diretriz da descentralização mostra que todas as esferas estaduais e municipais têm um papel a ser desenvolvido dentro da política de saúde. Essa diretriz afirma que é importante a redistribuição de poder, competências e recursos nas ações dos serviços de saúde.

O incentivo a participação da comunidade também está presente como diretriz. Afirma a importância da presença dos Conselhos de Direito, que são espaços de participação popular no controle das políticas estatais, como ferramenta de participação comunitária. São nesses espaços que a população pode reivindicar os direitos inerentes à saúde. É salutar a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários para fiscalizar e formular políticas públicas de saúde.

Segundo Mattos (2009, p.772) “o SUS que foi se desenhando no concreto da vida dos brasileiros nem sempre correspondia (e corresponde) ao ideário do movimento sanitário, embora sejam inequívocos os avanços produzidos nesses vinte anos”. Isso mostra que a proposta construída pela Reforma Sanitária em relação à política de saúde, não foi integralmente concretizada.

Apesar dos avanços em relação à política de saúde, a década de 90 foi marcada por retrocessos em relação ao projeto de Proteção Social que foi criado e inscrito na Constituição Federal de 1988. Houve diversas mudanças econômicas, sociais e institucionais no Brasil, fruto da adoção de regras preconizadas pelo projeto neoliberal, sendo que a política de saúde, a partir dessa década, têm sido uma das áreas mais afetadas por este projeto. Segundo Noronha e Soares:

A chamada área social no Brasil – com destaque para a área da saúde – constitui-se hoje o terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade, na medida que é particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico também implantadas em nosso país (2001, pág. 446).

Nesse contexto, a política de saúde tem perdido sua ação integradora tanto em âmbito regional quanto estadual. Tem-se buscado ações pontuais e focalizadas nas ações e serviços de saúde. As políticas sociais têm se transformado em ações de caráter pontual, compensatório, residual e focalizado, principalmente em contexto de crise.

Conforme Bravo (2006), demonstra em seus escritos sobre o modelo adotado de seguridade social no Brasil, a autora sinaliza que existia ênfase “na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (2006, pág. 18).

Essa afirmação aponta para o desinteresse governamental na transformação da seguridade social híbrida, haja vista que a ausência de servidores concursados em regime estatutário, foi/é regra nos serviços de saúde prestados sobretudo pelo município, provoca descontinuidade dos serviços prestados, além de alimentar o descrédito na política pública de saúde fomentando a financeirização/privatização da saúde, alocando-a como serviço consumerista e não como direito.

Das políticas de seguridade social, a saúde, embora seja promulgada como um direito universal, está submetida aos trâmites do mercado, no qual, o terceiro setor vem enfatizando a construção de parcerias com o Estado através das ONGs, e corroborando para manutenção do estado mínimo, agudizando assim a responsabilização em assumir os custos da crise do capital, para os trabalhadores e seus familiares. Todo esse movimento de mercadorização da saúde, acontece no seio do neoliberalismo e provoca efeitos nefastos na garantia dos direitos coletivos.

Neste sentido, podemos inferir que as políticas sociais, inclusive as de saúde, têm assumido caráter contraditório no mundo e principalmente no Brasil. Para Bravo (2006, pág. 14) “a refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores realizar atividades profissionais com o objetivo de reduzir custos.

Em concordância com a autora supracitada, a professora Elaine Bering, acredita que Um dos ataques da ofensiva neoliberal política social, incluindo aquelas voltadas para garantir à saúde é a transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil na condução das políticas sociais. Conforme abaixo:

“... a grande orientação é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência, aos programas compensatórios de transferência de renda, e a mobilização da “solidariedade” individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil” (BEHRING, 2009, pág. 10- 11).

Essa forma de desmantelamento das políticas sociais, sobretudo da saúde, contribui para financeirização dos direitos sociais. Dá-se ênfase na estabilidade fiscal e monetária, como foi implementado a partir da Emenda Constitucional 95/2016, a qual congela os gastos com saúde e educação por 20 anos, e assim comprometendo assim, inclusive durante o momento mais gravoso da pandemia do COVID19, os avanços na implementação de uma política de saúde de caráter universal, para todos os povos no território nacional.

A partir da às restrições à intervenção estatal no investimento ao social em saúde, fato que penaliza a população e contribui para a degradação e destituição dos direitos desta, a política de saúde tem apresentado descontinuidades que a impedem de seguir a lógica universal prevista na CF/88. Sucateando todos os seus níveis de atenção e fragilizando os atendimentos tanto de as demandas preventivas, quanto em casos de especificidades étnico-raciais e identitárias solicitadas em diferentes contextos tais como sociais, econômicas, políticas e culturais.

Segundo Amâncio Filho

“...políticas de corte neoliberal propõem mudanças em relação ao tamanho e às atribuições do Estado, advogam a desregulamentação das economias nacionais, enfatizam o papel do mercado e adotam um amplo programa de privatizações na esfera pública, incluindo áreas tradicionais de atuação, como educação e saúde, para reduzir os gastos estatais” (2004, pág. 376).

Apesar do caráter universal conquistado pela política de saúde na Constituição, tem sofrido ataques neoliberais, que ameaçam os princípios do SUS. Dentre as constantes ameaças, o autor Amâncio Filho (2004), nos alerta para a privatização da saúde e da educação. O sucateamento destes setores fortalece iniciativas privadas. É cada vez mais crescente a ampliação de escolas particulares e clínicas com preços “populares”.

2.2 Determinantes Sociais e Direitos Sociais na Saúde

A política de saúde foi introduzida no rol de direitos sociais no Brasil na década de 1980, do século passado, por meio de ações dos movimentos populares com a redemocratização política. A partir da Constituição Federal de 1988 entende-se que “a noção de direito como a de saúde no Estado contemporâneo implica a mais ampla

compreensão do ambiente em que será realizado o direito à saúde” (DALLARI, 2009, pág. 14).

A compreensão de direito à saúde parte dos princípios que são recomendados na Constituição Federal de 1988. Para Dallari (2008), o direito à saúde é subjetivo e implica a compreensão dele como regra do comportamento humano em sociedade. Porém, enquanto direito subjetivo, esse depende do grau de desenvolvimento tanto socioeconômico, quanto cultural do Estado. Sendo assim, esse direito deve conter aspectos sociais e individuais que privilegiam a liberdade em sua ampla concepção. Isso possibilita o acesso à saúde de forma que seja garantido o tratamento mais adequado para o usuário (1988, p.59).

Ao avaliar o art. 3 da Lei 8.080 o conceito de saúde vai além do que tem sido oferecido na seguridade social do Brasil pois abrange: "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais".

Segundo Ministério da Saúde

“A educação em saúde ganha uma dimensão desvinculada da doença e da prescrição de normas quando é considerada uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Ela é definida como um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida” (2009, pág. 17).

Nota-se que a educação em saúde contribui para a qualidade de vida, pois uma boa saúde está relacionada a saúde física, psicológica, ambiental e social, ou seja, é permeada tanto por condições socioculturais quanto econômicas e também relações interpessoais, estilos de vida e entre outros. Esses fatores definem os Determinantes Sociais de Saúde e isso implica que a saúde não é apenas ausência de doença ou enfermidade, mas sim condições que contribuem para uma qualidade de vida e bem-estar.

Para Garbois (2014) os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressam as características individuais, representam os comportamentos e estilos de vida de cada pessoa, até camadas mais intermediárias, que são representadas por redes comunitárias e de apoio.

Sendo assim é importante discutir sobre as condições sociais, econômicas e políticas que podem influenciar na saúde das pessoas e da população em geral. As

vivências das pessoas, ou seja, como elas nascem, vivem, trabalham e envelhecem coadunam com a sua saúde. Isso é o que denominam de Determinantes Sociais de Saúde, pois eles estão relacionados aos determinantes ambientais, culturais, sociais, econômicos e políticos.

Porém, segundo Carvalho

“...a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente” (2013, pág. 21).

Os Determinantes Sociais em Saúde visam compreender que as iniquidades sociais em saúde devem ser combatidas juntos com as iniquidades sociais. Dessa forma, isso pode promover a tomada de consciência dos indivíduos e da população contribuindo para reduzir as necessidades de saúde.

Nesse sentido, o contexto socioambiental possibilita condicionar e determinar a saúde e o adoecimento de cada indivíduo, ou seja, a relação entre indivíduos e os sistemas ambientais em que vivem ou a interação entre eles também são Determinantes Sociais de Saúde.

Esses elementos são abordados na Constituição Federal de 1988, uma vez que ela tem como valor central a dignidade da pessoa humana. É esse princípio central que a difere das demais constituições que o Brasil já teve. Nota-se um valor essencial a "(...) proteção ao ser humano, em suas mais vastas dimensões(...)". "(PIOVESAN e VIEIRA, 2010, pg. 396).

Neste contexto, fica claro que no Relatório final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008, pág.142): "A atuação sobre os diversos níveis de DSS extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, obrigando a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais”.

Para isso, no SUS foi pensando estrategicamente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família – ESF um processo de trabalho com elementos que abordam os determinantes sociais. Nesse sentido, a equipe de trabalho busca atuar considerando as condições de vida e saúde tanto dos indivíduos quanto das famílias.

É importante considerar que ao mencionar os DSS não é objetivo deste trabalho ressaltar a forma de realizar a pesquisa sobre eles, mas de como eles estão imbricados

com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. É importante observar que falta uma integração na promoção da saúde.

É preciso rejeitar o projeto "trator" de privatizações, que interessa fundamentalmente ao mercado de capitais para a efetivação da seguridade social, para que o fosso entre uma previdência para os integrados ao sistema de trabalho e os excluídos econômica, social e culturalmente não se amplie ainda mais nesse país. O objetivo deve ser sempre a cidadania. (FALEIROS, 2009, pág. 212).

O autor acima deixa claro que a privatização exclui as pessoas que necessitam das políticas de seguridade social principalmente os que estão excluídos da economia e do mercado de trabalho. Portanto, elementos que são condicionantes de saúde interferem na cidadania ou na ausência dela, uma vez que ao sucatearem esses serviços sociais, a cidadania fica prejudicada e a saúde não é efetivada como determina a nossa Constituição Federal.

O SUS tem desenvolvido ações para melhorar as condições de vida e saúde da população a partir de “ações promotoras a grupos com fatores de risco comportamentais e ambientais, visando adequar hábitos/estilos de vida saudáveis, minimizando o aparecimento de agravos” (SANT’ANNA *et al*, 2010, pág. 93).

Vê-se, pois, que essa realidade demonstra a importância de estratégias a serem adotadas para a defesa da saúde em seu aspecto integral. Ter saúde é ter cidadania. Ter cidadania é ter dignidade enquanto pessoa humana.

Segundo a Constituição Federal, o cuidar da saúde é incumbido a todas as esferas dos poderes políticos da federação e esses têm o dever de garantir o direito à saúde a toda população. A saúde como “dever do Estado” (art. 196) - é de responsabilidade da União, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios.

De acordo com Baptista *et al* (2009) têm-se o desafio de garantir o direito à saúde frente a construção de um Estado Democrático de Direitos sendo esse orientado para o bem-estar social e também considerando os desafios que são postos em relação aos mecanismos de coordenação e direção nos serviços de saúde.

O conceito de saúde vai além da ausência de doenças, saúde é também bem-estar e qualidade de vida. Essa última sendo fundamental para uma vida digna, mas para que seja adequado o direito à saúde é importante o acesso a todos os serviços ofertados.

Segundo Barriquello e Correio “...o direito à saúde é visto como o direito da pessoa de ter a saúde garantida pelo Estado, e não só pelo viés de curar as doenças, como também de assegurar meios para prevenção de doenças” (2018, págs. 85- 86).

A declaração dos direitos humanos traz uma concepção importante, pois os problemas de saúde estão ligados a diversos fatores e para que eles sejam minimizados é necessário compreender como esses fatores contribuem para a promoção da saúde. Essa promoção possibilita a expansão das capacidades humanas para o desenvolvimento econômico e social da população.

A saúde é resultante de fatores e “das condições de alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais” (ROSADO e FREITAS, 2020, pág. 373).

Diante do exposto, é importante conhecer os fatores determinantes que coadunam com as condições de vida e saúde dos indivíduos e também da comunidade. Sendo assim é importante criar ações adequadas que proporcionem qualidade de vida bem como considerem a forma como os DSS podem representar aspectos negativos para a saúde da população.

No Relatório Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS,2008) há diferenças quando colocam as questões de gênero e raça, principalmente no que tange a escolaridade, trabalho e renda. Diante disso, percebe-se a influência destes fatores na condição de saúde e a desigualdade entre esses grupos. Portanto, a igualdade de direitos e a cidadania mais uma vez não se concretiza.

2.3- Saúde da População Quilombola

Lopes e Werneck (2010) afirmam que as questões relacionadas a saúde da população negra se impunham como tema central e urgente desde antes dos povos africanos pisarem em solo brasileiro, ou seja, ainda nos oceanos dentro dos navios.

Os escravos que aqui chegaram praticavam ações de saúde que traziam da memória quando desembarcaram no país ou seus descendentes herdaram dos seus antepassados. Na atualidade, essas memórias são preservadas por meio da medicina popular e também ações de alívio e cura que são realizadas nas mais diversas religiões de matrizes africanas ou de origem cristã.

Percebe-se que a população negra é excluída do sistema de saúde desde os seus primórdios e que essa população tem empreendido lutas para participação e atenção no

sistema de saúde. Até a Constituição Federal de 1988, a participação na saúde se dava por meio de vínculos formais de trabalho e poucos negros tinham esse vínculo. Na Constituição, foi instituído o SUS, uma política de Estado que busca garantir direito à saúde a todos e todas.

Para Lopes e Werneck:

(...) o movimento de mulheres negras tinha o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta. A partir do que impulsiona as discussões sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos (2010, pág. 10).

O movimento de mulheres teve papel fundamental na luta por direito à saúde das mulheres negras. Elas buscavam direito à vida e também a garantia de direitos sexuais e reprodutivos.

Lopes e Werneck (2010) faz apontamentos importantes em relação a noção de saúde da população negra, pois o movimento negro unificado de 1980, aprimorado pelo movimento de mulheres negras em 1990, tem uma análise sistemática das desigualdades raciais na saúde da população negra e também na sua manutenção, pois, ao longo dos séculos, a saúde foi permeada pelo racismo e outras formas de inferiorização da população negra.

O racismo e a discriminação racial são fatores que determinam as condições de saúde da população negra. Assim ativistas, pesquisadores, profissionais de saúde e gestores negros, dentre outros, têm buscado a equidade na política de saúde de forma a combater as formas de opressão vivenciada por essa população.

Segundo Cunha, nos estudos sobre saúde da população negra é preciso dar enfoque na dimensão étnico-racial de modo a reconhecer a discriminação histórica que a população negra sofreu e sofre ao longo dos anos.

“...enfocar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a conseqüente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravatura até a atualidade” (2012, pág. 23).

Para Freitas *et al* (2011) é importante o recorte étnico/racial na assistência e na atenção à saúde em relação às doenças e às condições de vida da população negra, pois isso permite que sejam identificados os contingentes populacionais que são mais suscetíveis a agravos à saúde.

A desigualdade existente no Brasil relacionada a raça/cor determina o acesso as políticas, inclusive de saúde. Segundo Pereira e Santos

“...a despeito da constatação de tais desigualdades no estado de saúde bem como nos diferenciais de utilização dos serviços de saúde pelos negros, ainda são reduzidas as investigações voltadas a caracterizar e analisar as desigualdades raciais focando populações que apresentam maior vulnerabilidade social, como comunidades quilombolas” (2018, pág. 205).

Sendo assim, nota-se a importância dos profissionais reconhecerem o racismo que acomete tais populações e compreender tais processos como determinantes sociais que influenciam no processo de saúde e doença. Segundo Freitas *et al.* (2011, p. 57) “na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares deste grupo nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, conformando a vulnerabilidade programática”

Devido ao processo de racismo e exclusão vivenciado pela população negra a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) criada para atendê-la trouxe ações e planos relacionados a atenção à saúde da população negra, pois essa ainda vive sob um forte quadro de desigualdades. Para a efetivação do direito humano à saúde dessa população houveram várias lutas e essas buscavam e buscam o estabelecimento de equidade étnico-racial e de gênero nos serviços de saúde.

Essa política busca definir

(...) os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, pág. 7).

Nota-se o papel da política na saúde da população negra. Ela mostra que devem ser desenvolvidos serviços e ações de saúde para atender a essa população com objetivos e diretrizes definidos.

A partir do debate relacionado a política de saúde para a população negra é necessária uma discussão mais aprofundada sobre uma população mais específica que é a população quilombola. Necessita-se compreender como tem sido as ações e serviços de saúde para essa população.

A Política Nacional de Saúde da População Negra aponta nos seus objetivos específicos a garantia e a ampliação do acesso da população negra do campo e da floresta, em particular, as populações quilombolas nos serviços e ações de saúde. Inserir as comunidades quilombolas na atenção à saúde possibilita minimizar as desigualdades vivenciadas por essas populações.

As estratégias e responsabilidades na esfera da gestão aponta para o estabelecimento de metas específicas que possa contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, em especial na atenção às populações quilombolas.

