


## RESSALVA

Atendendo solicitação do autor, o texto completo desta tese será disponibilizado somente a partir de 16/03/2024.

**unesp**  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**Faculdade de Ciências e Letras**  
**Campus de Araraquara - SP**

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

**PERCEPÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS  
MULHERES DAS COMUNIDADES  
QUILOMBOLAS EIRA DOS COQUEIROS-MA,  
SANTA MARIA-MA E SOSSEGO-MA:  
intersecções de gênero e raça/etnia**



ARARAQUARA – S.P.

2022

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

**PERCEPÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS  
MULHERES DAS COMUNIDADES  
QUILOMBOLAS EIRA DOS COQUEIROS-MA,  
SANTA MARIA-MA E SOSSEGO-MA:  
intersecções de gênero e raça/etnia**

Tese de Doutorado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

**Linha de pesquisa:** Diversidade, Identidades e Direitos.

**Orientador:** Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello.

ARARAQUARA – S.P.

2022

Veras, Rosangela de Sousa

V476p      Percepções das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres das comunidades quilombolas Eira dos Coqueiros-MA, Santa Maria-MA e Sossego-MA : intersecções de gênero e raça/etnia / Rosangela de Sousa Veras. -- Araraquara, 2022 140 p. : il., tabs., fotos, mapas

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara Orientadora: Renata Medeiros Paoliello

1. Saúde da Mulher - quilombola maranhense. 2. Política Públicas - mulher. I. Título.

ROSÂNGELA DE SOUSA VERAS

**PERCEPÇÕES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS  
MULHERES DAS COMUNIDADES  
QUILOMBOLAS EIRA DOS COQUEIROS-MA,  
SANTA MARIA-MA E SOSSEGO-MA:  
intersecções de gênero e raça/etnia**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

**Linha de pesquisa:** Diversidade, Identidades e Direitos.

**Orientador:** Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello.

Data da defesa: 16/03/2022

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Presidente e Orientador:** Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello.  
Universidade Estadual Paulista.

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Emilia Pietrafesa de Godoi.  
Universidade de Campinas

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Marivania Leonor Souza Furtado.  
Universidade Estadual do Maranhão

---

**Membro Titular:** Profa. Dra. Ana Lúcia de Castro.  
Universidade Estadual Paulista

---

**Membro Titular:** Dr. Luís Eduardo Batista. Coordenadoria de Controle de Doença. Secretaria da Saúde de São Paulo

Local: Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Ciências e Letras  
UNESP – Campus de Araraquara

Aos meus pais.

À minha avó Chaguinha (in memoriam).

Às mulheres negras rurais quilombolas.

À menina que encanta os meus dias,  
Alícia.

## AGRADECIMENTOS

Na trajetória desta pesquisa não foram poucas as limitações, os entraves emocionais e teóricos. Acrescidas a essas dificuldades, não poderia deixar de mencionar as consequências da epidemia global do novo coronavírus e suas variantes, disseminadas a partir do ano de 2020, que seria o último ano da pesquisa de campo. Na ocasião, confesso que paralisei e desanimei diante das mortes, das incertezas, do medo e da necessidade de distanciamento social para unicamente salvaguardar a minha vida e as das pessoas do meu convívio. Concluo que essas adversidades teriam sido insuperáveis se não fosse a ciência que produziu a vacina, e sem a escuta, o incentivo e a ajuda das pessoas às quais aqui agradeço.

Aos meus pais, Benilda e José de Ribamar, meus alicerces, que me sustentam com incentivo e cuidado.

À minha orientadora, professora Renata Medeiros Paoliello, pela orientação atenta, firme e fraternal.

Às Comunidades rurais *Sítio Serraria*, *Eira dos Coqueiros*, *Sossego* e *Santa Maria*, sou grata pela hospitalidade, a confiança e os aprendizados. Agradeço, em especial, às mulheres pela generosidade de compartilharem suas experiências de vida e pela compreensão da intermitência da pesquisa de campo.

Às minhas irmãs, Mara e Patrícia, pelo apoio.

À minha amada sobrinha Alícia, minha alegria e esperança, agradeço a compreensão pelos momentos em que deixo de dar-lhe atenção.

Ao Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) pela liberação por quarenta e oito meses, das minhas atividades docentes, para que eu me dedicasse às aulas do doutorado, à pesquisa de campo e à produção desta tese.

Aos colegas de trabalho do IFMA, Campus de Monte Castelo, por me substituírem e contribuírem para a liberação do período dedicado ao curso de doutorado.

Aos professores, professoras, coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e à Seção Técnica de Pós-Graduação da FCLAr/UNESP pelos conhecimentos compartilhados e as estruturas presencial e remota fornecidas.

Aos membros da banca de qualificação pelas contribuições para o engrandecimento este estudo.

Aos colegas da turma do doutorado pela interlocução das pesquisas e a compartilha dos momentos de angústias e alegrias, em especial à Rosangela Silva, Ayni Estevão e Alexandre Aparecido pela escuta.

Ao NEGAR, grupo de estudos de gênero da professora Lucila Scavone, minha primeira orientadora, pela parceria e discussões dos projetos de pesquisa.

À Claudete Camargo, pela ajuda na transcrição de algumas entrevistas, pelo carinho e acolhida a uma maranhense em terra paulista.

