

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES QUILOMBOLAS COM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E ASSISTÊNCIA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL*

Chirlene de Oliveira de Jesus Pereira**
Sílvia Lúcia Ferreira***

Resumo

Este estudo consiste em analisar as experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e à assistência recebida por elas no período gravídico-puerperal, numa comunidade rural localizada no recôncavo baiano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com entrevista semiestruturada, baseada na análise de conteúdo fundamentado na perspectiva de Bardin. A pesquisa foi realizada com dezoito mulheres entre 18 e 49 anos. Os resultados revelam o acesso precário e o desconhecimento sobre planejamento reprodutivo pelas mulheres quilombolas, assim como o desconhecimento e dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, dificuldades para a realização do parto e assistência pós-parto. Desta forma, a história do planejamento reprodutivo das mulheres quilombolas mostra como vivenciaram suas experiências reprodutivas, submetidas às condições desfavoráveis, como gravidez não planejada e acesso restrito aos serviços de Atenção Básica à saúde, assim como, o acesso precarizado aos serviços de saúde no período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Mulheres quilombolas. Experiências. Planejamento reprodutivo. Período gravídico-puerperal.

Abstract

This study consists in analyzing the experiences of quilombola women with reproductive planning and the assistance received by them during the pregnancy-puerperal period, in a rural community located in the area of recôncavo, Bahia. It is a qualitative research with a semi-structured interview, with content analysis based on Bardin's perspective. The research was carried out with eighteen women between 18 and 49 years. The results reveal precarious access and lack of knowledge about reproductive planning by quilombola women, as well as lack of knowledge and access difficulties for prenatal follow-up, difficulties for delivery and postpartum care. Thus, the history of the reproductive planning of quilombola women shows how they experienced their reproductive experiences, subjected to unfavorable conditions such as unplanned pregnancy and restricted access to basic health care services, as since the precarious access to health services during the pregnancy-puerperal.

Keywords: Quilombola women. Experiences. Reproductive planning. Pregnancy-puerperal period.

* A análise aqui desenvolvida trata-se de parte dos resultados da pesquisa de mestrado intitulada: "Acesso e utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva", no Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo da Universidade Federal da Bahia.

** Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestra e doutoranda em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo.

*** Professora Titular de Enfermagem da UFBA, com Graduação em Enfermagem e Obstetricia pela Universidade Federal da Bahia (1976), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983) e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1994), com Pós-Doutorado na Universidad Autónoma de Barcelona (2001).

Introdução

O planejamento reprodutivo faz parte do rol de programas que compõem a atenção básica em saúde, no contexto da política de saúde das mulheres. Ao analisar de modo particular a realidade das mulheres negras identifica-se que estas estão expostas a diferentes riscos que comprometem sua saúde reprodutiva, privando-as de exercer a sua autonomia. Como afirma Souza e Alvarenga (2007) uma concepção fundamental, para o exercício dos direitos, tanto o sexual como o reprodutivo, é a autonomia, que requer o exercício da liberdade. Assim, “a saúde reprodutiva relaciona-se ao usufruto da liberdade intrínseca aos direitos sexuais e reprodutivos” (SOUZAS e ALVARENGA, 2007, p. 125).

A saúde reprodutiva das mulheres negras quilombolas deve ocupar um lugar central nas políticas de saúde para que estas sejam assistidas de forma universal, integral, equânime e equitativa como propõe o Sistema Único de Saúde, pois “a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna as mulheres mais vulneráveis à morte ou suscetível a danos durante o parto, a uma gravidez não desejada ou a doenças sexualmente transmissíveis” (CFEMEA, 2009, p. 50).

A Atenção Básica pela sua relevância deve compreender a saúde reprodutiva das mulheres quilombolas em sua singularidade e sua inserção sociocultural, buscando alcançar a atenção integral em saúde. Assim, deve propor e desenvolver ações de cuidados e acompanhamento regulares a todo planejamento reprodutivo que inclui o período gravídico-puerperal.

O Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010 afirma a desigualdade na atenção a saúde reprodutiva de mulheres negras no que concerne à utilização de métodos contraceptivos e ao planejamento familiar. Mulheres negras e brancas entre 15 e 49 anos apresentaram um percentual diferenciado de informações sobre o tema. O índice das mulheres brancas que leram ou ouviram falar sobre como evitar gravidez foi de 88,0%, e pretas e pardas, 85,9%. O relatório chama atenção, destacando que “apesar das assimetrias não terem sido muito pronunciadas, em todas as faixas de idade selecionadas o percentual de pretas e pardas que não ouviram ou leram sobre como

evitar gravidez apresentou-se superior ao ocorrido entre as brancas” (Relatório Anual das Desigualdades 2009-2010, p. 86).

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

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

As mulheres têm dificuldades de acesso ao planejamento reprodutivo assim como, no período que compreende a gravidez, o parto e pós-parto, como serão mostradas nos resultados que serão apresentados.

Metodologia

A pesquisa foi realizada em março de 2016, na comunidade quilombola de Porto da Pedra localizada no recôncavo baiano no município de Maragogipe – Ba.

Considerando a importância da pesquisa social e sua dimensão investigativa para análise da realidade social foi adotado neste estudo a pesquisa qualitativa de natureza exploratória-descritiva. A coleta de dados foi realizada com roteiro de entrevista semiestruturado e formulário sociodemográfico aplicado a 18 mulheres quilombolas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos

que se autodeclararam pretas/pardas; com experiência reprodutiva, que utilizaram serviços da rede básica de saúde. Todas são moradoras da comunidade quilombola de Porto da Pedra, autodeclaradas negras. A maioria convive em união estável (quinze), tem renda familiar entre meio e um salário mínimo. Todas são marisqueiras; possuem residência própria, de taipa revestida/taipa e alvenaria. O nível de escolaridade é relativamente baixo com maior percentual para o ensino fundamental incompleto. com exceção de uma, todas as mulheres entrevistadas são beneficiárias de programa social,

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

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

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

A aproximação com o campo da pesquisa ocorreu em dois momentos: através do desenvolvimento de oficinas, pois embora sendo eu moradora da comunidade e conhecendo as mulheres que seriam entrevistadas conversei com algumas e, após ouvi-las,

percebi a necessidade de realizar oficinas que discutissem sobre direitos sociais e cuidados preventivos de saúde. Assim, foram montadas duas oficinas com o objetivo de discutir conceitos e a construção de direitos sociais a partir das experiências das mulheres e cuidados preventivos à saúde reprodutiva e a adoção de comportamentos preventivos em corresponsabilidade com o serviço de saúde.

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

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

Resultados e discussão

Experiências com planejamento reprodutivo

O acesso ao planejamento reprodutivo¹ se constitui dentro do sistema de saúde como um direito básico fundamental para que as mulheres possam desfrutar de uma vida reprodutiva saudável com autonomia e liberdade. Contudo, esse direito tem se restringido há alguns grupos sociais, revelando uma desigualdade quanto a raça/cor/etnia, como o das mulheres quilombolas. A história do planejamento reprodutivo das mulheres² entrevistadas revela que estas não receberam nenhum tipo de orientação por parte das

¹ Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente (BRASIL, 2013, p. 58).

² Exclui-se deste estudo, a vida sexual destas mulheres por entender que este tema, embora importante e pertinente não faz parte do objeto estudado.

mães ou dos pais bem como dos serviços de saúde a respeito do planejamento da gravidez.

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

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

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

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

A falta de informações e orientações sobre os métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso ao uso sistemático contribuíram também para inúmeras gravidezes não planejadas e para a escolha da laqueadura ainda muitos jovens. Esta realidade, comum às entrevistadas contrapõe-se à efetivação dos Direitos Reprodutivos, que propõe assegurar “direitos relativos à autonomia e autodeterminação das funções

reprodutivas, que correspondem às liberdades e aos direitos individuais reconhecidos nos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na lei constitucional brasileira” (VENTURA, 2009, p.19).