Araújo *et al* traz um apontamento necessário ao afirmar que “a exclusão social à qual as comunidades quilombolas estão expostas, em todo o território brasileiro, tem favorecido sua vulnerabilidade socioeconômica, ambiental, o que se traduz em precárias condições de vida e saúde” (2019, p. 226). As comunidades quilombolas têm sido expostas as mais variadas negações de direitos e isso contribui para o aumento das vulnerabilidades citadas acima.

A Constituição brasileira determina a implementação do SUS para que essa população seja atendida de forma igualitária e integral. Mesmo o direito à saúde sendo estabelecido, este, ainda não foram efetivados para toda população quilombola brasileira.

Partindo disso, entende-se que apesar da política de saúde ter um caráter universal, para a população quilombola esse acesso ainda é limitado e desigual. Essa população ainda vive em situação de vulnerabilidade social que é fruto de todo processo histórico da escravidão e racismo. Isso acarreta desigualdades sociais e de saúde e também cria grandes desafios para garantir acesso aos serviços de saúde para este grupo. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ainda não consegue inserir toda a população quilombola no acesso ao SUS, como mostrado acima essa população ainda carece de atenção em relação aos direitos à saúde.

Gomes *et al* afirma

Os quilombolas possuem processos determinantes de sua saúde relacionados à história de exploração do seu povo, suas vidas e seu território. Estando assim inseridos em um sistema excludente, que não respeita sua cultura e modo de vida e que ainda busca impor, por meio de uma lógica racista estrutural branca hegemônica, outra cultura e outras formas de viver (2021, pág. 03).

Sendo eu, quilombola e residente no Quilombo Mesquita, conheço bem como vivemos um processo de privação de direitos, principalmente direito à saúde e injustiças perante a sociedade e em grande parte com contribuição do poder público.

Para Gomes *et al* (2021) é necessário compreender essas comunidades a partir da luta política e social, pois as comunidades quilombolas estão inseridas num contexto que o país precisa reconhecer a história viva e valiosa que permeia essas comunidades. É preciso criar políticas e práticas de saúde que tenham como perspectiva atender às necessidades de saúde dessas comunidades, bem como o atendimento integral por meio de aceitabilidade de sua cultura e práticas cotidianas.

A autora acima ainda afirma que:

Analisar a concepção de saúde de uma determinada população na perspectiva da determinação social da saúde requer, portanto, compreender o processo de formação destes povos, a história de vida individual das pessoas e como parte integrante de um coletivo (GOMES *et al*, 2021, pág.03).

A concepção de saúde a partir de uma perspectiva de determinação social deve ser compreendida sob a perspectiva do processo de formação deste povo dando enfoque para a história de vida e também como essas pessoas estão inseridas dentro de um coletivo. O modo de vida e a forma de organização permite compreender a saúde da população negra na sua singularidade e particularidade.

Partindo disso, observa-se que

“...as políticas de saúde, para que efetivamente tenham ações afirmativas para as condições de saúde da população, precisam incorporar em sua formulação as particularidades vividas em cada contexto, tendo a participação dos que mais conhecem essas especificidades: os quilombolas” coletivo (GOMES *et al*, 2021, pág.04).

As particularidades que são vividas as comunidades devem ser incorporadas na criação de ações afirmativas de modo que essas se tornem efetivas. A participação dos quilombolas é essencial, pois essas são as pessoas que vivenciam esse contexto.

Dentre os vários problemas discutido, vale a pena apontar a insuficiência de serviços de saúde, pois observa que a disponibilidade de serviços de saúde nas comunidades quilombolas ainda não atende a comunidade como um todo. Existe a ausência do poder público na criação de ações efetivas de acesso aos serviços e isso tem

colocado as comunidades quilombolas as margens do SUS e também amplia as limitações para a inclusão dessas pessoas.

Gomes *et al* (2021) traz uma análise importante, pois segundo ela, para os quilombolas, a saúde está para além da ausência de doenças, existe uma complexidade a ser compreendida e afirma também que a garantia de saúde não é apenas responsabilidade de um setor, ou seja, o setor saúde, ela deve ser garantida pelo Estado por meio de políticas públicas de forma integral e também articuladas com os diferentes setores do poder público.

A falta de acesso aos serviços de saúde possibilita a um maior acometimento de enfermidades que poderiam ser prevenidas, geralmente relacionadas às condições sanitárias insuficientes e a falta de acesso à água tratada e esgoto. Além disso, os moradores das comunidades normalmente são obrigados a percorrer distâncias longas em busca de atendimento de saúde.

Segundo Pereira e Santos

“...as condições ambientais e socioeconômicas, associadas ao acesso limitado aos serviços de saúde de forma a usufruir de ações de educação em saúde, bem como medicamentos de fácil administração, contribuem para que a população negra, e mais especificamente as comunidades quilombolas, vivenciem situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde” (2018, pág. 206).

De acordo com as autoras, vários fatores contribuem para o acesso limitado da população quilombolas aos serviços de saúde. É necessário a criação de ações planejadas como foco no atendimento integral da população quilombola de modo a diminuir as vulnerabilidades e inequidades dessa população em relação aos serviços de saúde.

Para suprir a carência de serviços de saúde nas comunidades quilombolas, o Governo Federal tem buscado incentivar a criação de equipes de Estratégia de Saúde da Família para atuar nos quilombos e a implantação de serviços de saúde de qualidade com atendimento universal e integral.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família têm grande importância nas comunidades quilombolas, pois é umas das portas que garantem a entrada dessa população aos serviços de saúde. Freitas *et al.* afirma que:

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada por uma forte expansão, sendo a Estratégia de Saúde da Família a sua principal propulsora. Com o claro objetivo de atingir um financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04, estabeleceu um adicional de 50% no

valor dos incentivos de Saúde da Família para as equipes que atuam em áreas de quilombolas (2011, pág. 57).

Nesse sentido, observa-se a importância das equipes de Estratégia de Saúde da Família na garantia do acesso a saúde das populações quilombolas. Esse incentivo pode contribuir para facilitar o acesso à saúde e um tratamento com dignidade humana para as comunidades. Porém, Oliveira *et al* traz que os recentes investimentos na Atenção Primária à Saúde, com a expansão de equipes da Estratégia de Saúde da Família, não têm alcançado de forma significativa esse grupo populacional (2015, pág. 2880). A inserção das equipes não tem proporcionado atendimentos aos problemas de saúde da população quilombola.

Essas equipes devem ter um olhar norteador de compreensão das particularidades e demandas dos quilombolas. É necessário olhar de maneira integral os problemas que afetam às comunidades, entender quais os recursos disponíveis nessas comunidades e a maneira de enfrentar as demandas que são trazidas por eles. Todo esse processo contribui para o conhecimento dos processos de saúde e doença que atravessam essas comunidades.

Essas experiências têm como fator predominante resolver e lidar com as nossas questões de saúde. Esse conhecimento é a partir das nossas vivências e experiências nas comunidades e são aprendidas ao longo da vida com os nossos ancestrais. Essas práticas das nossas comunidades contribuem para visibilizar os saberes populares como também auxiliam nos cuidados à saúde devido à insuficiência de acesso aos serviços de saúde.

A auto percepção da saúde da população quilombola também contribui para compreender que “(...) desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que, seguramente, interferem no processo saúde-doença” (OLIVEIRA, 2015, pág. 2880).

No Brasil, existem marcos legais e normativos relacionados à equidade na atenção à saúde, porém os negros ainda vivem em condições de vida e saúde desfavoráveis, tendo menor atenção à saúde. Conforme supramencionado no texto, a implementação de políticas de saúde pode possibilitar que os princípios preconizados no SUS sejam garantidos, tais como equidade, integralidade e universalidade, porém ainda estão aquém do esperado.

Assim, uma questão crucial é o estabelecimento de uma formação continuada dos profissionais que trabalham nesses serviços. É fundamental a criação de ferramentas

institucionais que possam orientar os serviços ofertados as populações quilombolas pelo Sistema Único de Saúde.

Para Gomes *et al* “A compreensão de saúde dos quilombolas está relacionada ao conceito de saúde integral, considerando a totalidade dos elementos que se relacionam e modificam o estado de saúde das pessoas” (2021, pág.6).

A luta das comunidades quilombolas pela garantia de território está atrelada também a luta pelo direito à saúde. Quando ocorre a demarcação do território, a comunidade quilombola tem mais instrumentos legais e normativos para exigir políticas públicas que atendam às suas demandas, por exemplo, o fornecimento de equipamentos sociais como Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, como apontado acima destaca-se a importância de garantir que os conhecimentos da ciência sejam associados aos saberes tradicionais das comunidades a fim de preservar as especificidades e o direito à saúde.

Cabe reafirma que a questão do território também está atrelada ao processo de saúde dessas comunidades. Para a autora “A saúde, em sua complexidade, possui íntima relação com o território quilombola e com seu modo de vida tradicional. É nesse território que eles reproduzem seus modos de vida, residem, trabalham, se encontram, produzem seus alimentos e suas plantas medicinais” (GOMES, 2021, pág. 10).

O cuidado com a saúde do povo quilombola deve estar pautado também pela garantia da soberania alimentar, bem como o acesso à terra, acolhendo os diferentes saberes sendo as individualidades de cada povo respeitadas. De ter um olhar sistêmico e integrado da saúde, pois ela está atrelada ao modo de vida e de como essas pessoas se relacionam com a natureza. Garantir nosso acesso à terra é garantir nossa saúde.

Portanto, observa-se a importância da implementação de políticas sociais que apresente capacidade de melhorar as condições de vida e saúde dessa população. E considerando que grande parte das populações quilombolas vivem em áreas rurais é importante proporcionar melhorias na infraestrutura para a realização da atenção à saúde.

Diversos fatores ainda são preponderantes no acesso aos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas. Os profissionais de saúde devem exercer um papel socioeducativo de conscientização dos quilombolas em relação aos direitos à saúde.

De acordo com Oliveira *et al* “é importante destacar a carência de estudos nacionais que avaliam saúde da população negra de modo geral. Esse dado é ainda mais notável quando se trata de comunidades quilombolas (2015, pág. 2883). Mostra que faltam

estudos em relação à saúde da população quilombola e isso aponta a necessidade de realização de pesquisas para subsidiar as ações e serviços de saúde.

Percebe-se um cenário de fragilidades em relação a assistência à saúde das mulheres quilombolas pois elas não têm acesso de qualidade aos serviços de saúde, educação, informações e essas desigualdades são acentuadas por questões raciais. O distanciamento geográfico das comunidades também é um fator para as dificuldades de acesso aos serviços de saúde de forma integral e equânime. É necessário a criação de ações que fortaleçam a promoção da saúde.

Oferecer acesso de qualidade e atenção à saúde como direito básico a essa população de forma integral, equitativa e humanizada ainda é um grande desafio, dentre estes desafios se encontra a possibilidade de implementar ações e estratégias para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres quilombolas. É preciso o reconhecimento e o respeito as especificidades tanto sociais quanto culturais de cada comunidade.

2.4 Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras Quilombolas

Os conceitos de direitos sexuais e reprodutivos são recentes. São frutos de conquistas históricas e da luta pela cidadania e pelos direitos humanos. Pensá-los requer ampliar os direitos humanos e a cidadania. Eles devem ser reconhecidos como valores democráticos e estão inseridos na agenda política nos direitos nacionais e internacionais. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, definiu tais direitos como uma extensão dos direitos humanos (GALLI e ROCHA, 2014, pág. 1)

São também reflexões teóricas relacionadas aos direitos individuais e coletivos. Segundo Santos, Souza, Antunes e Souto (2019, pg. 2) “No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, ressalta-se que estes são construções contemporâneas, consequência de ponderações teóricas em relação aos direitos individuais e coletivos”.

Segundo Ávila (2003, pág. 466), os direitos reprodutivos estão relacionados à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Já os direitos sexuais estão relacionados à igualdade e liberdade em relação ao exercício da sexualidade. Isso quer dizer que ao tratar da sexualidade e da reprodução essas devem ser tratadas como dimensões de cidadania e de vida democrática.

A perspectiva feminista compreende que deve ser assegurada a autonomia tanto da esfera sexual, quanto reprodutiva. Isso permite relacionar essas duas dimensões a várias outras da vida social. A autonomia busca romper com a visão conservadora da associação intrínseca entre sexualidade e reprodução. Segundo Ávila

“A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que prescrevia para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feministas” (2003, pág. 466)

Nesse sentido, como aponta a autora acima, a desigualdade entre homens e mulheres constitui-se uma bandeira de luta das feministas para romper com a visão conservadora que contribuiu para o acirramento da desconformidade entre estes dois seres no âmbito da concepção e liberdade sexual.

O conceito de direitos reprodutivos substituiu o de saúde da mulher e revelou a luta dessas para garantir esse direito.

Para Lemos,

A mudança da terminologia ‘saúde da mulher’ para a de ‘conceito de direitos reprodutivos’ passou a ser empregada sistematicamente no início dos anos 1980, quando havia participação ativa de um grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã (2014, pág. 245).

É importante tratar os direitos sexuais e reprodutivos no seu sentido igualitário, pois quando eles são tratados no sentido prescritivo e normativo são definidos modelos e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva que transforma estes direitos em algo repressivo.

Para Ávila “o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia” (2003, pg. 467). Mostra que os direitos sexuais e reprodutivos estão diretamente ligados à cidadania. As mulheres devem ser vistas como construtoras de direitos reprodutivos e sexuais.

Angela Davis, em sua obra, *Mulher, Raça e Classe*, aponta que é necessária “uma ampla campanha em defesa de direitos reprodutivos para todas as mulheres – em especial

para aquelas que são, com frequência, obrigadas por suas circunstâncias econômicas a abdicar do direito à reprodução em si” (2016, págs. 208 -209).

O que se observa é a importância do rompimento de regras e tabus que tem como premissa controlar e reprimir as experiências das mulheres em relação a sua sexualidade e reprodução. Essas regras são expressões do controle, fruto de uma sociedade patriarcal.

Os direitos sexuais e reprodutivos são campos que devem ser tratados pela política de saúde e precisa direcionar suas ações para garantir que esses tenham foco na justiça social, sendo formuladas e executadas considerando as desigualdades de gênero, classe, raça e expressão sexual que existem na sociedade.

Desse modo, tanto a reprodução, quanto a sexualidade são campos de interesse e atuação da saúde. Segundo Ávila (2003, pág. 468) “Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje estão colocadas para a política de saúde”.

É importante que a política de saúde seja comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais fortalecendo o processo de democratização a partir da defesa de um Estado que promova o bem-estar e a transformação social e supere as heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas tão presente na sociedade brasileira.

A referida política é fundamental para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras, pois tem desenvolvido instrumentos que possibilitam garantir esses direitos. Segundo Fernandes *et al* a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um instrumento importante para garantir os direitos sexuais e reprodutivos

“...a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se constituído como referência para demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Dentro de suas prioridades, insere-se o planejamento reprodutivo, com o intuito de possibilitar a autonomia reprodutiva das mulheres. Esse objetivo nem sempre é alcançado, pois as estratégias para o acesso às informações e aos métodos contraceptivos desconsideram o acolhimento e o vínculo com o serviço de saúde, o que compromete a autonomia para livres escolhas reprodutivas (FERNANDES, 2020, pág. 2).

Isso mostra a importância da ESF para atendimento de demandas relacionadas tanto a saúde sexual, como reprodutiva. Assim, ESF pode ou não ser um equipamento de

cidadania no combate à desigualdade social e na conquista de direitos. Ela pode ser um meio de instituir um processo democrático que deve ter compromisso com a justiça social e a ética. Deve ser pautada na dignidade humana centrada no coletivo e que supere os preconceitos e as discriminações.

Compreendendo os direitos sexuais e reprodutivos como campo de atuação das políticas de saúde é imprescindível debater a temática desses direitos para as mulheres quilombolas. Para isso, deve-se abranger a noção de liberdade e autonomia articulada à condição social, ao gênero e à raça. Apesar de até o presente momento, o censo do IBGE não ter apresentado informações sobre as comunidades quilombolas, as condições de saúde reprodutiva dessas mulheres estão em desvantagem se comparada às brancas, visto que o acesso à política de saúde não está no mesmo patamar no que se refere às diferentes raças.

No que diz respeito à procura por serviços de saúde, mulheres negras buscam mais atendimento que os homens (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019). Elas são as principais usuárias da atenção básica à saúde, no entanto, existe diferenças de acesso e utilização das mulheres negras aos serviços de saúde. Elas buscam atendimento no SUS, sistema, no qual está ocorrendo desmonte e sucateamento dos seus equipamentos.

Ao discutir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras é importante ressaltar que elas sofrem diariamente com o racismo institucional nos serviços de saúde. Isso demonstra a violação dos corpos negros e de seus direitos reprodutivos, violência obstétrica que permeiam a vida dessas mulheres como se fosse um processo natural e conseqüentemente esfacela seus direitos humanos. Para Santos *et al*, as mulheres negras

“...são as principais vítimas da negligência e das violações em torno dos direitos e da saúde reprodutivos e sexuais e essa mudança de paradigma se faz necessária devido à complexidade da questão e aos enormes tabus que ela enfrenta sob os mais variados aspectos, e que influenciam na saúde e bem-estar” (2019, pág. 6).