À Nelia Maranhão pelo companheirismo ajuda e compreensão.

Às minhas referências ancestrais, minhas falecidas avó e tia maternas, duas senhoras que mal sabiam assinar o nome, mas que foram muito sábias e colaboraram com os meus pais na minha formação acadêmica e para a vida.

Por fim, agradeço a todos e todas que direta ou indiretamente contribuíram com esta tese.



Gosto de ouvir, mas não sei se sou hábil conselheira. Ouço muito. Da voz outra, faço minha, as histórias também. E no quase gozo da escuta, seco os olhos. Não os meus, mas de quem conta. E, quando de mim uma lágrima se faz mais rápida do que o gesto de minha mão a correr sobre meu próprio rosto, deixo o choro viver. E, depois, confesso a quem me conta, que emocionada estou por uma história que nunca ouvi e nunca imaginei para nenhuma personagem encarnar. Portanto, estas histórias não são totalmente minhas, mas quase que me pertencem, na medida em que, às vezes, se (con)fundem com as minhas. Invento? Sim, invento, sem o menor pudor. Então as histórias não são inventadas? Mesmo as reais, quando são contadas. Desafio alguém a relatar fielmente algo que aconteceu. Entre o acontecimento e a narração do fato, alguma coisa se perde e por isso se acrescenta. O real vivido fica comprometido. E, quando se escreve, o comprometimento (ou o não comprometimento) entre o vivido e o escrito aprofunda mais o fosso. Entretanto, afirmo que, ao registrar estas histórias, contínuo no premeditado ato de traçar uma escrevivência.

Conceição Evaristo

## RESUMO

A tese abordou as percepções sobre as políticas públicas de assistência à *saúde das mulheres*, em especial a saúde sexual e reprodutiva, do ponto de vista das mulheres auto identificadas quilombolas residentes nas comunidades rurais Eira dos Coqueiros, Santa Maria e Sossego pertencentes ao município de Peritoró, localizado no estado do Maranhão. O estudo efetuou-se no lugar de vivência dessas mulheres, entre os anos de 2018 a 2019 e na primeira semana de dezembro do ano de 2021. A investigação considerou a existência de atos normativos que instituíram políticas públicas de saúde focada na raça/etnia e no gênero, a saber a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que foi instituída desde o ano de 2009 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres instituída no ano de 2004 e como estão sendo implementadas nas referidas comunidades. Os relatos das colaboradoras desta pesquisa, tanto das gerações mais novas quanto das gerações mais antigas, apontaram uma considerável demanda por acesso à *saúde da mulher* nos serviços da rede do Sistema Único de Saúde. Entretanto, conforme elas informaram, essas políticas ainda não estão devidamente implementadas no município e reclamam por precisarem deslocarem-se do seu território até a sede do município para acessar esses serviços. Além do acesso restrito, essas mulheres vivenciam precárias prestações desses serviços públicos e discriminações institucionais. Contudo, sabem que têm direito à saúde e apontam a necessidade do poder público implementar devidamente as referidas políticas tanto no município quanto em seus territórios. Como estratégia de resistência, no campo da saúde, essas mulheres fazem a mediação entre os seus conhecimentos ancestrais em *saúde da mulher* e o que elas conseguem acessar nas redes públicas de atenção à saúde. Metodologicamente, a pesquisa qualitativa baseou-se na prática de ouvir testemunhos para uma aproximação do ponto de vista das interlocutoras e como lente teórica utilizou os estudos da interseccionalidade, do pensamento feminista negro e dos estudos sobre populações negras e afro-brasileiras, as amefricanidades nas palavras de Lélia Gonzalez. O estudo concluiu que o acesso restrito às políticas públicas de saúde da população negra e da mulher inviabiliza a efetivação da justiça social que combata as desigualdades de raciais e de gênero.

**Palavras-chaves:** saúde da Mulher; saúde das mulheres quilombolas; direitos sexuais e reprodutivos; políticas públicas.

## RESUMEN

La tesis examinó las percepciones sobre las políticas públicas de atención a la salud de las mujeres, especialmente la salud sexual y reproductiva, desde el punto de vista de las mujeres quilombolas auto identificadas que viven en las comunidades rurales de Eira dos Coqueiros, Santa Maria y Sossego, en el municipio de Peritoró, situado en el estado de Maranhão. El estudio se realizó en el lugar donde vivían estas mujeres, entre los años de 2018 y 2019 y en la primera semana de diciembre de 2021. La investigación consideró la existencia de actos normativos que establecieron políticas públicas de salud con enfoque de raza/etnia y género, a saber, la Política Nacional de Salud Integral para la Población Negra, instituida en 2009, y la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Mujeres, instituida en 2004, y cómo están siendo implementadas en estas comunidades. Los informes de los colaboradores en esta investigación, tanto de las generaciones más jóvenes como de las más mayores, señalaron una demanda considerable de acceso a la salud de la mujer en los servicios de la red del Sistema Único de Salud. Sin embargo, según ellas, estas políticas aún no se aplican correctamente en el municipio y se quejan de tener que desplazarse desde su territorio hasta el centro municipal para acceder a estos servicios. Además de un acceso restringido, estas mujeres sufren la precariedad en la prestación de estos servicios públicos y la discriminación institucional. Sin embargo, saben que tienen derecho a la salud y señalan la necesidad de que los poderes públicos apliquen correctamente estas políticas tanto en el municipio como en sus territorios. Como estrategia de resistencia en el campo de la salud, estas mujeres median entre sus saberes ancestrales sobre la salud de las mujeres y aquello a lo que pueden acceder en las redes públicas de salud. Metodológicamente, la investigación cualitativa se basó en la práctica de la escucha de testimonios para acercarse al punto de vista de las interlocutoras y, como lente teórica, utilizó los estudios de interseccionalidad, el pensamiento feminista negro y los estudios sobre poblaciones negras y afrobrasileñas, amefricanidades en palabras de Lélia Gonzalez. El estudio concluye que el acceso restringido de las personas negras y las mujeres a las políticas de salud pública imposibilita la consecución de una justicia social que combata las desigualdades raciales y de género.