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

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

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

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

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

A relação sexual desprotegida e o desconhecimento sobre planejamento reprodutivo é revelado nas falas quando a maioria (16 mulheres) teve gravidez não

planejada. Apenas duas relataram ter alguma ideia sobre planejamento reprodutivo como também o acompanhamento pelo programa de planejamento. Estes resultados diferem do que aponta o Relatório das Desigualdades 2009-2010, no que diz respeito à informação sobre gravidez não planejada quanto ao quesito raça/cor, que 21,4% das brancas e 23,3% das pretas e pardas, entre 15 e 49 anos de idade, responderam positivamente a esta pergunta.

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

Embora afirmem que desconhecem o que é o planejamento reprodutivo, algumas fazem o planejamento por conta própria, expressando-se através da automedicação na escolha dos métodos anticoncepcionais ou mesmo na procura para fazer exames ginecológicos. Identifica-se o uso desses métodos sem nenhuma orientação de profissional de saúde, em alguns casos orientados por vizinhas, amigas e familiares. Além disso, identificamos mulheres que tinham ou tem vida sexualmente ativas que não fazem uso de método contraceptivo. A compreensão consolidada que se tem no plano internacional é que o planejamento familiar³ e o livre acesso aos métodos contraceptivos, para o controle da fertilidade, devem fazer parte de uma política de promoção da liberdade de escolha individual, com fundamento no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana (VENTURA, 2009, p. 87).

A injeção eu passei a tomar por conta própria mesmo, minhas irmãs já tomava eu achei melhor também tomar. Eu tive duas gravidez

por acidente não quero ter outra de novo, Deus me livre. Então eu acho importante ter esse planejamento e é dessa forma que faço meu planejamento, só vou no posto na época de pedir exame[...] (MARIA Q, 27 anos).

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

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

Nenhum dos meus maridos se importava pra se prevenir, e como a responsabilidade sempre fica pra gente mulher você sabe como é né. E como eu relaxava só vinha mais filho. Não que eu me arrependa de ter tido os meus filhos, viu, mas se eu tivesse me cuidado não teria tanto filho (MARIA I, 48 anos).

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

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

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

A responsabilidade e os riscos das práticas contraceptivas, em sua maioria, são atribuídos às mulheres, isentando o homem desta responsabilidade (PARCERO, 2012). Essa responsabilidade da mulher pela contracepção pode ser visivelmente “percebida pela predominância de métodos contraceptivos de uso feminino, que, por um lado, permitem uma maior independência da mulher no que diz respeito a sua vida sexual e reprodutiva e, por outro lado, prescindem da participação masculina” (PARCERO, 2012, p. 26/27).

³ O termo planejamento familiar será utilizado nesta pesquisa como sinônimo de planejamento reprodutivo uma vez que esta denominação ainda é utilizada pelas mulheres e serviços de atenção básica.

A construção sociocultural do gênero impõe à mulher a responsabilidade pela contracepção.

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

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

Depois de um tempo eu me casei de novo e tive mais cinco filhos com o meu marido atual, sendo que o último nasceu morto. Eu sempre esquecia de tomar o remédio e acabava engravidando, é tanto que meus meninos é dois anos de diferença um para outro, mas também só comecei a tomar do meu segundo casamento em diante, por que no outro eu nem tomava nada (MARIA I, 48 anos).

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

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

Olha, eu não faço planejamento reprodutivo, eu compro meu remédio todo mês na farmácia e nunca pego no posto, por que teve

uma vez que eu fui lá e não tinha e daí eu não fui mais pegar e eu comecei a comprar e compro direto (MARIA M, 23 anos).

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

A justificativa para a compra é a dificuldade em conseguir a medicação na rede básica de saúde por que frequentemente falta. Assim, preferem comprar por que é garantido continuar o seu uso. Algumas mulheres dizem já ter recebido alguma orientação por parte da enfermeira quando foram à unidade de saúde. A escolha pelo método anticonceptivo é feita unicamente pelas mulheres sem nenhuma interferência dos seus parceiros ou mesmo alguma combinação, reforçando a ideia da contracepção como de responsabilidade da mulher.