É necessário compreender os meios e a condição desumanização da mulher negra na sociedade de classe. Elas têm sido vítimas do racismo institucional e quem mais sofre são as pobres e as mães. Segundo Silva, Figueira e Silva

Uma realidade estruturalmente marcada pelo racismo, pelo gênero e pela condição de classe social, que afirmamos ser uma forma de materialização do projeto de genocídio da população negra, sob as

múltiplas determinações da vida social como no âmbito econômico, político, social, cultural e subjetivo (2018, pág. 2).

Para Silva, Figueira e Silva o racismo é

“...uma poderosa forma de dominação, pois assume o controle, a administração, a segregação e pode-se dizer, até o silenciamento e o confinamento. Deve ser compreendido no plano ideológico, mas também político, econômico, social e cultural (2018, pág. 3).

Somos oprimidas das mais diversas formas. Falo na condição dupla, na qual, fui atendida nestes serviços e ao trabalhar na área de saúde vivenciei situações das usuárias destes serviços. Principalmente quando nos coloca como mulher forte e resistente a dor.

Santos afirma que

“...a expressão do estereótipo da mulher negra como mulher forte e resistente a dor, que aguentou o fardo e os castigos quando escravizadas e por isso estão passíveis a essa sujeição nos diferentes espaços. Assim, o atendimento digno a que todas as usuárias dos serviços de saúde deveriam adquirir, passa a ser negligenciado pelo racismo e até mesmo redimensionado a uma forma de seu extermínio (2019, pág. 6).

Nós, mulheres negras, carregamos o fardo e os castigos que nos foram dados durante a escravidão e isso fez criar estereótipos que não podemos demonstrar fraqueza ao longo da vida. Tem crescido as reivindicações no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos por parte das mulheres negras que compõem os mais variados movimentos sociais e também pelas lideranças de terreiros e quilombos.

A mulher negra apresenta vulnerabilidades e fragilidades como qualquer outra mulher. Porém, os estigmas e estereótipos de que a mulher negra é mais resistente à dor são frutos do racismo e do sexismo à qual a mulher é submetida. A partir disso, o atendimento das mulheres negras nos serviços de saúde merece ser elemento de pesquisa para compreender como são negligenciados. Existem construções e marcos legais relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras, bem como eventos internacionais que discutem essa temática e é importante compreender como isso está sendo tratado na agenda política do país.

É importante reduzir as disparidades raciais na promoção dos serviços de saúde para as mulheres quilombolas. O desenvolvimento de ações afirmativas contribui para que essas mulheres tenham um acesso de qualidade. Essas ações afirmativas ainda

precisam ser pensadas e criadas de maneira a permitir o acesso igualitário das mulheres negras nos serviços de saúde.

Um aspecto importante das ações afirmativas refere-se à criação de estímulos à formação de sujeitos pertencentes aos grupos discriminados nas profissões da área de saúde – o que inclui a carreira médica, mas não apenas ela – e de medidas que permitam sua ascensão funcional aos mais altos cargos de tomada de decisão, além de requisitar a adoção de atitudes que estimulem, reforcem e garantam a permanência desses profissionais nos territórios de origem ou naqueles com maior necessidade, incluindo modelos apropriados e sustentáveis de gestão pública dos serviços e do sistema (Werneck, 2016, pág. 545 – 546).

Criar atividades em grupo pode possibilitar a reflexão e fortalecimento dos cuidados preventivos em saúde. É importante a formação de pessoas das comunidades quilombolas de modo que as ações profissionais sejam desenvolvidas dentro dessas comunidades. Isso pode possibilitar um maior acesso aos direitos principalmente ao direito à saúde.

Segundo Werneck

É necessário, também, utilizar métodos e linguagens inteligíveis, que respeitem e dialoguem com os diferentes valores, crenças e visões de mundo, os quais devem ser produzidos com a participação dos sujeitos a que se quer beneficiar; além de priorizar ou incluir diferentes grupos de mulheres negras – que vivenciam condições semelhantes de idade, de local de moradia, de geração, de orientação sexual, de condição física e mental etc. (2016, pág.543)

A autora faz um apontamento importante em relação ao método e linguagens, pois eles devem ser acessíveis para os usuários. É importante também respeitar as diferenças e as crenças desses usuários.

As mulheres sofrem por diversas discriminações sociais, de gênero e isso resulta em desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida delas. Os níveis de instrução e a renda influenciam no acesso das mulheres negras aos serviços de saúde. Condições econômicas, sociais, culturais e ambientais são fatores que estão ligados diretamente ao acesso das mulheres negras aos serviços de saúde (GOES e NASCIMENTO, 2013, pág. 6).

É importante o acesso e utilização dos serviços de saúde por toda a população brasileira. Esse acesso deve ser facilitado às mulheres quilombolas, pois elas precisam

compreender quais são seus direitos sexuais e reprodutivos. Precisam ter garantidos o acesso aos serviços de saúde. Goes e Nascimento aponta que:

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições socioeconômicas e culturais (2013, pág. 572).

De acordo com as autoras, existem violações de direitos que impactam diretamente no acesso à saúde, principalmente das mulheres negras.

“...as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento” (GOES e NASCIMENTO, 2013, pág. 572- 573).

O acesso para as mulheres negras é dificultado por causa da discriminação que elas sofrem ao utilizar esses serviços. Essa discriminação pautada na raça e no gênero compromete a inserção das mulheres negras aos serviços de saúde como sujeitos de direitos.

Segundo Goes e Nascimento “As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente” (2013, pg. 572). Nota-se que as desigualdades estão ligadas a diversos processos. A desigualdade leva à privação de diversos direitos tais como educação, saúde, habitação, renda e entre outros. Fernandes et al. afirma que

As desigualdades raciais também são reveladas na utilização dos serviços preventivos, tanto no acesso quanto na limitação do cuidado, porque, quando comparadas com as brancas, as mulheres negras têm maior percentual para acesso ruim. Dessa maneira, a violência racial e de gênero atrelada ao racismo institucional, que determinam a assistência prestada às mulheres negras, bloqueiam o alcance da equidade em saúde e violam os direitos humanos (2020, pág. 2).

As comunidades quilombolas têm enfrentado barreiras no acesso aos serviços de saúde. Segundo Gomes et al

Nas comunidades quilombolas, 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. Igualmente, os problemas enfrentados para o funcionamento do PSF nessas comunidades, como a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos, o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde, podem constituir barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional (2013, pág. 1837).

As barreiras acima limitam o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres quilombolas. Por isso, o desenvolvimento de instrumentos nas comunidades quilombolas podem possibilitar o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. É importante a conjugação de interesses do Estado com os usuários para que seja garantido o acesso aos serviços de saúde.

Segundo Fernandes *et al.* as mulheres quilombolas devem ter garantido exame preventivos, direito à informação para que tenham autonomia em relação aos direitos sexuais e reprodutivos (2020, pág. 3). Isso pode proporcionar melhorias na condição de saúde das mulheres quilombolas. Os fatores sociais, demográficos, reprodutivos têm interferência direta na autonomia reprodutiva das mulheres negras, assim como “dificuldades de acesso aos serviços de saúde privam muitas mulheres, especificamente as menos favorecidas, como as negras quilombolas, de seus direitos sexuais e reprodutivos” (FERNANDES *et al.*, 2020, pág. 2).

Outros fatores que também influenciam no acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde são a baixa escolaridade, a baixa renda e não autonomia financeira. Isso contribui para que as mulheres não tenham controle e autonomia sobre o seu corpo. Os fatores apresentados acima são essenciais para que as mulheres tenham autonomia reprodutiva.

Para as autoras Fernandes et al (2020) as políticas públicas devem ser voltadas para as mulheres de modo a promover melhores condições sociais educacionais, de renda e trabalho, acesso integral e equitativo aos serviços de saúde, bem como livres de discriminações de gênero, raça e classe. Aponta também que o planejamento e a execução de ações de saúde devem favorecer a autonomia feminina como essenciais na prática profissional (2020, pág. 6).

A partir do que foi discutido é importante apresentar os dados relacionados ao acesso à saúde das mulheres quilombolas, porém não existem dados nacionais que comprovem o acesso dessas mulheres, bem como são escassas discussões relacionadas a esse tema. É importante pesquisas que deem visibilidade a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

Fernandes et al (2020, pág. 2) realizou a pesquisa com 153 mulheres quilombolas em idade reprodutiva e apontou que:

No tocante às características sexuais e reprodutivas, 12,8 anos foi a idade média da primeira menstruação; 51,6% das mulheres fizeram o exame preventivo há dois anos ou menos; 87,6% tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses; 86,9% não participaram de grupo de planejamento familiar nos últimos 12 meses; 49,7% não utilizam nenhum método para evitar a gravidez, e 44,6% destas alegaram que não usavam o método por terem feito laqueadura; 83,7% delas já ficou grávida (2020, pág. 3).

O resultado da referida pesquisa ainda mostrou que as mulheres precisam obter mais informações sobre os exames preventivos, uma vez que a quantidade de mulheres que realizam tais exames é reduzida. Em relação ao planejamento familiar é necessário maior estímulo e condições para que as mulheres participem de ações socioeducativas ofertadas.

Os dados acima mostram o acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde, principalmente relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos. É importante a compreensão sobre as relações étnico-raciais com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras quilombolas e também a viabilização desse direito, pois muitas mulheres não recebem o mínimo necessário de assistência à saúde.

Essas limitações apresentadas sobre o acesso aos serviços de saúde têm grande relevância, pois poderá influenciar na prestação de serviços de saúde à população quilombola. As dificuldades estão além do acesso aos serviços de saúde, pois essa população apresenta condições sociais e econômicas precárias. Além de serviços de saúde é importante a criação de outras políticas públicas que possibilite maior acesso aos serviços de saúde. Torna-se imperiosa a implantação de políticas sociais que sejam capazes de melhorar as condições gerais de vida dessa população (Gomes et. al, 2013, pág. 1839).

Fernandes et al aponta também

Uma limitação identificada relacionou-se com o fato de que o quantitativo reduzido de pesquisas voltadas à temática em questão impossibilita a discussão direcionada especificamente às quilombolas. Assim, faz-se necessário que novos estudos ampliem o conhecimento nessa área, sobretudo na investigação de outros aspectos ligados à autonomia reprodutiva de mulheres negras/quilombolas (2020, pág.5).

Nota-se a necessidade de pesquisa relacionada à saúde da população quilombola principalmente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, pois é importante a garantia destes direitos às mulheres. As desigualdades vivenciadas por elas aqui mostradas, a falta de acesso à informação e aos serviços e estrutura de equipamentos para o exercício destes direitos precisam ser melhor compreendidos. A lacuna existente com a falta de estudos, a falta de uma escuta qualificada dessas mulheres que estão nas comunidades, são elementos que demonstram a necessidade de investigações acadêmicas nessa área.

CAPÍTULO 3- DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES NO QUILOMBO MESQUITA: DESAFIOS DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde 2003, a população negra, tem preconizado na saúde pública do país um eixo específico de atenção as suas demandas, a saber: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Apesar disto, grande parte de povos tradicionais, a exemplo de comunidades ribeirinha, povos de terreiros e os quilombolas ainda continuam sendo negligenciados pelo poder público. Ora pela inexistência de um serviço que dialogue com os aspectos socioculturais dos referidos povos, ora pelo preconceito/racismo dos/das trabalhadores de saúde que diante da manutenção de estigmas expõem pacientes a processos de violações de direitos humanos.

Para conhecer mais detalhadamente esta realidade, e poder problematizá-la junto à universidade, para que as demandas sobressalientes possam ser entoadas junto à agenda pública, este estudo além do mapeamento bibliográfico e documental, realizou entrevistas com usuárias do serviço de atenção primária a comunidade quilombola do Mesquita. Em comum além das clivagens de raça, gênero e classe todas foram atendidas frente à mesma demanda, intervenção referente aos direitos sexuais e reprodutivos.

Diante disso, este capítulo busca dá visibilidade às demandas das mulheres quilombolas na seara da saúde sexual e reprodutiva, assim como demonstrar as fragilidades estruturais, violações de direito e racismo institucional presentes no cotidiano de mulheres negras, residentes no Quilombo do Mesquita, ao buscarem cuidados junto à política pública de saúde através de sua porta de entrada: a UBS. Para tanto foi realizada uma análise na perspectiva decolonial atentando-se a produções bibliográficas anteriores, com viés afrodiásporico e feminista.

3.1 Perfil das mulheres quilombolas entrevistadas e mapeamento das demandas das mulheres quilombolas em relação à saúde sexual e reprodutiva

Para atender o objetivo proposto pelo estudo, buscou-se mulheres negras adultas, quilombolas, residentes na comunidade quilombola de Mesquita, com idade reprodutiva, maiores de 18 anos, que tivessem realizado o acompanhamento do pré-natal na Unidade Básica de Saúde de referência do Mesquita e que aceitassem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para encontrá-las utilizei o método de pesquisa exploratória, bola de neve, que consiste no reconhecimento de uma participante por outra pessoa que atenda aos pré-requisitos da pesquisa, fazendo assim a indicação e mediando o acesso da pesquisadora até a próxima, até que se tenha alcançado o objetivo do estudo, ou como no caso deste, que as respostas começaram a repetir-se (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

A partir deste ponto, apresento-lhes as 10 (dez) participantes deste estudo, no entanto, visando preservar a identidade delas, para cada entrevistada foi atribuído um número indicando a ordem crescente de 01 até 10.

Quadro 1- Perfil Socioeconômico das Entrevistadas

Entrevistadas	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Estado Civil	Gestante	Vínculo laboral	Benef. Assistencial	co-habita com	Renda Familiar	Filhos
1	26	Parda	E. Médio	Solteira	SI M	CLT	Auxílio Brasil	4 pessoas	R\$ 1.400,00	2
2	28	Preta	E. Médio	Casada	SI M	Não Possui	Aux. Brasil & Mães Goiás	3 Pessoas	R\$ 650,00	1
3	35	Parda	Superior Incompleto	Divorciada	SI M	Não possui	Não recebe	5 pessoas	R\$1000,00	4
4	40	Preta	Fund.I Incompleto	Solteira	Não	Não Possui	Auxílio Brasil	6 pessoas	R\$ 400,00	5
5	28	Preta	E. Médio	Solteira	Não	Não possui	Auxílio Brasil	5 Pessoas	R\$ 400,00	3
6	29	PRETA A	E. Médio	Casada	Não	Não Possui	Auxílio Brasil	3 pessoas	R\$400,00	1

7	40	PRET A	Superior	União Estável	Não	Servido ra Pública	Não recebe	7 pessoas	R\$ 3.157,00	6
8	34	Preta	E. Médio	Casada	Não	REDA (município)	Auxílio Brasil	3 Pessoas	R\$1600,00	1
9	33	Preta	Superior	Solteira	Não	Informal	Não recebe	3 pessoas	R\$ 1.500,00	1
10	33	Parda	E. Médio	Solteira	Não	Informal	Auxílio Brasil	4 pessoas	R\$400,00	2

Fonte: elaboração própria.

Conforme o quadro acima, observa-se que as mulheres entrevistadas têm o seguinte perfil: possuem idades entre 26 e 40 anos; 8 das 10 mulheres entrevistadas são moradoras do Quilombo Mesquita desde o nascimento, ou seja, 80% da amostra são nativas da comunidade; duas participantes, apesar de serem quilombolas, só foram residir na comunidade tardiamente.

Quanto ao estado civil das mulheres: 4 solteiras, 1 divorciada, 4 casadas e 1 união estável. Algumas solteiras vivem com companheiros, mas não os declararam na pesquisa. Quanto ao número de pessoas que residem na casa variam entre 3 e 7 pessoas.

Em relação ao nível de escolaridade, verifica-se que a maioria das entrevistadas, 7 delas possui o ensino médio completo. De modo geral, o Quilombo Mesquita, possui, em sua maioria, o ensino médio completo. A grande dificuldade de conclusão do ensino médio é o fato das escolas não estarem localizadas nas comunidades. Conforme aponta Campos *et al* existe

“...baixa quantidade de escolas quilombolas que ofertam o ensino médio em território brasileiro e contribuem para a manutenção dessa realidade. Os estudantes quilombolas, sem ter como e onde continuar seus estudos, passam a frequentar menos as escolas e, conseqüentemente, faz com que os anos de estudo dessa parcela da população negra tenda a ser muito baixa” (2017, pág. 213).

A escolaridade dos quilombolas ainda é um entrave a ser vencido pela política de educação, pois muitos deles não conseguem concluir o ensino médio devido a várias barreiras sociais e econômicas que impossibilitam a frequência ao ambiente escolar e a

continuidade nos estudos. Isso reflete na inserção e conclusão do ensino superior para essas camadas mais vulneráveis da população.

No que tange a ocupação das mulheres quilombolas, a maioria não desenvolve nenhuma atividade laboral remunerada. As que exercem atividades de trabalho, 1 é servidora pública do município da Cidade Ocidental de Goiás; outra trabalha por contrato determinado no município; 1 é atendente em um comércio da comunidade sem carteira assinada; e 1 realiza diárias no comércio aos finais de semana.

Observa-se que as mulheres quilombolas participantes deste estudo que possuem os maiores rendimentos são as que possuem também os maiores níveis de escolaridade e, por consequência, têm empregos formais mais valorizados e bem pagos. Estudos feministas, ao relacionar dados de escolaridade e de emprego de homens e mulheres, constataam que ainda há as diferenças de remuneração entre os sexos e entre as raças, ou seja, mulheres negras recebem menos que mulheres brancas e homens negros e brancos. Segundo dado do IBGE (2018) “o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas brancas (R\$ 2 796) foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas (R\$ 1 608) ”.