**Palabras-clave:** salud de la mujer; salud de la mujer quilombola; derechos sexuales y reproductivos; políticas públicas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Adequação às boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento .....	70
Gráfico 1 – Eixos de atenção à saúde da mulher maranhense .....	72
Figura 1 – Estrada de terra de acesso às comunidades quilombolas estudadas .....	801
Figura 2 – Estrada de acesso às comunidades .....	81
Figura 3 – Ponte de madeira na estrada .....	81
Figura 4 – Mulheres da comunidade Eira dos Coqueiros .....	86
Figura 5 – “Casa Grande” na Comunidade Santa Maria .....	92
Figura 6 – Açude no povoado Santa Maria .....	95
Figura 7 – Mulher pescando com rede .....	95
Tabela 1 – Perfil das mulheres da Eira dos Coqueiros .....	97
Tabela 2 – Perfil das mulheres do Território Sossego .....	98

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1	– Localização de Peritoró no Estado do MA .....	45
Mapa 2	– Limites de Peritoró-MA .....	45
Mapa 3	– Mortalidade Materna no Brasil entre os anos de 2015 a 2016 .	66
Mapa 4	– Quilombos de Peritoró .....	93

## LISTA DE SIGLAS

- ABA – Associação Brasileira de Antropologia
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ADCT – Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
- AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CCN – Centro de Cultura Negra do Maranhão
- CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
- CMTR-MA – Coletivo de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Maranhão
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IMESC – Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos
- INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
- IPEA – Instituto de Pesquisas Econômica e Aplicada
- ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ITERMA – Instituto de Colonização e Terras do Maranhão
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
- MS – Ministério da Saúde
- ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
- OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO - World Health Organization)
- ONU – Organizações das Nações Unidas (UN - United Nations)
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PBQ – Programa Brasil Quilombola
- PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNRMMN – Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- PNSB – Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
- PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- PoA – Programa de Ação
- RMM – Razão de Mortalidade Materna
- SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	Reflexões teórico-metodológicas: intersecções de raça, gênero, território e políticas públicas .....	19
1.2	Reflexões teórico-metodológicas: pensando meu lugar na pesquisa e o caminho percorrido .....	31
1.3	Exposição dos capítulos .....	37
<b>2</b>	<b>O Maranhão, Peritoró e suas comunidades rurais: características socioespaciais e as condições socioeconômicas das comunidades negras rurais</b> .....	39
2.1	Ocupação do território maranhense: as frentes de expansão e os grandes projetos .....	40
2.2	O município de Peritoró e suas comunidades negras rurais: características socioespaciais .....	44
<b>3</b>	<b>OS CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER E DA POPULAÇÃO NEGRA: da normatização à vida</b> .....	48
3.1	Saúde e direito sexuais e reprodutivos: categorias em disputas ....	51
3.2	As políticas brasileiras de assistência à saúde: políticas públicas de saúde como direito .....	58
3.3	Intersecções de gênero, etnia e regionalidade: dados das dissimetrias no acesso à saúde da mulher e da população negra .....	63
<b>4</b>	<b>AS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS E A QUESTÃO QUILOMBOLA</b> .....	77
4.1	As características geográficas e socioeconômicas da comunidade rural quilombola Eira dos Coqueiros .....	79
4.2	As características geográficas e socioeconômicas do território rural quilombola Sossego .....	91
4.3	Apresentação das mulheres das referidas comunidades rurais quilombolas .....	97
<b>5</b>	<b>“SAÚDE DA MULHER” E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS MULHERES DOS TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS EIRA DOS COQUEIROS E SOSSEGO: suas experiências de luta, saberes locais e solidariedade</b> .....	102
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	125
	REFERÊNCIAS .....	129
	APÊNDICE A – Questionário sobre o perfil socioeconômico .....	137
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista .....	138
	APÊNDICE C – Consentimento livre esclarecido .....	139



## 1 INTRODUÇÃO

Esta tese perguntou às mulheres residentes nas comunidades negras rurais, autoidentificadas como quilombolas Eira dos Coqueiros, Sossego e Santa Maria do município de Peritoró-MA, quais as suas percepções sobre as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva que as assistiam. Estas políticas são conhecidas popularmente nos serviços de atenção à saúde como *saúde da mulher*.