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

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

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

assinar, ele autorizando você se operar? Eu disse a ele que eu tinha idade suficiente pra decidir o que é que eu queria da minha vida, aí por isso que eu optei mesmo por me operar (MARIA H, 32 anos).

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

A decisão “de se operar” foi o caminho mais eficaz encontrado, pois não desejavam mais filhos e esta se tornou a única alternativa para evitar mais uma gravidez não planejada, interrompendo sua vida reprodutiva ainda jovem. Um estudo feito com 411 mulheres entrevistadas, 109 (26,5%) relataram histórico de contracepção permanente com laqueadura tubária ou histerectomia (OLIVEIRA et. al, 2014). Desta forma, a decisão dessas mulheres em se “operar⁴” como elas preferem dizer em alguns casos pode expressar uma certa autonomia diante da figura do marido, já que são responsabilizadas por evitar a gravidez e por isso tomam a decisão em fazer a laqueadura, assim como, pode expressar a ineficiência dos serviços, do planejamento reprodutiva, como “é preciso destacar que os números denotam uma interferência precoce no direito de procriação” (OLIVEIRA et.al, 2014, p. 311).

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

vivenciado 4 ou mais gestações (OLIVEIRA et.al, 2014).

As condições socioeconômicas tem forte influência na saúde reprodutiva das entrevistadas, pois onze vivem com renda familiar menor que um salário mínimo e sete com até um salário comprovando o nível de pobreza a que estão submetidas com baixa escolaridade, levando à dificuldade de acesso das informações, evidenciando as desigualdades sociais de gênero, raça, etnia e classe social. Outros estudos com mulheres quilombolas apontam o nível de renda compatível com esse resultado, onde, de 348 mulheres quilombolas entrevistadas, 74,7% vivem com renda menor que um salário mínimo e 25,3% com até um salário que na época da pesquisa era de R\$ 545,00 (OLIVEIRA et.al, 2014). Oliveira et. al (2014, p. 311) coloca que socialmente, existem indicadores que reforçam os aspectos de pobreza, pois cerca de 70% das mulheres quilombolas referem ter uma renda familiar inferior a um salário mínimo e baixa escolaridade (menos de 8 anos). Essas condições em si já prenunciam riscos para diversos agravos à saúde, influenciando no acesso ao planejamento reprodutivo pelas mulheres quilombolas.

Assistência recebida pelas mulheres quilombolas no período gravídico-puerperal.

O período que compreende a gravidez, o parto e o puerpério provoca grandes mudanças na vida das mulheres com transformações e adaptações tanto fisiológicas como sociais e demandas diferenciadas de cuidados. Inicia-se com a descoberta da gravidez, exigindo um acompanhamento em todo o período gestacional, com acesso ao pré-natal, consultas, exame e o acesso a uma maternidade que assegure assistência sem risco a ela e à criança e o acompanhamento no puerpério, incluído nesta fase o planejamento reprodutivo. Concordamos que “embora as condições atuais sejam mais adequadas e tenham sido registradas melhorias na qualidade da atenção a mãe e filho nos últimos anos, o acesso igualitário para uma adequada assistência à gestação e ao parto ainda se mostra insuficiente” principalmente quando falamos da assistência prestada para as mulheres quilombolas (OLIVEIRA, et.al, 2014, p. 308).

⁴ A palavra “se operar”, “me opere” aparece por diversas vezes nas falas das mulheres quilombolas quando se referem à laqueadura.

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

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

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

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

Mais de 20% das mulheres com crianças menores de cinco anos relataram menos de seis consultas pré-natais. Esses valores, associados ao registro de início tardio da assistência pré-natal para um terço das mulheres quilombolas, corroboram a existência de entraves no acesso e a indisponibilidade de serviços para a população avaliada (OLIVEIRA et. al, 2014, p.311).

A falta de informação para as mulheres no período da gravidez, também foi um dos motivos para não

realizarem as consultas de pré-natal acrescido da dificuldade de acesso em todo o período gravídico-puerperal. Mesmo as mulheres que conseguiram ir a todas as consultas de pré-natal e realizarem os exames solicitados, relataram dificuldades de acesso para chegar à unidade de saúde, algumas optaram para procurar outra unidade para não deixar de fazer o acompanhamento.