Existe uma disparidade entre a população branca e negra no quesito escolaridade, pois mesmo com diversas políticas a população negra apresenta índice abaixo do esperado em relação ao acesso ao nível superior. Isso reflete nas taxas de ocupação e na renda dessas pessoas.

O desemprego é também uma realidade que permeia as desigualdades de gênero e raça, pois de acordo com dados do Dieese

Para os negros, a taxa de desemprego é sempre maior do que a dos não negros. Enquanto para os homens negros, ficou em 13,2%, no 2º trimestre de 2021, para os não negros, foi de 9,8%. Entre as mulheres, a cada 100 negras na força de trabalho, 20 procuravam trabalho, proporção maior do que a de não negras, 13 a cada 100 (2021, pág. 5).

A grande maioria são beneficiárias do Programa do Governo Federal Auxílio Brasil, mas algumas denominaram o programa ainda como Bolsa Família. A renda familiar mensal varia entre R\$ 400,00 e R\$3.157,00 e uma não quis declarar a renda. Das 10 mulheres pesquisadas, 8 recebem o Auxílio Brasil e 2 recebem também um auxílio ofertado pelo Governo de Goiás por nome “Mães de Goiás” que visa atender famílias com filhos de 0 a 6 anos de idade em extrema vulnerabilidade social. Observa-se que os programas de transferência de renda estão presente na vida das quilombolas da comunidade de Mesquita contribuindo como complemento de renda ou sendo a única renda que sustenta a residência. Esse auxílio representa um dos programas de

transferência de renda que está inserido na política de assistência social, que tem por objetivo reduzir as situações de vulnerabilidade social.

Percebe-se que é possível buscar soluções que podem diversificar a renda dessas mulheres e construir uma autonomia por meio da educação, mas para isso devem ser adotados investimentos que sejam comprometidos com a efetivação dos direitos das comunidades quilombolas.

Das mulheres pesquisadas, 9 não possuem planos privados de saúde e apenas 1 conta com esse serviço nos cuidados da sua saúde e de seus familiares.

Outro fator importante a ser discutido é sobre a identidade quilombola das mulheres. Apesar de não conhecerem a história, 9 das 10 entrevistadas se consideram quilombolas devido aos seus ancestrais negros e escravos que sempre pertenceram a comunidade. Mostra que é preciso um papel socioeducativo dentro da comunidade para que a juventude existente tome conhecimento da nossa história e se sintam parte dela. Isso possibilita a compreensão da importância que os negros tiveram e têm para esse país.

Não conhecer a história pode contribuir para o processo de invisibilidade. Segundo Grossi *et al* “Sequer consta nos dados do IBGE, o indicador referente à identidade quilombola, contribuindo para a invisibilidade deste segmento populacional” (2019, pg. 123). Isso dificulta a inserção nas políticas públicas e também a compreensão das particularidades dessas mulheres.

Diante do exposto, nota-se que inter cruzam questões de gênero, raça/cor e classe social e esses fatores devem ser levados em consideração em relação a desvantagem dessas mulheres quilombolas no acesso à saúde. A organização dessas mulheres negras quilombolas pode possibilitar que elas saiam da invisibilidade, tornando-se protagonistas da sua própria história.

A partir da análise do perfil das mulheres participantes, faz-se necessário apontar que essas mulheres também são resistência, pois encontram formas de manter-se e de manter suas famílias.

O próximo item discutirá a saúde sexual e reprodutiva no contexto de protocolos que são recomendados para as mulheres em idade reprodutiva bem como as análises delas em relação aos exames realizados e o atendimento nos serviços de saúde.

3.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos: os limites e possibilidades para a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres negras quilombolas do Quilombo Mesquita

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas é o principal tema desse trabalho. Diante disso, cabe ressaltar que a busca por atendimento de demandas de saúde por parte das mulheres negras também é um processo de resistência dessas mulheres. A organização e a mobilização são aspectos de grande valor, pois isso possibilita o enfrentamento de vulnerabilidades, nas quais as mulheres negras quilombolas estão inseridas. A participação política é necessária para a conquista de direitos e essas conquistas são frutos de resistência.

A UBS da comunidade conta com 11 profissionais sendo 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 atendente e 7 agentes de saúde. Devido a quantidade de famílias atendidas nessa instituição necessita-se de uma ampliação dos profissionais de saúde e também da UBS. Outra solução seria o aumento dos serviços de atenção secundária e terciária no município de Cidade Ocidental, de modo que as mulheres quilombolas pudessem ter suas demandas atendidas.

Assim sendo, ressalta-se que as quilombolas do Mesquita contam com uma Unidade Básica de Saúde situada em uma casa alugada no Centro da comunidade. Essa instituição tem uma sala de atendimento médico, uma de vacinação, uma de medicação e uma farmácia. Para a realização de exames, as pessoas são encaminhadas para a regulação da Secretaria de Saúde de Cidade Ocidental e depois encaminhadas para o Laboratório Clínico Prevenção que realiza exames em parceria com essa secretaria. Lá é possível realizar alguns exames gratuitamente, outros requer pagamento. Na comunidade não existe um grupo de gestantes.

O acompanhamento pré-natal se inicia logo após a confirmação da gravidez. Nesse momento a gestante recebe as orientações necessárias sobre o acompanhamento do pré-natal e as sequências de consultas médicas e de enfermagem. Essas consultas são no intervalo de quatro semanas e após a 36ª semana, a gestante deve ser acompanhada a cada 15 dias, com objetivo de avaliação de pressão arterial, presença de edemas, bem como altura uterina, movimentos e batimentos do coração.

Para uma gravidez saudável é importante dispor de instrumentos que permita identificar contexto amplos da vida da gestante, bem como mapear os riscos a que elas podem estar expostas. Segundo o Ministério da Saúde “o conceito de risco está associado

a probabilidade, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido” (MANUAL, 2000, pág. 25).

É importante trazer informações sobre gravidez de risco. A gravidez de risco é aquela que pode atingir a vida ou a saúde da mãe ou do feto. Segundo o Ministério da Saúde

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (2010, pág. 11).

Para a maioria das entrevistadas é importante o acompanhamento para que em caso de gravidez de risco essa situação seja detectada no início, pois isso possibilitaria que elas não tivessem a gravidez interrompida por falta de atendimento ou a morte do filho após o nascimento.

De acordo com Silva *et al.*

“O diagnóstico precoce das complicações é que possibilitará a determinação de riscos e tratamentos para ambos. O quanto antes for diagnosticada a patologia, maiores probabilidades de êxito no processo de reabilitação da saúde serão alcançadas. Vale ressaltar que todas as etapas do pré-natal evidenciam grande importância, desde as consultas realizadas no primeiro trimestre até o seu fechamento após o parto; a suplementação de ferro e ácido fólico; as vacinas imunizantes preconizadas para a gestação; a avaliação odontológica e pôr fim, a consulta puerperal” (2021, pág. 31562).

O acompanhamento pré-natal possibilita o diagnóstico de intercorrência durante a gravidez e também no pós-parto para que a gestante e o bebê tenham saúde, pois a gestação pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gravidez ou trabalho de parto. A intervenção precoce e eficiente evita prejuízos que podem causar morbidade grave ou morte materna ou perinatal. São diversos acompanhamentos, tais como consultas pré-natal, realização de exames, vacinas e entre outros, que elas devem fazer com alguns protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria Nº 1.020 de maio de 2013 a atenção a gestação de alto risco deve contemplar todos os níveis de complexidade e também ser realizada uma abordagem integral as gestantes conforme sua condição clínica, demográficas e socioeconômicas.

É importante frisar que a atenção ao pré-natal de alto risco é realizado de acordo com a singularidade de cada gestante com atenção integral, saúde progressiva e continuada. O encaminhamento do pré-natal é realizado, prioritariamente, pela atenção

básica, onde será assegurado para cada gestante o cuidado até vinculação ao serviço referenciado para atendimento de alto risco.

A **entrevistada 6** teve uma gravidez de risco e acredita que a falta de recursos nos atendimentos colocou em risco tanto a saúde da mãe quanto do bebê.

“... aqui no Posto é muito fraco, fraco mesmo a gente é atendida mais pela enfermeira do que pelo médico mesmo e ela é só enfermeira, ela num é obstetra e como minha gravidez foi de alto risco... Então num tem recurso nenhum, toda vez que eu conheço alguma menina grávida que é de alto risco eu falo não vai para o Mesquita porque lá não tem planejamento, lá eles não conseguem avaliar uma gravidez de alto risco... Pode trocar de médico, enfermeiras mas eles não conseguem por que eu acho que tinha que ter um obstetra pelo menos uma vez na semana para avaliar as grávidas que num tem...”

Quanto a fala da entrevista acima observa-se que ainda existe uma insatisfação com os serviços de saúde ofertados na comunidade, porém é importante ressaltar que os atendimentos realizados pela UBS compreendem os serviços básicos com as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia.

Porém uma das entrevistadas que precisou de um profissional especializado, conseguiu atendimento no município na atenção secundária e inclusive elogiou o atendimento. A Entrevistada 10

“Eu fui muito bem assistida, o povo foi muito legal comigo, a enfermeira, a médica sempre estava em cima porque minha gravidez foi muito de risco, a obstetra também, fui bem atendida”.

Nota-se que a falta de conhecimento sobre a oferta de serviço pode impedir o acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde. Algumas medidas, tais como onde e quais são os serviços ofertados pela atenção primária, secundária e terciária, podem se tornar necessárias para que as mulheres quilombolas alcance os direitos sexuais e reprodutivos, portanto, como medida estratégica a política de saúde deve estar articulada a outras políticas, tais como educação, geração de emprego e renda e ao mesmo tempo está articulada com o poder público para que as reivindicações sejam atendidas.

Os principais serviços que as Unidades oferecem são consultas médicas, injeções, curativos, vacinas, acompanhamentos pré-natal, coleta de exames laboratoriais, fornecimentos de medicação básica. Conforme apontado acima, a saúde do município conta com apenas um profissional referenciado para atender as demandas das gestantes. O município não tem um hospital de referência onde as grávidas sejam atendidas, sendo assim, elas são encaminhadas para o Hospital do Gama, localizado no Distrito Federal,

para a realização do parto, pois essa é a instituição de referência para as mães que realizam pré-natal no município de Cidade Ocidental.

Todo acompanhamento de alto risco é feito pelo profissional que atende no Centro de Prevenção e Reabilitação. As especialidades são atendidas na Atenção Secundária e a UBS tem o papel de encaminhar para tal serviço. Isso vai de encontro com o que é afirmado pela entrevistada, pois a UBS não tem disponibilidade para ofertar esses serviços. O que é necessário é que os profissionais sejam mais capacitados de forma a realizar o acompanhamento de pré-natal e reconhecer gravidez de risco.

O Quilombo fica muito distante de Goiânia, que pelas regras da referência e contra referência, o Estado do Goiás deve encaminhar para hospitais do mesmo Estado. No entanto, os hospitais do DF são mais próximos da comunidade do que Goiânia, e por isso, muitas buscam atendimento no DF.

A pesquisa abordou a assistência à saúde das mulheres e como elas avaliam o serviço de saúde. A maioria classificou como bom o atendimento, porém algumas mulheres se sentiram insatisfeita. Falam da falta de infraestrutura, e por isso, afirmam que buscam atendimento na Cidade Ocidental e nas Regiões Administrativas de Brasília quando tem algo mais grave, mas a grande maioria utiliza a Unidade Básica de Saúde para atendimentos como vacina, pré-natal e outros serviços relacionados a clínica médica. A **Entrevistada 7** afirma que procura a Região Administrativa do Gama por achar melhor o atendimento.

Hospital do Gama é demorado. É um atendimento muito bom, mas é demorado né porque pega, engloba o entorno todinho, a maioria do entorno, mas é o recurso que a gente tem, então todo mundo vai para o Gama. É a referência.

A partir da fala compreende que as usuárias não têm acesso de qualidade nos serviços de saúde. E ainda aponta que a demanda por atendimentos no hospital de referência localizado na Região Administrativa do Gama é muito alta por atender quase todo entorno sul.

As condições de atendimento e infraestrutura influenciam diretamente no atendimento das pessoas em relação à saúde. As características tanto socioeconômicas quanto demográficas podem ser barreiras de acesso aos serviços de saúde. As políticas sociais buscam atender as demandas da população mais vulneráveis, já que os cidadãos consumidores que podem pagar recorrem aos serviços privados. Isso contrasta com o que

é discutido na Política de Saúde que tem um caráter universal, pois ela é a única política que atende a todos os cidadãos de forma gratuita.

As entrevistadas buscam atendimentos que possam atender suas demandas quando gestantes, com realização de exames de forma rápida e gratuita, que tenham um local de referência para quando apresentarem gravidez de alto risco, que consigam ser atendidas de acordo com cada complexidade. Pois não saber onde serão atendidas causa angústia em algumas delas.

Quanto ao pré-natal muitas delas avaliaram como bom o atendimento, que atende algumas demandas em relação as consultas. Porém, elas reconhecem que falta alguns serviços que possa atender as questões de saúde conforme sua complexidade. A **Entrevistada 2** afirma que:

“O atendimento dele é muito bom, a única coisa que falta é exame, alguns exames que não tem, que a gente tem que procurar no particular, igual tem que fazer acompanhamento, igual ecografia não tem, tudo a gente tem que procurar no particular” “só que a equipe em si é muito boa, o negócio é os exames tem que procurar no particular”.

Algumas delas acreditam que na Unidade Básica de Saúde deveria ter um médico obstetra, porém conforme mencionado acima esse serviço é oferecido na Atenção Secundária, para atender essas mulheres e também diagnosticar gravidez de risco.

Apesar de não serem atendidas todas as demandas em saúde de acordo com sua complexidade, tem sido garantido o atendimento básico na UBS, tais como consultas preventivas e acompanhamentos de saúde. Os atendimentos básicos são acolhimento, avaliação da mãe-bebê após a alta na maternidade, atenção à gestante e acompanhamento do bebê, acompanhamento do pré-natal, coleta de alguns exames laboratoriais, entrega de medicamentos e insumos básicos, dentre outros.

Porém, como saúde sexual e reprodutiva é o tema da pesquisa, sentiu-se falta de serem ofertados serviços e ações na UBS voltadas ao planejamento reprodutivo, inserção de DIU e outros. Alguns métodos contraceptivos são ofertados, tais como entrega de preservativos, pílulas disponibilizadas pelo SUS. Porém falta orientação para essas mulheres em relação aos serviços e onde eles são ofertados, bem como sobre planejamento reprodutivo. Nota-se que existe uma falta de acesso as informações.

Dados apontam que os quilombolas em sua grande maioria estão em vulnerabilidade por possuírem menor poder aquisitivo e isso torna uma barreira no acesso às políticas públicas e sociais. As pessoas negras recebem os salários mais baixos,

especialmente as mulheres. Os quilombolas possuem escolarização, porém é importante que eles tenham acesso à educação em saúde, pois o não conhecimento sobre os direitos relacionados a essa política podem vulnerabilizar o acesso aos serviços de saúde.

A pesquisa também teve como objetivo caracterizar as barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas que dificultam o atendimento das demandas voltadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas. Para tanto, trouxe algumas informações sobre as desigualdades sociais do IBGE em relação a população negra.

O informativo do IBGE “Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil” traz informações importantes em relação à educação da população negra. De acordo com a pesquisa que foi realizada em 2018, a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais de idade eram de 3,9% de pessoas brancas e 9,1% de pessoas pretas ou pardas. Em pessoas domiciliadas na zona urbana 3,1% de pessoas brancas e 6,8% de pretas ou pardas. Quando analisa a pessoas domiciliadas na zona rural a disparidade é ainda maior, pois 11,0 são pessoas brancas e 20,7% de pessoas pretas ou pardas. Isso revela que a população negra ainda está em desvantagem em relação a população branca nos indicadores educacionais.

A renda e a escolaridade das mulheres entrevistadas ainda são um entrave no acesso aos serviços de saúde, isso mostra que a renda e a escolaridade se apresentam ainda como uma barreira social de acesso a política de saúde.

Segundo Fernandes *et al*,

“...mulheres com condições sociais desfavoráveis possuem maior probabilidade de vivenciarem gestações não planejadas do que mulheres com melhores condições sociais e financeiras. A escolaridade, a ocupação e a renda relacionam-se e determinam o acesso a bens e oportunidades, favorecendo o êxito nas ações de saúde, como o planejamento reprodutivo” (2020, pág. 2).

As condições sociais ainda são fatores que influenciam na situação de saúde das mulheres quilombolas. Ao indagar sobre a realização de exames pelas mulheres no SUS, grande parte afirmou que mesmo com a demora conseguem realizar os exames de testagem de HIV/AIDS, hepatites, sífilis, controle de diabetes, teste de gravidez na Secretaria do Município. Porém, das entrevistadas, 6 afirmaram que não espera porque normalmente demora a realização do exame na rede pública e, por isso, optam pelo atendimento privado. Essa prática pode proporcionar a mercantilização do direito à saúde.

Falchetti ressalta que

“...o Brasil enfrenta a ameaça de transformar a saúde em mercadoria com o avanço do setor privado e colocar em risco os princípios e

diretrizes do SUS – universalidade, equidade e integralidade – sendo necessário refletir sobre o papel do Estado e o retrocesso dos direitos adquiridos pela população brasileira” (2021, pág. 197).