No campo das políticas públicas, a *saúde da mulher* é entendida como o acesso às políticas de assistência integral à saúde sexual e reprodutiva e está incluída nos direitos sexuais e reprodutivos. Nos serviços públicos brasileiros de atenção à saúde, a saúde sexual e reprodutiva, assim como os direitos sexuais e reprodutivo têm uso recente, pois apenas ganharam contornos institucionais depois das conferências das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizadas no ano de 1995.

Segundo o Programa de Ação da CIPD, a saúde reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. Como direito, isso implica que a pessoa possa ter equidade no acesso aos serviços de proteção, prevenção e de cura das doenças do seu sistema reprodutivo, além de uma vida sexual segura e satisfatória, que tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deseja fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de controle da fecundidade eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis, isto é, o planejamento reprodutivo da sua escolha, além do direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem às mulheres condições de passar, com segurança, pela gestação, parto, amamentação e puerpério.

A importância de uma abordagem analítica sobre o acesso a esses direitos em território quilombola decorre do fato de serem quase inexistentes pesquisas nessa área, haja vista que a maioria das análises sobre populações quilombolas estão voltadas para a regularização fundiária de seus territórios. Quanto à

percepção das mulheres quilombolas sobre os serviços de atenção à sua saúde sexual e reprodutiva, o princípio foi o de superar o perigo da história única (Adichie, 2019), de visibilizar outras histórias, de oportunizar, por meio desta tese, um espaço de escuta de outras vozes que não apenas as dominantes ou os discursos que já são conhecidos, como de profissionais da saúde, de institutos de estudos e pesquisas sobre população e de gestores da saúde.

O entendimento dessas mulheres também é de suma importância porque são elas as que mais utilizam os serviços públicos de atenção à saúde, no caso, elas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), porque também são cuidadoras: acompanham suas crianças, seus pais idosos entre outros membros da família, pessoas com deficiência, vizinhos, amigos e pessoas da sua comunidade.

Quando conversei com as interlocutoras, tentei usar uma linguagem mais coloquial sobre o que cientificamente é chamado de *saúde e direitos sexuais e reprodutivos*: indagava-as sobre o acesso e a qualidade dos serviços públicos para realizar exames ginecológicos e das mamas, como ocorreram os seus partos e a amamentação, o acesso aos métodos para evitar uma gravidez, como era a negociação do método para evitar filhos com o seu companheiro, como estava o tratamento da menopausa, como suas crianças eram atendidas na saúde pública, entre outras questões.

Para essa escuta foi relevante considerar os *lugares de fala* (Ribeiro, 2017), de onde partiram os relatos, como também o ponto de partida da análise. Uma vez que todo conhecimento é socialmente produzido e, conseqüentemente, posicionado, considereei pertinente apresentar um resumo do percurso que percorri até a produção desta tese, o que diz muito do lugar de onde falo.

Sou mulher afro-brasileira, nordestina, maranhense, natural de São Luís e professora de sociologia do Instituto Federal do Maranhão. A intenção de realizar esta pesquisa é decorrente de uma trajetória que já venho engendrando no transcorrer da minha formação acadêmico-profissional ao associar os estudos das ciências sociais, os estudos de gênero e os pensamentos feministas negros à compreensão dos aspectos socioculturais e subjetivos que envolvem o processo de saúde/doença, a sexualidade e a reprodução humana, buscando ampliar essa discussão para além do conhecimento biomédico.

O despertar para essa temática começou quando ouvia conversas entre mulheres sobre o número de filhos que possuíam e, durante o diálogo, uma das partes perguntava à outra: “e tu já ligou?”. Toda vez que ouvia uma mulher fazendo essa questão a outra, eu me inquietava e pensava: uma vez que existem métodos contraceptivos reversíveis por que mulheres deveriam fazer laqueadura, uma intervenção cirúrgica muita das vezes irreversível, como se fosse um percurso natural depois que tivessem alcançado o número de filhos desejados? Assim, estava diante da temática da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Foi com essa discussão que iniciei a minha monografia da graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), na década de 1990. Durante a pesquisa, verifiquei que o estado do Maranhão era o estado brasileiro com o maior número de mulheres esterilizadas cirurgicamente, que em 1993 ocorreu a Comissão Parlamentar Inquérito (CPI) para averiguar o uso indiscriminado da esterilização cirúrgica em mulheres, popularmente conhecida como *laqueadura*, e que o movimento feminista negro era quem mais questionava o seu uso. Ressalto, ainda, que a normatização do uso da esterilização cirúrgica em homens e mulheres somente ocorreu com a lei nº. 9.263 do ano 1996, que regulamentou a esterilização voluntária feminina e masculina, e a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM) não existia.

Desse modo comecei a trilhar o caminho da pesquisa sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva. No ano de 2007, durante a pesquisa do mestrado em Ciências Sociais da UFMA, já estávamos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) implementada pelo Estado brasileiro a partir de 2004<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Na década de 1990, as Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU): *II Conferência Internacional de Direitos Humanos* (Viena, 1993), *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (Cairo, 1994), *Conferência do Desenvolvimento Social* (Copenhague, 1995) e *IV Conferência Mundial sobre a Mulher* (Pequim, 1995), definiram vários direitos que beneficiaram políticas de saúde para mulheres e definiram os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. O Brasil vivia um período de redemocratização e, como membro da ONU, definiu algumas políticas para a garantia desses novos direitos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004.