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

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

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

Como afirmam Goes e Nascimento (2013, p. 572) “as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto à oportunidades de acesso aos bens e serviços”. Conforme aponta Leal, Gama e Cunha (2005) as desigualdades se reproduzem tanto no acesso ao pré-

natal adequado como no momento do parto. Estas(es) autoras(es) afirmam que:

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

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

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

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

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

As mulheres que realizaram todo acompanhamento na gestação relataram dificuldades na hora de terem seus filhos. Para chegarem ao hospital, tinham que pagar quando encontravam um carro disponível, ou para

conseguir um carro da saúde para buscá-las na comunidade.

Algumas delas não tiveram acesso ao teste do pezinho para seus filhos, por não saberem da importância e não terem conhecimento sobre o exame. O teste do pezinho é fundamental para identificar várias doenças no

recém-nascido, feito por meio de uma picada no calcanhar do bebê a partir do segundo dia de vida, detecta, precocemente, suspeitas das seguintes doenças congênitas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística (BRASIL/MS, 2002). Uma pesquisa feita em comunidades quilombolas em Vitória da Conquista – Ba em 2011, mostrou em 100% dos casos as crianças realizaram o teste do pezinho, dado que difere com o resultado do presente estudo.

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

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

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

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

As mulheres quilombolas que tiveram seus partos realizados por parteiras relatam que não procuraram o

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação à consulta no pós-parto, ou consulta puerperal, das dezoito entrevistadas apenas duas realizaram. Outros estudos como de Oliveira et.al (2014) sobre saúde materno-infantil em comunidades quilombolas evidenciou que das 411 mulheres entrevistadas, quase a metade não passou pela consulta puerperal, momento em que essas mulheres deveriam ser orientadas sobre diversos aspectos inclusive sobre sua saúde reprodutiva. “Entretanto, com vistas a minimizar tal possibilidade, se faz necessário que a

assistência à mulher grávida comece no pré-natal, transcorra o parto e continue em todo o período pós-parto” (ANGELO e BRITO, 2012, p. 1164).

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

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

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

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

“A consulta puerperal apresenta-se como meio de atenuar os indicadores de morbidade e mortalidade materna. Porém, no cotidiano das unidades de saúde, o retorno da mulher para a consulta pós-parto ainda é reduzido” (ANGELO e BRITO, 2012, p. 1164). Mesmo as mulheres que afirmaram ter realizado todo acompanhamento no pré-natal e tiveram condições de ir até ao hospital para terem os seus filhos recebendo toda a assistência necessária, nunca passaram por consulta puerperal.

Outro fato importante apontado por algumas mulheres foram os casos de violência na hora do parto, ou de maus tratos durante a sua permanência no hospital. Apesar de não reconhecerem como um ato de racismo pode-se caracterizar estas situações como racismo institucional.

O racismo se expressa na sociedade por meio da discriminação, preconceito e estereótipos raciais. A discriminação racial, em especial, significa qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, e pode ser reproduzida, imperceptivelmente, através do modo como as pessoas do entorno são tratadas (DOMINGUES et.al, 2013, p. 286).

A presença do racismo nos serviços de saúde continua sendo uma barreira para um atendimento humanizado e igualitário para as mulheres pretas pois desqualifica a atenção prestada tanto no parto como nos casos de aborto. Desse modo, (...) “as representações que a cor

ou a raça têm para profissionais de saúde podem estar relacionadas às práticas discriminatórias de cuidado, assim como as representações de usuárias podem influenciar na busca de cuidados” (SACRAMENTO e NASCIMENTO, 2011, p.1143).

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

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

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

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

Com relação ao aborto, é importante destacar que seis mulheres quilombolas que referiram abortos espontâneos, ocorreram por motivos que estão ligados a sua profissão de marisqueiras, falta de

acompanhamento no período gravídico e problemas de saúde reprodutiva. Como o aborto é ilegal no Brasil, nenhuma mulher afirmou que o aborto foi provocado.