O processo de globalização e o neoliberalismo têm contribuído para transformar a saúde em mercadoria. De acordo com Guimarães

“...os direitos sociais conquistados pela Constituição Brasileira de 1988 apresentam-se hoje mais distantes de suas efetivações práticas na vida de milhares de homens, mulheres, trabalhadores, pobres e miseráveis, já que esses direitos tornam-se obstáculos às exigências da globalização, do neoliberalismo e dos novos processos produtivos do “modo de ser capitalista” (2005, pág.3).

Os cortes de gastos públicos, bem como a entrada do setor privado têm transformado o cidadão, que é sujeito de direitos, em consumidor e isso restringe o acesso aos serviços de saúde principalmente das camadas mais vulneráveis da sociedade, como por exemplo, as mulheres negras quilombolas.

A falta de trabalho formal com garantias também apresenta uma barreira socioeconômica às políticas sociais, pois ter acesso à renda, trabalho, educação contribuem para a dignidade humana e também para o bem-estar e justiça social.

Das 10 entrevistadas, 6 delas estão desempregadas tendo renda de trabalho informal ou de benefício assistencial. Isso não garante segurança para essas mulheres, pois a renda é variável. As mulheres negras ocupam as maiores taxas de desocupação em relação a sua inserção no mercado de trabalho. Elas apresentam uma dupla discriminação, pois são marcadas pelo estigma racial quando buscam uma ocupação no mercado de trabalho e as dificuldades que são enfrentadas por elas ao longo da sua trajetória.

O acesso à saúde pode ser influenciado de várias formas, tanto no aspecto socioeconômico quanto demográfico. A distribuição geográfica pode dificultar ou facilitar o acesso à saúde desse público. Por isso, o conhecimento dos dados socioeconômicos e demográficos pode permitir o conhecimento do universo no qual elas estão inseridas. As pesquisas realizadas com esse público podem possibilitar o conhecimento sobre esses dados.

A Lei nº 8.080 aponta no art. 3º

“...os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Esses dados devem ser destacados e explorados, pois são fundamentais para a elaboração e implementação de políticas de saúde, principalmente relacionado à saúde sexual e reprodutiva que é o tema principal dessa pesquisa.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (BRASIL, 2017, pág. 13)

Como apontado acima, o cruzamento de indicadores de saúde e características socioeconômicas podem colaborar na elaboração de políticas e programas voltados à população negra de forma a reduzir as desigualdades e iniquidades. Mas essas ações devem ser efetivas de modo a alcançar os objetivos propostos.

Quando se fala em indicadores, cabe destacar algumas dimensões relacionadas às comunidades, como a distância das sedes dos municípios e centros urbanos, a cultura dessas comunidades, o nível de escolaridade, renda, trabalho, dentre outros. Por meio desses indicadores é possível mapear o acesso à saúde, bem como os serviços utilizados pela população negra.

No que se refere à comunidade do Mesquita, esta conta com uma Unidade Básica de Saúde para atender as setecentas famílias segundo informado pela liderança quilombola da comunidade. Neste sentido, nem sempre é possível as mulheres da comunidade encontrarem os serviços que estas necessitam, disponíveis na referida UBS, buscando lhes noutras esferas de atenção seja na Cidade Ocidental, seja em Brasília. Sobre a referida distância entre o Quilombo e as cidades mencionadas a **Entrevistada 1** afirma que:

A distância da comunidade também é uma dificuldade né, porque o posto de saúde fica aqui na comunidade, mas falta coisa no atendimento, aí a gente tem que procurar na Cidade e num tem transporte direito, a gente fica horas na parada até chegar lá. Tem gente que procura atendimento em Brasília também que é longe daqui. Ou tem vezes que é mandado pra ser atendido em Goiânia, a prefeitura leva. Deveria ter um atendimento mais perto pra gente né? Porque é muito distante. (Entrevistada 1, 2022)

A distância das comunidades quilombolas, que muitas das vezes, estão localizadas nas zonas rurais dificulta o acesso aos serviços de saúde. Isso também pode ser caracterizado como uma barreira social no acesso tais serviços. O Quilombo Mesquita não difere dos demais, pois ele está situado há cerca de 12 km do centro da Cidade Ocidental e mais ou menos 40 km de Brasília. Para conhecimento sobre saúde sexual e reprodutivas das mulheres quilombolas é importante ter informações sobre exames preventivos, métodos contraceptivos, planejamento familiar, bem como os exames recomendados durante a gravidez. A promoção, prevenção e recuperação em saúde voltados às mulheres negras permitem o tratamento precoce de doenças, além de contribuir para o autocuidado em relação à sexualidade e a reprodução das mulheres.

No que se refere ao planejamento familiar, a **Entrevistada 9** descreve-o como:

É um conjunto de informações que são dadas para as mulheres a fim de que ela possa compreender né as questões de ter filhos, de não ter filhos ou quantidade de filhos, doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos que são fornecidos no Sistema Único de Saúde do tipo anticoncepcional, DIU e fornecimento de camisinha, essas coisas.

Ao realizar a entrevista foi questionado sobre os exames preventivos. Das 10 entrevistadas, 7 delas realizam os exames preventivos relacionados à saúde sexual e reprodutiva na Unidade Básica de Saúde da comunidade quilombola de Mesquita. A grande maioria procura o SUS para a realização desses exames. Sobre exame preventivo a **Entrevistada 2** relata "precisamos fazer vários tipos de exames pra se prevenir né e pra gente se proteger também de várias doenças. Eles ajudam para que compreender que doenças temos e o meios que devemos buscar para melhorar a saúde".

Nota-se a partir do que foi dito acima que as mulheres do Quilombo têm acesso aos serviços ofertados pela UBS. Porém, precisa que o planejamento reprodutivo faz parte da agenda dessa instituição, sendo ofertado rodas de conversas para que as mulheres tenham conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva. Os exames preventivos possibilitam a prevenção de doenças que podem afetar a saúde dessas mulheres. Durante a pesquisa foi realizada ações socioeducativas com o objetivo de conscientizar as mulheres da importância desses exames.

Os exames preventivos são de fundamental importância para manter a saúde sexual e reprodutiva. Segundo Boa Sorte

O conhecimento do cuidado preventivo para o câncer do colo uterino por parte das mulheres, especialmente daquelas vulneráveis socialmente, como as quilombolas deste estudo, é de grande importância para o planejamento de ações que sejam congruentes com a realidade dessas mulheres e, assim, possibilite o cuidado eficaz e eficiente (2015, pág. 83).

A atenção à saúde sexual e reprodutiva está vinculada e deve ser garantida principalmente pela atenção básica sendo uma das áreas de atuação prioritária. Essas ações podem contribuir para a melhora na qualidade de vida e de saúde das mulheres quilombolas. Os serviços ofertados devem ter como princípio básico o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como estar em consonância com a promoção da igualdade racial, de gênero, de orientação sexual e entre outros. Também pode possibilitar redução do racismo institucional e também o acesso aos serviços de saúde, tendo as mulheres negras a saúde sexual e reprodutiva garantida pelos serviços de saúde.

Os exames preventivos devem ser feitos anualmente após o início da vida sexual da mulher. O Ministério da Saúde (2011) afirma que “toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente”.

Desse total de quilombolas que realizam os exames preventivos todas afirmaram que vão anualmente ao ginecologista antes do pré-natal, realizando exames com a profissional de enfermagem na UBS, mas uma das entrevistadas afirma que nunca foi ao ginecologista.

Para a **Entrevistada 4**

Os exames preventivos são exames que ajudam a gente a se prevenir de doenças como aids, hepatite, transvaginal. Fazer um exame preventivo no posto como forma de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, até a própria prevenção que se faz no posto de saúde com a enfermeira é um exame de fácil acesso né, é uma forma preventiva de fácil acesso, o custo é zero porque no posto oferece, a enfermeira faz. Demora pra chegar o resultado mas aqui no posto é oferecido.

A partir das entrevistas, notou-se que elas sabem da importância dos exames para manter a saúde sexual e reprodutiva. Destaca-se na fala de uma dessas mulheres, a **Entrevistada 7**, que teve 7 gestações e nunca foi ao ginecologista. Ela realiza os exames na Unidade Básica de saúde da comunidade com a enfermeira que colhe o material para realizar exame preventivo.

Eles colocam o aviso e a gente espontaneamente vai pra fazer também. Quando chega o tempo que a mulher sabe que está na hora, ela espontaneamente vai no posto de saúde e pede pra fazer.

Não foi possível conhecer os dados em relação a todos os atendimentos que são realizados na Unidade Básica de Saúde da comunidade, porém a partir das entrevistas nota-se que, apesar das suas limitações, a UBS consegue garantir os atendimentos básicos conforme explicitado acima para essas mulheres como forma de prevenção e garantia da saúde sexual e reprodutiva. Falta ainda realização de rodas de conversas e palestras como estratégia para ampliar informação e conscientização. O papel socioeducativo é fundamental para a garantia de acesso à saúde. A não realização dos exames preventivos pelas mulheres quilombolas constitui um limite a esse direito, pois ao longo dos anos têm-se notado a importância de exames de Papanicolau, mamografia, ecografia mamária, autoexame das mamas.

Outros exames tais como colpocitologia oncótica, sorologia para sífilis (vdrl) sorologia anti-hiv, sorologia para hepatite b (hbsag), sorologia para hepatite c sorologia para toxoplasmose igg e igm, glicemia de jejum, sorologia para a rubéola, também são necessários para saúde reprodutiva, pois atualmente no país é reconhecida a importância de um acompanhamento de pré-natal para manter uma gravidez saudável. Além desses exames é importante uma rede de apoio com a família, trabalho, escola, comunidade e os serviços de saúde.

O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo 6 consultas de pré-natal e os atendimentos devem ser registrados e monitorado pelo Cartão da Gestante. Durante o pré-natal, os protocolos incluem anamnese, exames físicos e análises laboratoriais. No caso da UBS do Mesquita, são ofertadas no mínimo 8 e no máximo 10 consultas pré-natal.

Dentre os exames realizados estão de urina, aferição de peso e de pressão arterial, testes de sífilis, hepatite B, HIV/AIDS e injeção para prevenir contra tétano (mal de 7 dias). As entrevistadas não recordavam se tinham tomado a vacina e recorreram ao Cartão de Gestante para obter essa informação. Foi questionado também sobre a ingestão de Ferro e/ou Ácido Fólico para prevenir ou tratar de anemia que também é recomendado pelo Ministério da Saúde. Todas as 10 entrevistadas tiveram acesso a esses medicamentos.

A política de saúde para população negra reafirma a importância do fortalecimento e da qualificação para o acesso dessas comunidades tradicionais. Ela aponta que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada para reconhecer as diversas peculiaridades e singularidades da saúde da população negra de modo a promover igualdade racial garantindo atendimento integral das suas necessidades de saúde. É importante que o tempo de atendimento seja adequado às necessidades de saúde dessas mulheres. A política de saúde da população negra ainda precisa de grandes avanços, apesar das conquistas que tivemos, ela ainda é aquém do esperado.

Segundo Pereira

Diversos estudos reforçam a necessidade da realização dos exames laboratoriais previstos na rotina da consulta pré-natal, pois é um forte indicador para avaliar a garantia de acesso, assim como de qualidade do pré-natal. Os exames podem identificar precocemente morbidades e permitem um tratamento eficaz visando à cura ou controle da doença materna, prevenção de infecção fetal pela transmissão vertical e ainda, os possíveis óbitos maternos, fetais e infantis (2020, pág. 10).

Como apontado acima, os exames são instrumentos importantes para manutenção de uma gravidez saudável. Eles possibilitam a cura ou controle das doenças que podem afetar tanto as mães quanto as crianças. Tem-se conquistado grandes avanços em relação às políticas públicas de saúde, porém é preciso o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para que possa ser garantido maior acesso aos serviços e também a redução das iniquidades em saúde que envolve a população negra, pois as mulheres negras quilombolas apresentam dupla vulnerabilidade em relação a ser mulher e negra.

Os métodos contraceptivos também são formas de garantir saúde sexual e reprodutiva das mulheres e bem como alguns são importantes para a prevenção de algumas doenças. Sendo assim procurou compreender como essas mulheres têm acesso a esses métodos e se elas os conseguem pelo Sistema Único de Saúde.

Os métodos mais utilizados pelas mulheres entrevistadas são pílula, preservativo e injeção. De acordo com os relatos, 9 mulheres usam métodos contraceptivos e o principal objetivo é a prevenção de gravidez. Das 10 mulheres quilombolas apenas 2 utilizam os SUS para obter métodos contraceptivos. Elas têm acesso por meio da UBS. Conforme descrito pela **Entrevistada 5**:

No posto de saúde né, a gente tem acesso ao exame preventivo do Papanicolau com a enfermeira. Aí a gente faz exame e eles apresentam

o anticoncepcional, mas no posto de saúde é só o anticoncepcional se a gente quiser utilizar outro método tem que ir para o Centro de Reabilitação pra poder marcar uma consulta com o ginecologista fornecer esse outro tipo método contraceptivo. No posto de saúde mesmo é só o anticoncepcional e a gente num faz nenhum tipo de exame pra saber se pode ou não tomar o anticoncepcional.

Mesmo as mulheres relatando ter acesso ao exame preventivo, onde são realizadas as orientações em relação aos métodos contraceptivos, nota-se que muitas delas realizam a compra dos desses métodos, pois os métodos sempre estão em falta na UBS localizada na comunidade. Segundo relatado pela **Entrevistada 7**: "Recursos né, as vezes você precisa de certas medicações e aqui não tem. Você precisa ir para a cidade a procura e muitas das vezes você vai na Farmácia Municipal Central e também não tem, aí pra não ficar sem o remédio a gente compra né?"

Diante disso, nota-se que em relação aos métodos contraceptivos existe ineficácia do serviço de saúde nessa distribuição, pois algumas afirmaram que compram as pílulas. Ou por escolha, ou porque o anticoncepcional ofertado na UBS nem sempre é compatível com o que são utilizado por elas. Sendo assim reforça a importância do papel socioeducativo dos profissionais da UBS. É importante que as mulheres procurem a UBS com o objetivo de informar sobre quais medicamentos utilizam e ver a possibilidade de eles serem ofertados na instituição.

Conforme Fernandes *et al.*

A garantia política em relação ao exercício pleno dos direitos reprodutivos é fundamental. No entanto, ainda que o acesso à anticoncepção seja um direito garantido pela Constituição, este não é amplamente atendido, o que resulta em uma atenção precária, excludente e até inexistente em algumas localidades e em certos grupos étnicos, prejudicando especificamente as mulheres pobres e residentes em áreas rurais (2020, pág. 2).

O SUS têm diversas opções de métodos contraceptivos. De acordo com uma publicação do UMA-SUS (2015) o SUS

“...oferece várias opções de métodos contraceptivos e ações para auxiliar o planejamento sexual e reprodutivo, tanto para ajudar quem quer ter filhos com orientações para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, fornecendo informações importantes e acesso a recursos para a anticoncepção, e prevenir as doenças sexualmente transmissíveis”.

Nota-se que o SUS possui o serviço de orientação e distribuição de métodos contraceptivos, porém não atinge a totalidade de mulheres que procuram os serviços,

conforme entrevistas realizadas. A camisinha é um método que é ofertado na UBS, além da prevenção de gravidez, ela também auxilia na prevenção de algumas doenças sexualmente transmissíveis.

Para compreender os direitos sexuais e reprodutivos, precisa-se entender o planejamento reprodutivo, pois dentro dele está inserido tanto a reprodução quanto os meios saudáveis para ter uma saúde sexual de qualidade. Nas entrevistas as mulheres responderam sobre a quantidade de filhos e quantas vezes as mulheres ficaram grávidas. Quanto a quantidade de filhos foi entre 1 e 7 filhos. As que apresentaram maior quantidade de filhos não tiveram gravidez planejada. Aqui mostra o desconhecimento em relação ao planejamento reprodutivo. Conforme exposto pela **Entrevistada 3**: Eu não planejei né, tive 6 gravidezes, mas a quantidade tá boa, mesmo dependendo da situação que o mundo está não me arrependo de nenhum.

Cabe ressaltar que as mulheres devem ter autonomia para decidir sobre a quantidade de filhos que querem ter, porém é importante o conhecimento sobre planejamento reprodutivo. Algumas mulheres entrevistadas apontaram sobre a perda de um filho e a dificuldade de superação após o aborto ou morte prematura. Todas as entrevistas que tem um filho passaram por alguma dessas dificuldades supracitadas.

O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades (2013, pág. 59).

O planejamento reprodutivo constitui um importante instrumento para que as pessoas tenham autonomia em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Esse planejamento deve prezar pelo respeito ao direito sexual e reprodutivo de cada indivíduo. Também deve levar em consideração o contexto social, econômico, o poder de decisão de cada usuário sendo esses orientados sem discriminação, coerção ou violência.

Para que esse planejamento tenha os objetivos propostos alcançados, os profissionais de saúde devem buscar compreender quais são as expectativas das pessoas em relação à reprodução e contribuir para que elas concluam essas expectativas sempre respeitando as escolhas de cada um.