Na ocasião, realizei uma pesquisa qualitativa com mulheres e homens *cisgênero*<sup>2</sup> assistidos pelo Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário *Materno Infantil* localizado na cidade de São Luís – MA. O objetivo foi compreender as práticas contraceptivas das usuárias e dos usuários desse programa. O estudo apontou que o programa de planejamento era mais frequentado por mulheres e menos por seus companheiros. As suas opções contraceptivas eram influenciadas por seus conhecimentos tradicionais associados ao que aprendiam com os saberes médicos, suas condições socioeconômicas e por seus projetos de vida.

As usuárias se declararam bem mais oneradas do que os homens pelo trabalho reprodutivo, pelo cuidado dos filhos e pelas responsabilidades contraceptivas, por isso dependiam mais dos serviços públicos de saúde, tidos como restritos porque as suas escolhas contraceptivas encontravam dificuldade de efetivação devido ao limitado acesso à laqueadura tubária, método anticonceptivo irreversível, contudo, o mais reivindicado por ser considerado eficaz, resultando em meses na fila de espera para realizar a cirurgia (Veras, 2008). A partir dessa pesquisa, que apontou falhas na abrangência dos serviços públicos de atenção à *saúde das mulheres*, especificamente o acesso à laqueadura tubária, expandi o estudo para a temática dos direitos sexuais e reprodutivos.

No percurso da minha profissão, como professora de sociologia, também convivi com mulheres de outras localidades, além de São Luís, e ainda me sentia afetada sempre que ouvia sobre vivências de sexualidade e reprodução. Frequentemente, verificava que quanto maiores eram as dificuldades socioeconômicas das mulheres, maior eram os obstáculos de acesso aos direitos de saúde sexual e reprodutiva.

No ano de 2015, por ocasião da orientação do trabalho de conclusão de curso de uma aluna do IFMA do Campus da zona rural de São Luís, que objetivava estudar o histórico de uma das organizações políticas das mulheres rurais do Maranhão, tive contato com o Coletivo de Mulheres Trabalhadora Rurais do Maranhão (CMTRMA) e uma das sedes desse Coletivo ficava no município de Alto

---

<sup>2</sup> *Cisgênero*: essa expressão usada para designar pessoas que se identificam com o gênero que lhe foi atribuído ao nascerem.

Alegre do Maranhão, no interior do estado. Quando tomei conhecimento dessa organização de mulheres, interessei-me em conhecê-la para verificar as experiências de *saúde da mulher* das mulheres associadas a este Coletivo. Posteriormente, ao entrar em contato com algumas de suas lideranças que estavam em São Luís, agendei uma visita ao interior do estado para conhecer as mulheres a ele ligadas.

Ao ver a realidade dessas mulheres, e com meu senso já despertado em buscar compreender as muitas vivências de sexualidade e reprodução, elaborei a atual proposta de pesquisa do doutorado: apreender as percepções das políticas públicas de *saúde da mulher* das mulheres negras pertencentes às comunidades rurais autoidentificadas remanescentes de quilombos Eira dos Coqueiros, Sossego e Santa Rita.

Na ocasião, escolhi trabalhar neste universo empírico porque considerei que a realidade das comunidades rurais onde essas mulheres residiam apresentaria novos elementos para a discussão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que já haviam sido instituídas as Políticas Nacionais de Saúde Integral das Mulheres (PNAISM) e das Populações Negras (PNSIPN), e me questionei se tais políticas alcançavam a diversidade de segmentos populacionais da sociedade brasileira como este, em especial a segunda política, que concretizou um reconhecimento, pelo Estado, do racismo institucional como um determinante social em saúde e, portanto, tem o teor de ação afirmativa em saúde.

Também considerei a expressiva participação da população quilombola no estado do Maranhão, o segundo estado brasileiro com maior número de comunidades remanescentes de quilombos, conforme informa a Fundação Cultural Palmares - são 862 no total<sup>3</sup> -, o que reforça o meu foco em estudar, a partir de algumas delas, a vigência efetiva de políticas públicas de saúde referida à intersecção entre gênero e raça/etnia.

O segundo motivo se fundamentou, como já referi, no fato de que as pesquisas sobre a saúde sexual e reprodutiva, em especial de mulheres negras

---

<sup>3</sup> Dessas 862 Comunidades Quilombolas, 610 estão certificadas. O número de comunidades remanescentes de quilombo certificadas está informado no site da Fundação Cultural Palmares, disponível em: [http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=37551](http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551). Acesso em: 15 fev. 2022.

rurais quilombolas, são consideradas ainda exíguas. Assim, entendo que, quando não há informação, acontece a invisibilização e a intenção desta pesquisa é justamente visibilizar as experiências concretas de acesso à políticas de *saúde da mulher* desse segmento de mulheres maranhenses. Como, também, foi relevante considerar os aspectos socioculturais, as particularidades, as experiências localizadas de sexualidade e reprodução humanas, permitindo ir além das discussões sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos apenas do ponto de vista biomédico e dos direitos universais, para considerar a diversidade, as diferenças e as percepções locais.