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

A assistência no período gravídico-puerperal de mulheres quilombolas, em linhas gerais revela um cenário em que as desigualdades de gênero, raça/etnia e classe estão visivelmente acentuadas e como essas mesmas desigualdades se apresentam de diversas formas influenciando no tipo de assistência recebida.

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

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

consultas de pré-natal ou sequer fizeram qualquer acompanhamento. Neste sentido:

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

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

Considerações finais

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

Com relação à assistência as mulheres quilombolas no período gravídico-puerperal os resultados revelam, em números consideráveis, como as desigualdades estão presentes na vida dessas mulheres e que se expressam no acesso aos serviços de saúde, sobretudo na assistência recebida no período gravídico-puerperal, tanto na não realização de consultas de pré-natal e exames, como na dificuldade de realização do parto e na assistência pós-parto, comprovando como as assimetrias de gênero, raça/etnia e classe estão bem demarcadas influenciando no tipo de assistência recebida para as mulheres quilombolas e até mesmo a ausência de assistência.

Um estudo realizado por Domingues et. al (2013) mostrou que mulheres de cor preta apresentam menor adequação na realização de exames, bem como menor adequação global ao pré-natal, segundo os parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

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

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

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

Assim, os resultados evidenciam como a falta de planejamento reprodutivo pelas mulheres quilombolas está fortemente associada à gravidez não planejada, ocasionadas pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e pela localização do território quilombola.

Referências

- ANGELO, Bárbara Helena de Brito; BRITO, Rosineide Santana de. **CONSULTA PUERPERAL: O QUE LEVA AS MULHERES A BUSCAREM ESSA ASSISTÊNCIA?** Rev Rene. 2012; ; 13(5):1163-70. file:///C:/Users/xxxxxx/Downloads/178-5047-1-PB.pdf. Acesso em: 30.03.2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, Lda, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Marcelo Paixão; Irene Rossetto; Fabiana Montovanele; Luiz M. Carvano (orgs.).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 28.04.2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 11.03.2016.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. – Brasília, 2004.
- BRASIL. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Marcelo Paixão; Irene Rossetto; Fabiana Montovanele; Luiz M. Carvano (orgs.).
- CFEMEA. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios** / Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009.
- DIAS, Isadora Clarissa Cordeiro; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão; BATISTA, José Eduardo; VIDAL, Flávia Castello Branco; SILVA, Dulcelena Ferreira; SILVA, Marcos Antonio Custódio Neto da; FRAZÃO, Fabiola Nassar Sousa; NASCIMENTO, Anna Cyntia Brandão; BEZERRA,

Geusa Felipa de Barros; FILHO, Walbert Edson Muniz; VIANA, Graça Maria de Castro. **Câncer de colo de útero, genotipagem do Papiloma-Vírus Humano (HPV) em mulheres quilombolas de um município brasileiro: aceitabilidade da vacina.** Cad. Pes., São Luís, v. 21, n. especial, jul. 2014. Disponível em: www.periodicoseletronicos.ufma.br. Acesso em: 02.03.2016.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; BARRAL, Fanny Eichenberger; RODRIGUES, Quessia Paz; SANTOS, Carla Cristina Carmo dos; ARAÚJO, Edna Maria de. **DISCRIMINAÇÃO RACIAL NO CUIDADO EM SAÚDE REPRODUTIVA NA PERCEÇÃO DE MULHERES.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 285-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010007072013000200003. Acesso em: 12.03.2016

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades.** *Saúde em Debate*: Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. [online] Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf. Acesso em: 12.03.2016.

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

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **RAÇA E OS ESTUDOS DE RELAÇÕES RACIAIS NO BRASIL.** Novos Estudos, CEBRAP N.º 54, julho 1999 pp. 147-156. Disponível em: http://novosestudos.org.br/v1/files/uploads/contents/88/20080627_raca_e_os_estudos.pdf. Acesso em: 25.04.2016

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

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

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

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

PARCERO, Sonia Maria de Jesus. **Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012. 85f.

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

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

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

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

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