Sendo o planejamento reprodutivo um direito de cada indivíduo é necessário compreender como se dão esses direitos para as mulheres quilombolas. De acordo com Fernandes *et al.*

“...tanto o acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, direito básico fundamental para as pessoas desfrutarem de uma vida reprodutiva saudável e com liberdade, quanto as questões relacionadas à saúde reprodutiva de mulheres quilombolas são não visibilizados. Os dados que possibilitam conhecer suas condições de vida e saúde praticamente inexistem” (2020, pág. 2).

Mostra que o acesso das mulheres quilombolas ao planejamento reprodutivo ainda é invisibilizado. São quase inexistentes os dados referentes a condições de vida e saúde das mulheres quilombolas. Nota-se isso na realização dessa pesquisa, pois ainda são poucas as pesquisas realizadas com esse público. É importante que sejam coletados dados em relação a esse público como forma de tornar essas pessoas mais visíveis e atender as suas demandas.

Ao pesquisar sobre planejamento reprodutivo, o que se notou foi que as mulheres da comunidade não têm acesso a esses serviços e a grande maioria não sabe para que serve o planejamento.

O planejamento reprodutivo segundo o Ministério da Saúde consiste em

“...um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha” (2009, pág.6).

Além disso o planejamento reprodutivo deve assegurar a livre decisão em relação à quantidade de filhos e não deve haver imposição sobre o uso de métodos contraceptivos. As pessoas devem ser informadas sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos para terem a livre decisão.

Das entrevistas, 9 não souberam definir sobre o que era o planejamento familiar. Elas afirmaram não conhecer sobre o assunto e quando questionada só responderam “*não*” (sic). Apenas umas delas, a **Entrevistada 7** afirmou que:

Planejamento no meu entender é você ter um acompanhamento todos os meses para saber como está a saúde de você, de sua família num todo, precisar de algum exame, algum exame, encaminhamento, reuniões, palestras. Esse é meu entender do planejamento familiar.

Segundo Paiva *et al*

O planejamento reprodutivo deve contemplar atividades educativas, aconselhamento e atividade clínica, de maneira sequenciada e integrada. As atividades educativas têm por objetivo fornecer informações e conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, conceptivos e sexualidade, devendo considerar a necessidade dos participantes (2019, pág. 25).

Essa definição não compreende ao que foi discutido acima, pois o planejamento familiar está ligado à saúde sexual e reprodutiva que envolve tanto as mulheres quanto os homens.

De acordo com Fernandes *et al*.

A experiência com o planejamento reprodutivo de mulheres quilombolas, revelada em estudo baiano, apontou para a falta de orientações por parte da família bem como pelos serviços de saúde sobre a concepção e métodos contraceptivos, durante a adolescência, o que revela uma restrição do direito reprodutivo por esse grupo social, marcada notadamente pela desigualdade quanto à raça/cor e outras condições desfavoráveis (2020, pág. 2).

Conforme discutido acima, esse grupo está sendo restringido dos seus direitos em relação aos serviços de saúde e isso é devido as desigualdade e iniquidades vividas pela população quilombola, principalmente as que residem distante dos centros urbanos.

A ausência de diálogos, dificuldade de acesso e de obtenção de informações e também ausência de serviços podem ser limitadores do acesso ao planejamento reprodutivo. Ações educativas com métodos reflexivos podem possibilitar a compreensão sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas bem como compartilhar com os homens sobre os cuidados referentes a essas questões. Isso contribui para construir igualdade de gênero entre os quilombolas.

A Unidade Básica de Saúde é a principal instituição da comunidade para atendimentos de saúde. As mulheres quilombolas informaram que buscam a Unidade Básica para atendimentos mais simples e que podem ser atendidas na comunidade. Os serviços de saúde ofertados na comunidade conseguem atender as demandas das mulheres dentro das suas limitações. As entrevistas afirmam que procuram a instituição para atendimentos de dor de cabeça, dor de garganta, vacinas e pré-natal.

Segundo a **entrevistada 10**

“Coisas de rotina, fazer um exame de rotina como sangue, fezes e urina, vacinas, que é uma coisa rápida, vai ali no Posto”.

Segundo Pereira

“...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” (2016, pág. 27).

A autora traz sobre os desafios para as mulheres quilombolas na utilização dos serviços de saúde, pois elas enfrentam várias barreiras para ter um acesso de forma integral.

Para vencer esses desafios é importante o desenvolvimento de educação em saúde, pois é ela que vai possibilitar a essas mulheres quilombolas compreenderem sobre seus direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva e também as formas de acesso na utilização dos serviços.

Educação em saúde consiste em uma prática social. Ela deve ser pensada a partir de um processo capaz de possibilitar o desenvolvimento da reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, sendo utilizado o diálogo como principal ferramenta.

Para Alves

“...uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível” (2011, pg. 321).

A educação em saúde faz parte de valores, crenças e costumes. A partir dos conhecimentos que as pessoas adquirem sobre direitos sociais e saúde podem ter autonomia para compreender os tratamentos e também as ações de prevenção que podem participar. A educação em saúde possibilitaria uma prevenção precoce de doenças. Essas mulheres precisam ser conscientizadas da importância do planejamento familiar para se ter uma saúde sexual e reprodutiva com qualidade.

Como um dos objetivos da pesquisa é mapear e caracterizar as demandas de saúde das mulheres voltados à saúde sexual e reprodutiva em Mesquita, observa-se que as mulheres buscam por melhores atendimentos, acesso integral aos serviços de saúde bem como exames e métodos contraceptivos.

O acolhimento da mulher, a informação clara e objetiva possibilita que as mulheres reconheçam as condições clínicas que demandam um profissional

especializado. Promover e garantir o acesso são condições que para que as mulheres tenham atendimento de qualidade, exames e métodos contraceptivos disponíveis e planejamento familiar como formas de cuidados com a saúde.

Diante disso, notou-se que essas mulheres buscam estratégias para atender as suas demandas, seja procurando serviços de saúde ofertados em outras cidades, seja comprando seus próprios métodos contraceptivos. Isso mostra que as mulheres quilombolas não têm acesso aos serviços em sua totalidade e isso pode prejudicar a saúde sexual e reprodutiva, pois houve relato de mortalidade de filho de uma das mulheres entrevistadas uma vez que não foi identificada gravidez de risco por um profissional.

As mulheres quilombolas, muita das vezes, assumem o protagonismo e buscam reivindicar melhorias dentro da comunidade e criar estratégias que possam contribuir para a vivência em comunidade. Dentre as estratégias, é importante citar a busca por atendimento fora do município e a utilização da medicina popular a partir do uso de medicamentos caseiros, garrafadas, benzeção.

Grossi *et al* apud Yazbek aponta que

“...a violência da pobreza e falta de acesso aos direitos básicos de cidadania das comunidades quilombolas se torna visível por meio de impactos destrutivos do sistema que vão deixando marcas exteriores sobre esse segmento vulnerabilizado expressas na debilidade da saúde, na moradia precária e insalubre, na alimentação insuficiente, dentre outros elementos que, muitas vezes, acarretam a invisibilização da resistência desta população” (2019, pág. 122).

Os limites e possibilidades em relação aos direitos sexuais e reprodutivos contribuíram para que entendêssemos sobre como se dá o acesso das mulheres quilombolas do Mesquita nos serviços de saúde e também como esses direitos estão sendo garantido para as mulheres.

Assim, é razoável supor que as mulheres quilombolas devem reivindicar melhores condições de saúde que são ofertados nos serviços da comunidade, contudo para isso é importante que elas conheçam quais são seus direitos relacionados à política de saúde. Foi percebido nas entrevistas, a partir das falas de algumas mulheres sobre atendimento de profissional especializado que há limitação no acesso a médicos obstetras.

Quanto às barreiras culturais pode ser citado o preconceito/racismo institucional, pois ele é tema recorrente nos serviços de saúde, porém as mulheres da comunidade entrevistadas afirmaram que não foram vítimas de racismo nos atendimentos e também nunca presenciaram situações de preconceito/racismo na Unidade Básica de Saúde do

Quilombo. Conforme a pesquisa, a grande maioria dos profissionais que trabalham na UBS da comunidade são quilombolas. Dos 11 profissionais, 6 são quilombolas ou residem nas imediações do quilombo. Acredita-se que tal fato contribui para que essas mulheres afirmem que não sofrem racismo ou preconceito na UBS, porém salienta que o preconceito e o racismo são recorrentes na vida da população negra.

O racismo institucional existe a partir do momento que não é ofertado serviços de saúde integral e universal para as mulheres negras e quilombolas.

Para Pereira

O racismo institucional é conceituado como o fracasso das instituições e organizações em fornecer um serviço profissional inadequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica, desse modo, ele se desdobra em normas, práticas e condutas discriminatórias empreendidas no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, falta de atenção, ignorância, entre outros (2020, pág. 282).

Conforme discutido acima o preconceito e o racismo fazem parte do cotidiano das comunidades quilombolas e isso possibilita vivências de negações de direitos.

A mulheres quilombolas ainda utilizam de saberes e vivências aprendidos com seus antepassados. Sendo assim, faz uso da benzeção e medicamentos caseiros como forma de atender as demandas das mulheres quilombolas. O Quilombo Mesquita ainda traz na sua cultura a utilização de medicamentos caseiros e a benzeção nos cuidados com a saúde. As benzedeadas e os benzedeiros são moradores da comunidade que cuidam tanto da saúde física como espiritual. Eles utilizam tratamentos como chás, banhos, unguentos, rezas, garrafadas e entre outros. São utilizadas ervas específicas para tratar cada caso.

No Mesquita 9 das 10 mulheres entrevistadas utilizam a benzeção e os remédios caseiros nos cuidados com a saúde. Isso mostra que a cultura dos nossos ancestrais ainda está muito presente na comunidade. Quando se utiliza da benzeção e os remédios caseiros, tais como garrafadas ou ervas do cerrado verifica que elas buscam esses instrumentos como alternativas para atender suas demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

A **entrevistada 10** ao ser questionada se na comunidade tem alguém benze e se já utilizou desse método popular ela afirma que:

“Quando eu estava querendo engravidar né, tava demorando muito, aí eu fui num senhor que tem aqui na comunidade e ele, me benzeu e falou que eu tinha que tomar uma garrafada, pra poder fazer a limpeza do útero, pra abrir os caminhos, para que eu conseguisse engravidar. E aí

eu tomei a garrafada, três vezes ao dia. Ele faz uma oração na gente, a garrafa e a gente toma. E aí pouco tempo depois eu engravidei”.

A partir daí observa que as mulheres utilizam de saberes populares para atender as suas demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, tais como barbatimão para banho de assento, camomila, melaleuca, losna brava, folha de amora, dentre outras. A garrafada, que é a mistura de várias ervas medicinais é preparada geralmente por pessoas da comunidade que conhecem as funções de cada planta. Os saberes populares ainda têm forte presença na vida e na cultura dos quilombolas do Mesquita.

Para Mendes e Cava

As práticas tradicionais empregadas pelas benzedeadas e benzedores quilombolas, na promoção da cura e proteção, alia-se uma religiosidade sincrética pelas influências culturais das matrizes africanas, católicas e indígenas, produto dos contextos históricos específicos que marcam o povo brasileiro (2018, pg.4).

Essas práticas têm por objetivo tanto a cura corporal quanto a espiritual e isso está aliado a religiosidade dessas comunidades. Nessas comunidades contemporâneas, essas práticas tradicionais que são utilizadas nos quilombos dão continuidade as culturas aprendidas com os ancestrais e isso contribui para a perpetuação da cultura oral da comunidade, uma vez que esses ensinamentos são passados de geração em geração.

A maioria das mulheres entrevistadas não sabe quando a comunidade foi titularizada nem a história da comunidade. A entrevistada que deu a resposta mais próxima de acordo com os relatos dos moradores antigos e o que está retratado nos livros principalmente no livro “Quilombo Mesquita: história, cultura e resistência” de Manoel Barbosa Neres foi **Entrevistada 8**.

Sim, por causa de onde meu vô veio, minha vô veio, eu me considero por causa deles.

É importante que as pessoas da comunidade tenham conhecimento da história das comunidades na qual pertencem. A história oral tem papel fundamental na permanência dos costumes, tradições e culturas entre as comunidades, principalmente para a preservação da identidade quilombola. Esses ensinamentos transmitidos por meio da oralidade contribuem para que sejam passados de geração em geração.

As demandas das mulheres quilombolas são atendidas de forma limitada, e recorrem a diversas alternativas como atendimento em outros hospitais e utilização de medicinas e saberes populares no atendimento das suas demandas em relação à sua saúde. As barreiras sociais, econômicas, culturais também são um entrave para o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde.

O acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde é permeado de desigualdades e isso contribui para as diversas opressões vivenciadas por elas. Observou-se ao longo da pesquisa que as mulheres apresentam as piores condições econômicas e sociais e isso reflete na assistência que elas recebem durante a idade reprodutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória desta mestranda na construção do aludido estudo foi uma experiência inusitada e muito peculiar. Primeiramente, porque enquanto mulher negra e quilombola conhecia empiricamente a formatação do serviço de saúde pública ofertado à comunidade, experienciando, inclusive, o atendimento no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, na modalidade pré-natal. Segundo, porque no início do que seria a minha preparação teoria, houve uma transmutação na modalidade de ensino, pois com o advento da Pandemia do Covid19, e o “lockdown” que englobou a UNB, fez-se necessário desenvolver habilidades acadêmicas da remontagem, já que os encontros acadêmicos, foram virtuais, e para mim, tal fato era/é prejudicial na socialização do conhecimento. Por fim, perceber que no meio de uma crise sanitária de dimensões globais, ainda eram os nossos corpos, os das mulheres negras que estavam “jogados” ao escárnio, que eram considerados como imprescindíveis para o servi, mas não para viver, aguçou contundentemente minha apetência pela discussão da saúde pública ofertada para minhas irmãs de Quilombo.

Como apontado ao longo desse trabalho a questão do preconceito racial no Brasil faz existir mitos na área da saúde, como por exemplo "os pensamentos de como pessoas negras são mais 'resistentes a dor' ou 'negro não adocece'. Esses mitos influenciam na forma de tratamento que a população negra recebe nas instituições de saúde, principalmente, no caso das mulheres, quando trata-se dos direitos sexuais e reprodutivos, (Oliveira e Kubiak, 2019), seja na esfera da educação em saúde, seja no momento específico da gestação, tanto do pré-natal ao parto, quanto quando estamos no puerpério e necessitamos de cuidado e atenção também da UBS, e somos violentadas física, psicológica e moralmente por profissionais que deveriam prestar acolhimento e ao invés disso cometem infrações ético-profissionais nutridas de racismo estrutural, conforme pude perceber durante o diálogo com a **Entrevistada 10**:

Eu acho pra mim uma falta de respeito com as pessoas porque você chega ali para consultar, não pra você ser atendida e a pessoa virar, pega faz sua ficha, você sai pra fora e a pessoa fica falando de você. Eu acho isso errado, porque várias vezes já aconteceu isso comigo lá,[na UBS Quilombola] quando eu fui para tirar os pontos do [parto cesariana] lá, eu fui pra sala da enfermeira[...] tirei os pontos. Eu mal saí da sala, ela já começou a falar de mim, que eu tava com mal cheiro. Eu simplesmente saí chateada. Eu só nunca falei isso pra ninguém! Eu

saí chateada, eu falei: oh se isso continua. Eu vou falar ei com a agente de saúde, se isso continuar, eu vou ter que ir lá na Secretaria de Saúde e denunciar a [...] porque ela fica falando mal dos pacientes dela, da onde já se viu isso? Falar mal dos pacientes, isso num pode não.

Torna-se evidente, que o atendimento na Unidade Básica de Saúde do Quilombo Mesquita, promovido pelo setor de enfermagem, está embebido pelo racismo estrutural, o que no caso supracitado consiste na violação dos direitos humanos, da mulher negra relata, em seu período puerperal. Acredito que tal violação ancore-se pelo senso de impunidade frente à tal prática de injúria racial contra a parturiente, mesmo sendo esta um crime inafiançável e imprescritível. Ou seja, a UBS em questão, leia-se o Estado, propolou a violência institucional e racismo contra as mulheres quilombolas, pois não promove educação antirracista em saúde, visando prevenir situações humilhantes às pacientes, tal qual o relato supramencionado.

Pensando a partir do objetivo geral desta pesquisa, que preza por analisar em que medida as demandas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas são atendidas nos serviços de saúde do quilombo Mesquita, penso que a UBS, no que se refere ao aspecto da saúde feminina, não atende as necessidades de saúde das mulheres em sua integralidade. Haja vista que apesar de ofertar serviços previstos no SUS, para atenção primária, desconsidera o disposto no Caderno de Atenção Básica nº 26 quando expressa que para garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres orchestra-se uma tríade entre a Gestão da UBS, os profissionais de saúde e a parturiente, no sentido de tornar a escuta às especificidades das mulheres, inclui-se aqui os DSS, uma prioridade e a principal ferramenta de trabalho (BRASIL, 2013).

Durante o desenrolar da pesquisa teórica entendi a importância de desvelar o racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), já que tal sistema de dominação e exploração dos corpos e da mente do povo negro, corrobora para naturalização e banalização da violência contra a comunidade negra, utilizando mecanismos de alienação, tais como: programas sensacionalista, educação pública operacional, responsabilização individualizada inter-racial e até uma representatividade alijada de pertencimento étnico-racial, a exemplo do ex-presidente da Fundação Palmares, Sérgio Camargo, que prestou um desserviço à toda a comunidade negra durante sua gestão.