Ao analisar as percepções das políticas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres a partir dos seus modos de vida nas comunidades Eira dos Coqueiros, Sossego e Santa Rita, acredito ajudar a construir um saber aproximado das suas experiências e contribuir com a crítica à pretensas universalidades de direitos e políticas públicas que historicamente apresentam falhas e não abrangem a todos e todas. Para alcançar esses objetivos, além da definição do referencial teórico-metodológico, realizei uma revisão sobre os dados estatístico que informam as condições de acesso à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras e maranhenses, e também construí alguns dados empíricos junto às mulheres das comunidades aludidas.

### **1.1 Reflexões teórico-metodológicas**

Embora as políticas públicas focalizadas sejam reconhecidas no plano jurídico-institucional, não são condição em si de acesso efetivo, porque uma questão é a promulgação de direitos e de políticas públicas afirmativas, outra é usufruí-los efetivamente e equitativamente. Assim, a ligação entre institucionalização e implementação tem a ver como o Estado lida com a relação entre a universalidade das suas leis e a adoção de políticas públicas específicas, e a destinação de recursos públicos para a implementação como respostas às demandas específicas sociedade brasileira. Por isso, convém salientar que as iniciativas e lutas pela concretização de programas de políticas públicas focadas no gênero e na raça/etnia para amenizar as iniquidades em saúde foram tomadas pelos movimentos sociais:

movimentos de mulheres, movimentos negros, e, principalmente, pelo movimento de mulheres negras.

Algumas das principais movimentações de mulheres negras do país foram: o III Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe realizado na cidade de Bertioga-SP em 1985 e a participação de grupos de mulheres na IV Conferência Mundial sobre Mulher em 1995. Recentemente, as mobilizações de rua, como a Primeira Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida realizada no ano de 1995 e a Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver, ocorrida em Brasília, em 2015, além da participação de pessoas negras nos conselhos de saúde do Brasil, a luta pelo estatuto da igualdade racial e a inclusão do quesito raça/cor no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Em síntese, essas mobilizações tiveram origem fora das gestões do sistema de saúde, sinalizando que para obter políticas públicas inclusivas, dirigidas aos grupos específicos ou mais vulneráveis, tem sido necessário tomar decisões contrárias e de enfrentamento ao produtor ou mantenedor das iniquidades e vulnerabilidades sociais (Werneck, 2016; Batista; Barros, 2017; Ribeiro, 1995).

Portanto, é relevante atentar para as contradições apresentadas pelo Estado brasileiro devido às relações de poder existentes entre quem toma as decisões financeiras para investir ou não na implementação de direitos específicos e/ou reparatórios já conquistados. Também, há a necessidade de romper com o racismo estrutural (Almeida, 2018) para que pessoas negras ocupem esses espaços de decisão.

No momento de realização deste estudo, a sociedade brasileira assiste ao desmonte das políticas sociais implantadas no período de 2003 a 2010 e ao avanço do pensamento conservador contrário aos direitos sociais de grupos específicos. Muitas das atuais deliberações de gestão em saúde têm sido tomadas ignorando estudos que revelam o tratamento desigual no acesso à saúde produzidos ou sustentados pela sociedade brasileira e pela rede do SUS, ocasionando grandes danos, principalmente para mulheres, negros e indígenas (Werneck, 2016; Batista; Barros, 2017).

Em vista disso, torna-se imprescindível a compreensão dessas barreiras interpostas entre a formalização de direitos e a sua efetivação. Assim, a hipótese

que conduziu esta pesquisa foi a de que as múltiplas discriminações de gênero, raça/etnia e localização/território, quando interseccionadas, funcionam como barreiras ao exercício de direitos, como os direitos sexuais e reprodutivos, os quais estão diretamente ligados ao acesso aos serviços públicos de atenção à saúde que posicionam as mulheres que têm mais dificuldade de acesso efetivo a esses direitos em uma situação desfavorável em relação a outros segmentos de mulheres com mais facilidade de acesso.

No caso das mulheres pertencentes às populações quilombolas, considerei que os marcadores sociais da desigualdade gênero, raça/etnia e localidade/território foram os que se sobressaíram. Como destaca Collins e Bilge (2020), que apresentam o argumento de que quem informa as hierarquias sociais de opressão é a especificidade de cada contexto. Argumento que, também ajuda no entendimento de que são diferentes as múltiplas relações de opressões sofridas pelas mulheres.

Por isso, este estudo fez a interface entre esses marcadores sociais com os direitos às políticas públicas de saúde no Brasil, em especial as políticas de saúde focadas para as mulheres e para as populações rurais quilombolas, para entender como estão imbricados no domínio estrutural do poder de implementação dessas políticas. Tendo caráter qualitativo propôs uma abordagem teórico-metodológica das ciências sociais contemporâneas para compreender as percepções das mulheres sujeitos desta pesquisa sobre a saúde sexual e reprodutiva e as políticas públicas de assistência a essa dimensão de seus corpos, utilizei as lentes teóricas do saber local em interlocução com os estudos interseccionais, com o pensamento feminista negro e com os estudos sobre as populações afrodescentes ou as amefricanidades nas palavras de Lélia Gonzalez (2020).

Para início dessa discussão teórica, além verificar que a PNAISM pretende atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, cabe destacar que a PNSIPN é reconhecida como uma política de ação afirmativa em saúde e, por isso, representa um avanço político, já que seu principal argumento é o reconhecimento do racismo institucional como barreira estrutural que dificulta o acesso à saúde da população negra. Esse reconhecimento consta na introdução da cartilha de apresentação da referida política pública ao expressar que,



A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população. (Brasil, 2019, p. 8).

Como citado, o Ministério da saúde reconhece a necessidade de enfrentamento ao racismo institucional no SUS ao admitir a existência da discriminação racial (um tratamento diferenciado a pessoas de grupos racial e etnicamente identificados) no acesso aos serviços públicos de saúde.

Entre as instituições que se preocupam em investigar sobre os mecanismos que influenciam a discrepância no acesso à saúde das mulheres e da população negra, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da OMS, no ano de 2005, apresentou o conceito de *determinantes sociais de saúde*, como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários responsáveis pela produção das desigualdades em saúde. Desse processo é interessante ressaltar o que diz Barata: “os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença” (Barata, 2009, p.23).

Para Werneck, a utilização conceitual dos *determinantes sociais em saúde* ajuda a revelar o processo formador das injustiças sociais por meio do reconhecimento do *racismo, do sexismo e do classismo* como *elementos* estruturantes das desigualdades sociais, como as desigualdades em saúde. Werneck ainda aponta que esse reconhecimento tem sido fruto de um longo processo político que, “ainda não foi suficiente para ocupar o vazio deixado pela quebra da hegemonia das teorias eugênicas nas pesquisas das ciências da saúde” (Werneck, 2016, p. 540).

As divergências políticas em torno desse reconhecimento têm se estendido por décadas, de modo que é quase sempre difícil e delicado levantar o debate atinente às consequências e reminiscências do racismo científico, das ideologias da mestiçagem, da democracia e do branqueamento racial. Assim, Almeida (2018) adverte que por trás da discussão sobre *raça* e *racismo*, há sempre contingências, conflitos e disputa de poder.

Também convém destacar que todo *racismo* desenvolve-se no quadro de relações raciais, “esta relação pressupõe uma identidade baseada na ficção intitulada ‘raça’ e se caracteriza sempre no quadro de relações de dominação entre atores sociais” (Sodré, 2015, p. 221-222). Ao falar de ficção, de certo modo, lembro da criação do conceito de *raça* no século XIX e da atual concepção das ciências biológicas para as quais não mais existem *raças* humanas. As concepções de *raça* são produto da ficção científica de *superioridade* e *inferioridade* humanas construídas nas relações de dominação do colonizado pelo colonizador, no período da colonização europeia.

Segundo Quijano, a noção de *raça*, na sua acepção moderna, começa com a colonização da América, e a classificação de seus povos provavelmente tem origem nas diferenças fenotípicas entre conquistadores e conquistados. Diz o autor,

La formación de relaciones sociales fundadas en dicha idea, produjo en América identidades sociales históricamente nuevas: indios, negros y mestizos y redefinió otras. Así términos como español y portugués, más tarde europeo, que hasta entonces indicaban solamente procedencia geográfica o país de origen, desde entonces cobraron también, en referencia a las nuevas identidades, una connotación racial. Y en la medida en que las relaciones sociales que estaban configurándose eran relaciones de dominación, tales identidades fueron asociadas a las jerarquías, lugares y roles sociales correspondientes, como constitutivas de ellas [...]. (Quijano, 2000, p. 202).

Do citado chama a atenção a classificação dos indivíduos baseada na ideia de *raça* que produziu, nas Américas, novas identidade raciais: *indígenas*, *negros* e *mestiços*, e redefiniu a identidade do europeu em comparação a elas. Além de elemento de classificação, as *raças* tornaram-se a base de sustentação da dominação/exploração do europeu sobre o colonizado, fato conhecido como colonialismo. Mesmo cessada a colonização, o poder colonial produziu discriminações raciais e étnicas que perduram no imaginário como “naturais” e expressam-se nos estereótipos, nas estigmatizações até nas instituições estatais.

As referidas argumentações têm contribuído para compreender a construção histórica das concepções racistas, também ajudam a desnaturaliza-las e a perceber as representações reducionistas sobre os *quilombos* e *quilombolas* presentes no conceito do Conselho Ultramarino português de 1740 - que somente fazia referência a agrupamentos de “negros fugidos” e ao “utensílio material, o pilão” - às ideias de “sociedades em extinção com o fim do escravismo”, “descendentes de escravizados”

ou “resquícios históricos e arqueológicos” as quais serão questionadas no capítulo que trata do conceito de quilombo contemporâneo.

Ainda discutindo o *racismo*, conforme Gonzalez (2020), este se constituiu justamente como a ciência da *superioridade* euro-cristã na medida em que estruturava-se o modelo ariano explicativo que se tornaria não só o referencial das classificações e do evolucionismo positivista das nascentes ciências do homem, mas, consoante à autora, (o conhecimento predominantemente europeu, branco e patriarcal) influenciaria a maioria da produção acadêmica do ocidente.