Este aporte teórico, possibilitou-me observar durante as entrevistas realizadas que as mulheres não reconheciam como racistas as práticas de atendimentos desrespeitosos, ineficazes ou até mesmo insuficientes, inclusive, em situações violências

obstétricas, por acreditarem que o racismo são apenas as práticas diretivas de violência física, xingamentos ou inacessibilidade a espaços por causa cor da pele. Por isso, o descumprimento da eficiência, eficácia e efetividade na UBS do Mesquita, soava como apenas desinteresse do governo local, que enxergavam a população quilombola somente como um número na época da eleição e não que se tratava de racismo institucional, uma parte do pacto genocida contra a população negra, ainda maior na conjuntura capitalista.

Durante o transcurso deste estudo, foi possível perceber na revisão bibliográfica e documental os ataques à seguridade social, sobretudo ao SUS, que além das silenciosas contrarreformas na Política Nacional de Atenção Básica em 2017 e 2019 que reestruturou o modelo de atendimento e consecutivamente suprimiu a equipe multiprofissional de saúde que operacionalizava o serviço na UBS, inclusive tornando sem obrigatoriedade a presença dos Agentes Comunitário de Saúde -, foi ainda mais esfacelado com da EC/95 sobre o teto de gastos .

Tais estratégias da ultradireita recrudescer os impactos negativos na prestação do serviço de saúde prestados as camadas mais vulneráveis da sociedade presentes nos territórios longínquos, como é o caso das comunidades quilombolas.

Outrossim, importante destacar que durante as entrevistas percebi que as participantes faziam uma confusão entre as categorias planejamento familiar e pré-natal, entendendo que o primeiro era operacionalizado apenas no momento gravídico, do qual o pré-natal faz parte.

Neste sentido, preciso ponderar primeiramente a ineficácia da operacionalização do Programa Estratégia de Saúde da Família no Quilombo Mesquita, haja vista que apesar de contarmos com ACS, inclusive do sexo feminino, é inexistente ações de educação em saúde acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como não acontecem visitas ordinárias de outros membros da equipe do referido programa.

Destarte, pontuo que a educação em saúde é um braço encorpado da participação e do controle social em saúde, do qual os usuários são convidados a participar e diante das percepções e ideias discutidas nas Conferências pode-se fomentar a agenda pública e até quem sabe estabelecer convênios com Universidades para desenvolver tanto a formação profissional pautada na saúde coletiva e na cultura fitoterápica dos povos tradicionais, quanto à possibilidade de realização atendimentos destas populações nas Unidades de Formação Acadêmica.

Para concluir, a relação das pendências em saúde encontradas durante as entrevistas, com as quilombolas, reflito aqui sobre os DSS e trago a atenção sobre a ausência de empregabilidade. Observou-se que as participantes, em regra, possuem a escolaridade do ensino médio, no entanto, estão alijadas do mundo do trabalho formal e relegadas em regra a reprodução social do cuidado e vinculadas ao Sistema Único de Assistência Social. Este cenário deve-se além do acirramento da reestruturação produtiva, a ausência de efetivação das políticas públicas do cuidado como por exemplo a garantia de creche na comunidade, já que todas as 10 participantes, exercem a maternidade, e destas, duas são mães solas. Sendo a renda fator crucial pra prover necessidades básicas de subsistência, também influenciam qualidade de vida e condição de saúde delas e de seus descendentes.

Espera-se que este estudo contribua para novas discussões sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras quilombolas e que também contribua para que elas saiam da invisibilidade e sejam protagonistas dos seus direitos. Sabe-se que é importante a movimentação junto ao poder público para traçar estratégias conforme descrito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Que garantam o acesso integral e digno aos serviços de saúde podendo redirecionar as práticas em saúde de maneira que se tenha um viés mais humanizado e integrado, para tanto é fundamental uma abordagem intersetorial com as demais políticas públicas e sociais visando melhorias nas ações e nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Vinicius Gomes de. **Conflito territorial e ambiental no quilombo mesquita/cidade ocidental**: racismo ambiental na fronteira DF e Goiás. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. 154 f.

AITH, Fernando et al. **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica**. R. Dir. sanit. São Paulo, v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

AKOTIRENE, Carla. O que é Interseccionalidade? / Carla Akotirene. -- São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152p.

Almeida, Silvio Luiz de Racismo estrutural / Silvio Luiz de Almeida. -- São Paulo: Sueli Carneiro ; Pólen, 2019

ALVES, Crésio; FORTUNA, Cristina M. M.; TORALLES, Maria Betânia P. **A aplicação e o conceito de raça em saúde pública**: definições, controvérsias e sugestões para uniformizar sua utilização nas pesquisas Biomédicas e na prática clínica. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 75, n. 1, jan.-jun. 2005. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/355>>. Acessado em: 24 de setembro de 2021.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>>. Acessado em: 10 jun. 2022. p. 319-325.

AMORIM, Ana Maria Martins. **Multiculturalismo e etnicidade**: os quilombolas e a construção da cidadania no Brasil contemporâneo. *Revista Universitas Humanas*, Brasília, 8(1), 83-106. 2011. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/universitashumanas/article/view/1459>>. Acessado em: 13 jun. 2022.

AQUINO, Estela M L. **Gênero e saúde**: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 40, n. spe. p. 121-132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>>. Acessado em: 21 nov. 2021.

ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza et al. **Condições de Vida, Saúde e Morbidade de Comunidades Quilombolas do Semiárido Baiano**, BRASIL. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 43, n. 1, p. 226-246 jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2988/2618>>. Acessado em: 10 out. 2021.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos**: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2003, v. 19. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>>. Acessado dia 04 de julho de 2022.

BALDIN, N., & MUNHOZ, E. M. B. (2012). Educação Ambiental Comunitária: Uma Experiência com a Técnica de Pesquisa Snowball (Bola De Neve). *REMEA - Revista*

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil**: um balanço da atuação dos Poderes. Revista Ciência & Saúde Coletiva, pág.829-839, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso dia 19 de setembro de 2021.

BARATA, Rita Barradas. **O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?** In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, p. 11-21. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-02.pdf>>. Acessado em: 01 out.2021.

BARRIQUELLO, Carolina Andrade; CORREIO, Janaína Machado Sturza. **As conformações contemporâneas para a garantia do acesso ao direito fundamental à saúde**: dimensões preventiva e promocional. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2018, jan./mar, nº7, p.83-95. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/431/518>>. Acessado em: 29 de ago. 2021.

BARTH, Fredrik. **“A análise da cultura nas sociedades complexas”**. In: Tomke Lask (Org.). O guru, o iniciador e outras variações antropológicas. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2000.

_____. **Grupos étnicos e suas fronteiras**. São Paulo: Unesp, 1998.

BEHRING, Elaine Rossetti. **As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital**. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS, Brasília, 2009.

_____. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009.

BENTO, Luiz Carlos; SANTOS, Luana Dias dos. **“MISCIGENAÇÃO, ARIANISMO E NACIONALISMO”**. Fato & Versões-Revista de História, v. 11, n. 22, p. 112-125, 2019.

BOA SORTE, Elionara Teixeira. **Práticas preventivas para o câncer do colo uterino**: um estudo com mulheres quilombolas. / Elionara Teixeira Boa Sorte. – Salvador, 2015. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/23566>>. Acessado em: 18 de jun. 2022.

BORGES, Júlio César; SANTANA, Bruno Pereira de. **Quilombo Urbano Jardim Cascata**: direitos sociais e cidadania de uma população etnicamente diferenciada. Revista Acadêmica Educação e Cultura em Debate. V 3, N. 1, jan-jul. 2017. Disponível em: < <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISE/article/view/263>>.

Acessado em: 08 de out. 2020.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.> Acessado em: 20 de ago.2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26

_____. IBGE, **Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informações Demográfica e Socioeconômicas. Nº 41. 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acessado em 11 de mai. 2022.

_____. **Lei n. 8.080, de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.> Acessado em 17 ago. 2022.

_____. **Lei n. 8.142, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acessado em: 17 de ago. 2021.

_____. **Conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS**. Disponível em: < <https://www.unasus.gov.br/noticia/conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus>.> Acessado em: 26 mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Exame preventivo de câncer de colo uterino** (Papanicolau). 2011. Disponível em: < https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html#:~:text=Quem%20deve%20fazer%20e%20quando,exame%20deve%20ser%20feito%20anualmente> Acessado em: 19 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013**: Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acessado em: 09 jul.2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf> Acessado em: 10 mai. 2022.

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

_____. Assistência Pré-natal: **Manual técnico/equipe de elaboração**: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p. colocar por ordem anual

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: SEPPPIR, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acessado em :10 de out. 2021.

_____. Lei 10.639 de 9 de janeiro de 2003. D.O.U. de 10 de janeiro de 2003. Dispõe sobre obrigatoriedade do Ensino da temática "História e Cultura Afro-Brasileira" nas escolas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.639.htm#:~:text=LEI%20No%2010.639%2C%20DE%209%20DE%20JANEIRO%20DE%202003.&text=Alter%20a%20Lei%20no,%22%2C%20e%20d%20C3%A1%20outras%20provid%20C3%A1ncias>. Acessado em: 10 de set. 2021.

_____. NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acessado em: 15 de agos. 2022.

_____. Temático Promoção da Saúde IV- Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf. Acessado em: 15 de agos. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. **Política de Saúde no Brasil**. Coletânea Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
Disponível em: <<https://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf>>. Acessado em: 10 de ago. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI Filho, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 17, n. 1, p. 77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Acessado 20 Nov. 2021.

CABRAL, Francisco; DÍAZ, Margarita. **Relações de gênero**. Secretaria Municipal De Educação De Belo Horizonte; Fundação Odebrecht. Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar. Belo Horizonte: Gráfica e Editora Rona Ltda, p. 142-150, 1998.

CALHEIROS, Felipe Peres; STADTLER, Hulda Helena Coraciara. **Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras**. Revista Katálysis [online]. 2010, v. 13, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100016>>. Acessado 27 nov. 2021.

CAMPOS, Margarida Cássia; GALLINARI, Tainara Sussai. **A Educação escolar quilombola e as escolas quilombolas no Brasil**. REVISTA NERA – ANO 20, Nº. 35 – JANEIRO/ABRIL DE 2017 – ISSN: 1806-6755. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/viewFile/4894/3688>>. Acessado em 16 jun. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, v. 49, p. 49-58, 2003.

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6.

CARVALHO, Fabiana Ferreira dos Santos. **Cultura e tradições dos remanescentes do Quilombo Mesquita e o projeto político pedagógico da Escola Municipal Aleixo Pereira Braga I**. 2015. 62 f, il. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Educação em e para os Direitos Humanos no Contexto da Diversidade Cultural)-- Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CARVALHO, Layla Daniele Pedreira de. **A concretização das desigualdades: Disparidades de raça e gênero no acesso a bens e na exclusão digital**. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes ... [et al.].- Brasília : Ipea, 2013. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/campanha_violencia_mulher/dossie_mulheres_negras.pdf#page=55> .Acessado no dia 11 de fev. 2021.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto** / John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.: il. ; 23cm. ISBN 978-85-363-0892-0.

COSTA, Eliane Silvia; Scarcelli, Ianni Regia. **Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo**. Psicologia USP. 2016 I volume 27 I número 2 I 357-366. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/Qx3cgLBtQrY8j3snQP8bn3J/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: 15 nov. 2021.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto da. **Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios**. In Batista LE, Werneck J, Lopes F. organizadores. Saúde da População Negra. 2 ed. Ver e ampl., 1. Reimpr. Brasília: ABPN, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A construção do Direito à Saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, p. 09-34, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>>. Acessado em: 29 ago. 2021.

DAVIS, Ângela. **Mulheres, Raça e Classe**/ Angela Davis; tradução Heci Regina Candi. - 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

_____. **O direito à saúde**. Revista Saúde Pública, São Paulo, 22, 1988. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcJyBfG3xDbyfN/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 10 de out. 2022.

DE PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno et al. **Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde**. Revista de APS, v. 22, n. 1, 2019.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 26. ed. — Petrópolis, RJ : Vozes, 2007. ISBN 978-85-326-1145-1.

DIEESE. **Desigualdade entre negros e não negros se aprofunda durante a pandemia**. 2021. São Paulo, novembro 2021. Boletim Especial. Disponível em: <<https://cdn.brasildefato.com.br/documents/9eaca8135b9fdbd4382de5176a4d8c07.pdf>>. Acessado em: 18 de jun. 2022.

DOS SANTOS, Carmem Regina Gardin et al. **MULHERES NEGRAS: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**. In: XXIV Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão: Ciência e Tecnologia para transformação social. 2019, Cruz Alta-RS. Trabalho apresentado (Anais). Disponível em: https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2019/XXIV%20SEMINARIO%20INTERINSTITUCIONAL/Mostra%20de%20Iniciacao%20Cientifica/Ciencias%20Sociais%20e%20Humanidades/TRABALHO%20COMPLETO/MULHERES%20NEGRAS%20DIREITOS%20SEXUAIS%20E%20REPRODUTIVOS_8837.pdf. Acessado em: 23 mai. 2021.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. **Desafios da participação social nos conselhos de saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SCjwttvQ6XDCmJKn7nvMfwB/?lang=pt&format=pdf>>. Acessado em: 15 de set. 2021.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência social** – 12. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 2. Ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

FERNANDES, Eliomara Teixeira Boa Sorte et al. **Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados**. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4): e20190786. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/LPFwY3ptnfzQwvPzxT7ND7R/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 13 mai.2022.

_____. Condições de vida de mulheres quilombolas e o alcance da autonomia reprodutiva. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/QpQTgWNqMC99rrfpc9YNB7f/?lang=pt&format=pdf>>. Acessado em: 26 mai. 2022.

FERREIRA, Rebeca Campos. **Etnicidade e políticas da identidade: notas sobre o caso dos remanescentes de quilombos no Brasil**. Cuestiones de Población y Sociedad, vol. 2, n. 2, p. 10-29, 2013.

FILHO, Antenor Amâncio. **Dilemas e desafios da formação profissional em saúde**. interface - Comunic, Saúde, Educ, v8, n15, p.375-80, mar/ago 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/ctDyP3jfgtTWyCbDRvQsvXq/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 24 set. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2008, v. 24, n. 1 p. 17-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>. Acessado em: 6 Jul. 2022.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social**. In: Giovanella L, et al.(orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

FREITAS, Daniel Antunes et al. **Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura**. Rev. CEFAC. 2011 Set-Out; 13:937-943. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em: 12 de out. 2021.

_____. **Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Positivo/Downloads/444-621-1-PB.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2020.

GALLI, Beatriz; ROCHA, Helena. Direitos sexuais e reprodutivos, autonomia reprodutiva, política e (des) respeito ao Princípio da laicidade. Relatoria do Direito Humano à saúde sexual e reprodutiva. Plataforma de Direitos Humanos, 2014.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO, Araújo Maristela. **Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão**. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 4 p. 1173-1182. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>>. Acessado em 7 Jul. 2022.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. **O Sistema Único de Saúde como desdobramentos das políticas de saúde do século XX**. Revista Brasileira de Ciências Sociais - Vol. 21 Nº. 61. RBCS Vol. 21 nº. 61. junho/2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/Tm8WwTSQRHCtZMxpQHM6psj/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em:24 set.2021.

GOIÁS. **Lei nº 21.070 de 9 de agosto de 2021**. Cria o Programa Mães do Goiás. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/go/lei-ordinaria-n-21070-2021-goias-cria-o-programa-maes-de-goias-e-da-outras-providencias>>. Acessado em: 12 out. 2021.

GOMES, Karine de Oliveira et al. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set, 2013. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n9/18291842/pt>>. Acessado em: 10 dez. 2020.

GOMES, Wanessa da Silva; GURGEL, Idê Gomes Dantas; FERNANDES, Saulo Luders. **Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.30, n.3, e190624, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2021.v30n3/e190624/pt>>. Acessado em 14 out. 2021.

GROSSI, Patricia Krieger et al. **Mulheres Quilombolas e Políticas Públicas: uma análise sobre o racismo institucional**. Revista Diversidade e Educação, v. 7. P. 121-132, 2019. Disponível em:< <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/9522>>. Acessado em: 15 fev.2022.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Raça, cor, cor da pele e etnia**. Cadernos de campo, São Paulo, n. 20, p. 1-360, 2011. Disponível em: < https://www.academia.edu/37526113/Ra%C3%A7a_cor_cor_da_pele_e_etnia >. Acessado em: 24 de set. 2021.

_____. (1999a). **Raça e os estudos de relações raciais no Brasil**. São Paulo, Novos Estudos CEBRAP, 54, 147-156. Disponível em: < <https://www.pragmatismopolitico.com.br/wp-content/uploads/2018/11/GUIMARAES-Ra%C3%A7a-e-os-estudos-de-rela%C3%A7%C3%B5es-raciais-no-Brasil.pdf>>. Acessado no dia 15 de março de 2022.

GUIMARÃES, Simone de Jesus. **Serviço social, questão social e globalização: aportes para o debate**. JOINPP. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto 2005. Disponível em:< http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Simone_de_Jesus_Guimar%C3%A3es.pdf>. Acessado em: 18 jun. 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas** • Informação Demográfica e Socioeconômica • n.41. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acessado em 18 de jun. 2022.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **“Retrato das desigualdades de gênero e raça, ” Curadoria Enap.** Disponível em: <<https://exposicao.enap.gov.br/items/show/27>>. Acessado em: 18 de jun. 2022.

JACCOUD, Luciana. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In.: As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição / Mário Theodoro (org.), Luciana Jaccoud, Rafael Osório, Sergei Soares. – Brasília: Ipea, 2008. 176 p. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1107_1899_livrodesigualdadesraciais.pdf. Acesso em: 01 de ago. de 2022.

LEITE, Ilka Boaventura. **Os Quilombos no Brasil:** questões conceituais e normativas. Etnográfica, Vol. IV (2), 2000, pp. 333-354. Disponível em: <http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354.pdf>. Acessado em: 20 de nov 2021.

_____. **O Projeto Político Quilombola:** Desafios, Conquistas e Impasses Atuais. Estudos Feministas, Florianópolis, 16(3): 424, setembro-dezembro/2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/PkRZPC6gWHRkLMMKkPxCvyd/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20palavra%20E2%80%9Cquilombo%20que,%20C3%A0s%20suas%20rea%C3%A7%C3%B5es%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20e>>. Acessado em: 20 nov. 2021.

LOPES, Fernanda e WERNECK, Jurema. Saúde da População Negra: Da conceituação às políticas públicas de direito. Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequencia=1&isAllowed=y>>. Acessado em: 28 de nov. 2021.

LISBOA, Edgar Andrade et al. **Conselhos Locais de Saúde:** Caminhos e (Des)Caminhos da Participação Social. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 679-698, set./dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/MFKDT56VRcc4xZ6Cv7hpGzS/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 24 set. 2021.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação.** Uma perspectiva pós estruturalista. Petrópolis, RJ, Vozes, 1997. Disponível em: <<https://www.ufpb.br/escolasplurais/contents/noticias/e-books/secao-1-10-32-de-de-finibus-bonorum-et-malorum-escrita-por-cicero-em-45-ac>>. Acessado em: 21 set. 2021.

MACHADO, Lia Zanotta. **Perspectivas em confronto:** relações de gênero ou patriarcado contemporâneo? Série Antropológica, n. 284, Brasília, 2000, 20 pag.

MALCHER, Maria Albenize Farias. Identidade quilombola e território. *Comunicações do III Fórum Mundial de Teologia e Libertação*. Belém, 2009. pp. 1-23.

_____. (2006). **A Geografia da Territorialidade Quilombola na Microrregião de Tomé-açu**: o caso da ARQUINEC – Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombos Nova Esperança de Concórdia do Pará. Belém: CEFET. (Trabalho de Conclusão de Curso),

MATTOS, Rubem Araujo. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. *Comunicação saúde educação* v.13, supl.1, p.771-80, 2009. Disponível em:< <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/771-780/pt> >. Acessado em 20 de ago. 2021.

MENDES, Dulce Santoro; CAVAS, Claudio São Thiago. **Benedeiras e benzedeiros quilombolas – construindo identidades culturais**. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, MS, v. 19, n. 1, p. 3-14, jan./mar. 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/inter/a/DzBLbtsXYmTr5qZ3YGvTCGr/?lang=pt&format=pdf#:~:text=As%20benzedeiros%20e%20os%20benzedeiros,de%20tratamento%20pela%20medicina%20dogmazada>>. Acessado em: 14 de mai. 2022.

NERES, Manoel Barbosa. **Quilombo Mesquita: história, cultura e resistência**. Brasília, DF: Gráfica Conquista, 2016.

NETA, Aurelina Marinho Rodrigues. "Mulher negra quilombola do Vão de Almas: ancestralidade e resistência." (2021).

NORONHA, José Carlos; SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001 6(2):445-450. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2001.v6n2/445-450/pt>>. Acessado em: 17 ago. 2021.

OKA, Mateus; LAURENNTI, Carolina. **Entre sexo e gênero**: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 1, p. 238-251. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170524>>. Acessado em: 21 nov 2021.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra**: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 122, pp. 939-948. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>>. Acessado em: 18 nov. 2021

OLIVEIRA, Stéphanie Ketlin Mendes et al. **Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais**, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 9, pp. 2879-2890. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>>. Acessado em: 29 nov. 2021.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acessado em 29 de ago. 2021.

OSORIO, Rafael Guerreiro. **A Desigualdade Racial no Brasil nas Três Últimas Décadas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990.

PAIVA, Fernando Santana de; STRALEN, Cornelis Johannes Van; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Participação social e saúde no Brasil**: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):487-498, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00487.pdf>>. Acessado em: 23 ago. 2021.

PEREIRA, Laryssa de Fátima Pereira. Percepção de mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal. 2019.56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019. Disponível em <<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6314>>. Acessada em:25 jun. 2021.

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. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23866/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O%20CHIRLENE%20OLIVEIRA.pdf>>. Acessado em: 06 jun.2022.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará**. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 2, p. 203-219, maio/ago. 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4755/475568055010/html/#:~:text=Os%20resultados%20apontaram%20que%20tanto,e%20amplia%20C3%A7%20C3%A3o%20de%20visitas%20domiciliares.>>. Acesso em 10 de dezembro de 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social**: Temas & Questões. 3ª ed- São Paulo: Cortez, 2011.

PIOVESAN, Flávia; VIEIRA, Renato Stanziola. **A força normativa dos princípios constitucionais fundamentais**: A dignidade da pessoa humana. In: PIOVESAN, Flávia. *Temas de direitos humanos- 4*. Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

REIS, Maria Conceição; SLVA, Joel Severino & ALMEIDA, Gabriel Swabili Sales (2020). **Afrocentricidade e pensamento decolonial**: perspectivas epistemológicas para pesquisas sobre relações étnico-raciais. *Revista Teias*, 21(62), 131-143. <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/49419>>. Acessado em: 29 de nov. 2021.

ROCHA, Roseli. **Racismo**. Série Assistente Social no combate ao preconceito. Caderno nº3, Brasília (DF), 2016. CFESS (Conselho Federal de Serviço Social).

RODRIGUES, Joyce Maria. **Políticas Públicas de desenvolvimento territorial para populações quilombolas**: algumas considerações. *Cadernos Ceru* v. 25, n. 2, 2015.

RODRIGUÊS, Thaís Ferreira. **Desigualdades de Gênero e Saúde**. Avaliação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. *REVISTA CANTAREIRA - EDIÇÃO 22 /*

JAN-JUL, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794/16201>>. Acessado em: 01 out. 2021.

ROMÃO, Tito Lívio Cruz. **Sincretismo Religioso como Estratégia de Sobrevivência Transnacional e Translacional**: Divindades Africanas e Santos Católicos em Tradução. *Trabalhos em Linguística Aplicada* [online]. 2018, v. 57, n. 1, p. 353-381. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/010318138651758358681> Acessado em: 11 dez.2021.

ROSADO, Iana Vasconcelos Moreira; FREITAS, Gleidiane Almeida de. **As contradições do direito a saúde no capitalismo**: apontamentos da realidade brasileira. *SER Social. Desigualdade, mundialização e políticas sociais contemporâneas*. Brasília, v. 22. N. 47, julho a dezembro de 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428/26532>. Acessado em 21 set. 2021.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella et al. **Determinantes sociais de saúde**: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 31, p. 92-99, 2010.

SANTOS, Joel Rufino dos. **O que é racismo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984. 83p.

SILVA, André Ricardo Fonsêca da: Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas: uma luta em construção; in: *Revista de Ciências Sociais*, nº 48, p. 115-128, 2018.

SILVA, Cleidiane Cassimiro et al. **Análise do Pré-Natal ofertado às Mulheres Quilombolas no Norte do Tocantins**. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 3, p. 31560-31579, 2021.

SILVA, Giselda Shirleu da; SILVA, Vandeir José da. **Quilombos Brasileiros**: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Revista Mosaico*, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/4120>>. Acessado em: 30 de nov. 2020.

SILVA, Simone Rezende da. **Quilombos no Brasil**: a memória como forma de reinvenção da identidade e territorialidade negra. In.: *Conflito, territorialidade e desenvolvimento: algumas reflexões sobre o campo amapaense*. / Roni Mayer Lomba... [et. al.] (organizadores) – Dourados, MS: Ed. UFGD, 2014. 144p.

SPOSATI, Aldaíza. & LOBO, Elza. **Controle Social e Política de Saúde**. *Cad. Saúde Pub.*, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/dez, 1992. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Bb5DPw9NRmQY3kVBwqLpgsn/?lang=pt&format=pdf>>. Acessado em: 14 de set. 2021

_____. **A profissionalização do agente institucional gestor de política social como política de direitos de cidadania**: o caso da gestão da assistência social na cidade de São Paulo. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em:

<http://bresserpereira.org.br/documents/mare/rh/sposati_rh.pdf> Acessado em: 10 ago. 2021.

SPYER DULCI, T. M., & Rocha Malheiros, M. (2021). **Um Giro Decolonial à Metodologia Científica:** Apontamentos Epistemológicos para Metodologias desde e para a América Latina. *Revista spirales*, 174–193. Disponível em: <https://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/article/view/2958>>. Acessado em: 10 mar. 2021.

TRECCANI, Girolamo. **Terras de Quilombo:** caminhos e entraves do processo de titulação. Belém: Programa Raízes, 2006.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. **Proteção Social em saúde:** um balanço dos 20 anos do SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/TpKqYssp5YLq7fdf37dyBGd/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 14 de set. 2021.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Políticas Sociais e Direitos Sociais no Brasil.** Comunicação & Educação, São Paulo, 13 a 17, maio/ago. n. 9 (1997): Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001105948>>. Acessado em: 18 de ago. 2021.

WATANABE Falchetti, Y; Carlos Cavaleiro, J. (2021). A Transformação dos Direitos Sociais em Mercadoria: **A Universalidade do Direito à Saúde em um Cenário de Austeridade Fiscal no Brasil.** *Revista Pluri Discente*, 1(3). Disponível em: <<https://pluridiscente.cruzeirodosulvirtual.com.br/index.php/pluridiscente/article/view/95>>. Acessado em: 14 de set. 2021.

LOPES, Fernanda e WERNECK, Jurema. Saúde da População Negra: Da conceituação às políticas públicas de direito. **Mulheres negras:** um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acessado em: 28 de nov. 2021.

_____. **Racismo institucional e saúde da população.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 14 de fevereiro de 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA

Mulheres quilombolas usuárias dos serviços de saúde da comunidade de Mesquita

I. Perfil socioeconômico das entrevistadas

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Qual a sua Cor/raça?
- 4) Qual seu estado civil? Solteira; Casada; / mora com um(a) companheiro(a); Separada / divorciada / desquitada/ Viúva.
- 5) Quantas pessoas mora na sua casa?
- 6) Tempo que reside na comunidade
- 7) Qual a sua escolaridade?
- 8) Você trabalha? Qual atividade desenvolve? (Com carteira, sem carteira, autônomo, conta própria etc)
- 9) Recebe algum auxílio? Qual?
Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar?
- 10) Possui plano de saúde privado?

II. Saúde sexual e reprodutiva/Utilização serviços de saúde da comunidade

- 11) Já fez algum exame preventivo relacionado a saúde sexual e reprodutiva?
- 12) Já usou os serviços da UBS para fazer exame preventivo?
- 13) Como são ofertados os serviços de saúde em relação a saúde sexual e reprodutiva para as mulheres quilombolas?

- 14) Você utiliza ou já utilizou algum método contraceptivo (para evitar gravidez?). Qual(is)? (pílula, DIU, injeção, camisinha, tabelinha, coito interrompido, pílula do dia seguinte etc)
- 15) Alguma vez você procurou o SUS para obter o método contraceptivo? Conseguiu? Caso não, por que/ Como tem acesso ao método contraceptivo utilizado?
- 16) Em qual intervalo ia ao ginecologista antes do pré-natal?
- 17) Já participou de alguma atividade, debate ou roda de conversa em que a discussão fosse reprodução ou conhecimento do corpo feminino? Onde? Como foi a experiência? Acredita que te ajudou? De que forma?
- 18) (tem filhos vivos): Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho, e pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, que número seria este?
- 19) Grávida pela primeira vez/não tem filhos: Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos teria?
Quantos filhos você tem? Quantas vezes você já ficou grávida, mesmo que a gravidez não tenha chegado até o fim?
- 20) Você sabe definir para que serve o planejamento familiar?
- 21) Você já fez acompanhamento de planejamento familiar? Se sim, onde? Você conseguiu ter acesso fácil a esse serviço?
- 22) Quando estava grávida, onde realizou o pré-natal?
- 23) Durante esta gravidez alguma vez?
- Você fez algum exame de sangue? Sim, Não sabe
 - Você fez algum exame de urina?
 - Você foi pesada? –
 - Sua altura foi medida?
 - Mediram sua pressão arterial?
 - neste pré-natal foi realizado teste para sífilis e hepatite B?
 - Neste pré-natal foi feita oferta de teste para HIV/AIDS e toxoplasmose?
 - Durante esta (última) gravidez você tomou alguma injeção para prevenir o bebê contra tétano (mal dos 7 dias)?
 - Durante esta gravidez algum profissional de saúde receitou Ferro e/ou Acido Fólico para prevenção ou tratamento de anemia?
 - Poderia contar como ocorreu, nas suas gestações, a assistência durante a gestação, parto e puerpério? Como você avalia essa assistência? Avalia que algo poderia ser diferente? O que?

III. Utilização dos serviços de saúde

- 24) Você como residente na comunidade busca atendimento na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde? Se não, por que?
Se sim, quais são os serviços que geralmente procura no Posto?
- 25) Em que situações você acha que tem que procurar o Posto de Saúde?
- 26) Como você avalia/O que você acha do atendimento/os serviços de saúde na comunidade?
- 27) Quando é consultada, passam exame? Conseguem fazer? Pago ou no público?

Como é tratada quando procura o Posto? Acha que é trata de forma diferente por ser quilombola? Caso sim, como? Por que acha que isso ocorre?

28) Já foi vítima de preconceito no atendimento do Posto de Saúde (UBS)?

29) Já presenciou alguma situação de preconceito/racismo no Posto de saúde (UBS)?

30) Você acha que existe alguma dificuldade no atendimento realizado no Posto de Saúde (UBS)?

31) Você procura mais o hospital ou o Posto? Por que?

32) Na sua comunidade tem alguém que benze ou faz medicamentos caseiros? Você já utilizou? Geralmente, em quais situações utiliza medicamentos e benzeção?

34) Quando tem algo mais grave procura qual hospital? O que acha do atendimento neste hospital? Por que?

IV. Caracterização Identidade Quilombola

35) Quando se tornaram uma comunidade quilombola? Por que são quilombolas?

36) Sabe a história da comunidade?

37) Se considera quilombola? Por que?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres do Quilombo Mesquita: entre perspectiva e direitos”, de responsabilidade da mestranda Dalila Maria de Fátima Lisbôa, orientanda da Prof.^a Dr.^a Lucélia Luiz Pereira, por meio do Programa de Pós-graduação de Política Social da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é analisar a utilização pelas mulheres quilombolas de Mesquita dos serviços de saúde sexual e reprodutiva ofertados no quilombo. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação, ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturadas. Para a realização das entrevistas serão adotadas as medidas sanitárias para evitar a disseminação do Covid-19. Porém é importante salientar que a comunidade foi toda imunizada com as

duas doses da vacina nos meses de abril e maio de 2021, tendo em vista ser grupo prioritário no Plano Nacional de Imunização.

A participação na pesquisa implica em alguns riscos devido ao contexto de pandemia que está sendo vivenciado, porém como foi citado acima serão tomadas todas as medidas de proteção para minimizar os riscos de contaminação.

A entrevista será gravada apenas a voz, por meio de gravador, pelos motivos seguintes: para que a pesquisadora não precise realizar anotações durante a entrevista de modo a interromper e comprometer a fala da participante; para que consiga resgatar em momento posterior com fidedignidade todos os dados que forem coletados e isso possa possibilitar a análise e resultado final por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O convite será feito para as mulheres residentes no Quilombo, maiores de 18 anos, que tenham disponibilidade para participar e que também concordam com a pesquisa.

Será garantido à participante o direito ao acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas para conhecimento. Será explicado do que se trata a pesquisa e após isso o participante tomará a decisão em participar e também esclarecer as dúvidas.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o maior acesso e utilização das mulheres quilombolas do Quilombo Mesquita aos serviços de garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. É importante garantir o acesso universal a Política de Saúde, pois essas mulheres muitas das vezes têm seus direitos negados.

A pesquisadora garante o sigilo e a confidencialidade da pesquisa bem como o armazenamento adequado das informações coletadas uma vez que envolve questões pessoais das participantes.

Sendo concluída a coleta de dados, esta pesquisadora apagará todo o conteúdo gravado e o mesmo cuidado será utilizado com os registros de consentimento livre e

esclarecido. Esse termo será guarda em local seguro até a defesa da dissertação de mestrado, após esse período ele será destruído.

A pesquisadora garante que os resultados do estudo serão devolvidos às participantes por meio de relatório final e dissertação de mestrado e também irá buscar junto ao poder público do município formas de garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras quilombolas, podendo também ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 996656897 ou pelo e-mail dalilamesquita08@email.com.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais o(CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você. É importante que o participante desta pesquisa guarde a cópia deste documento.

Pesquisadora: Dalila Maria de Sotima Lisboa