Em contraposição a esse conhecimento eurocentrado, Gonzalez (2020), pensou a América Latina por meio da categoria de sua autoria, *amefricanidade*. A América Latina, para a autora, é muito mais ameríndia e *amefricana* que latina e a negação *afro-ameríndia* seria justamente decorrente do *racismo*. Conforme argumenta, “o próprio termo nos permite ultrapassar as limitações de caráter territorial, linguístico e ideológico abrindo novas perspectivas para um entendimento mais profundo dessa parte do mundo” (Gonzalez, 2020, p. 176).

Ao elaborar a categoria *amefricanidade*, a autora afasta-se do modelo classificatório eurocêntrico para tornar-se sujeito de seu conhecimento. Assim, Gonzalez entende a *América* enquanto sistema etnográfico de referência e de novas possibilidades de entendimento: “é uma criação nossa e dos nossos antepassados no continente em que vivemos, inspirado em modelos africanos” (Gonzalez, 2020, p. 177).

Na mesma linha de raciocínio, Kilomba (2019), entende que a ação das pessoas negras escreverem suas próprias histórias é um ato político de romper com a subalternidade. Segundo adverte, nos construtos racistas, o indivíduo é cirurgicamente retirado e violentamente separado de qualquer identidade que ele mesmo possa ter sobre si. Eis a importância de ser ele a escrever a sua própria história, e não quem é descrito, a sua produção visa resgatar suas experiências e dos seus antepassados no combate ao racismo.

Logo, em consonância com as autoras referidas, oportunizar, por meio desta pesquisa, que as mulheres quilombolas contem sobre suas experiências de saúde/doença sexual e reprodutiva é um ato de *descolonização*, é romper com o silêncio imposto pelos grupos majoritários e seus saberes colonizadores.

Ainda sobre as forças de silenciamento das pessoas negras, Kilomba, cunhou outras duas categorias, o *racismo cotidiano* para exprimir a violência corriqueira do racismo e *outridades*, para referir-se às diversas experiências negativas ser o outro:

[...] o termo 'cotidiano' refere-se ao fato de que essas experiências não são pontuais. O racismo cotidiano não é um 'ataque único' ou um 'evento discreto', mas sim uma 'constelação de experiências de vida' [...] refere-se a todo vocabulário, discursos, imagens, gestos, ações e olhares que colocam o sujeito negro e as Pessoas de Cor não só como "Outra/o" – a diferença contra a qual o sujeito branco é medido – mas como Outridade, isto é, como personificação dos aspectos reprimidos na sociedade branca. Toda vez que sou colocada como a 'outa' - seja a "outra" indesejada, a 'outra' intrusa, a "outra" perigosa, a "outra" violenta [...] a 'outra' selvagem ou a "outra" exótica, estou inevitavelmente experienciando o racismo. (Kilomba, 2019, p. 78 – 80).

Na citação, o *racismo cotidiano*, para a autora, não é eventual, está presente a todo momento, nos vocabulários, nos gestos, nas imagens, nos pequenos atos. Trata-se de uma categoria relevante para compreensão da complexidade e reatualização do *racismo*, o qual envolve poder, prática do preconceito, discriminação, negação de direitos, despersonalização, alienação e a capacidade de normalizar a violência sobre as pessoas não brancas. Já com a categoria *outridade*, Kilomba (2019), reitera o fato do passado colonial ainda estar presente quando o indivíduo negro é representado pelo que o imaginário branco determina o que é ser *negro*. E mais, o corpo negro é representado por aquilo que a sociedade branca reprimiu ou não quer para si.

Desde o período do escravismo colonial, foi construída uma imagem sobre os corpos das mulheres negras, na visão dos senhores brancos, elas não eram vistas como mulheres, mas como animais de carga e meras reprodutoras de força de trabalho escrava, como descreve Angela Davis no livro "Mulheres, Raça e Classe":

[...] a mulher escravizada era trabalhadora em tempo integral para o seu proprietário. No que dizia respeito ao trabalho a opressão das mulheres era idêntica à dos homens. Mas as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos [...] A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas. (Davis, 2016, p.19).

A citação de Davis (2016), além de retratar a desumanização sofrida pela mulher escravizada pela violência do passado colonial, alerta para as marcas deixada pela representação da mulher negra no imaginário social até os dias atuais,

como *mulheres fortes*. Sobre isso também tratou a abolicionista, mulher negra e ativista dos direitos civis das mulheres afro-americanas, Sojourner Thuth (2020), ao questionar em seu discurso na Convenção dos Direitos das Mulheres em 1851, sobre o tratamento excludente que sempre recebeu: “E não sou eu uma mulher?”.

Almeida (2018), acrescenta que o *racismo* só se perpetuou por ser capaz de produzir um sistema de ideias que fornece uma *explicação* para as desigualdades e por constituir sujeitos cujos sentimentos não sejam abalados diante da discriminação e da violência racial. Em outros termos, o racismo está envolto por ideologias que moldam o inconsciente:

[...] a vida cultural e política no interior da qual os indivíduos se reconhecem enquanto sujeitos autoconscientes e onde formam os seus afetos é construída por padrões de crivagem racial inserida no imaginário e em práticas sociais cotidianas. Desse modo, a vida ‘normal’, os afetos e as ‘verdades’, são, inexoravelmente, perpassados pelo racismo, que não depende de uma ação consciente para existir. (Almeida, 2018, p. 50).

Almeida, ainda ressalta que desde os afetos, passando por classificações, até a presença cotidiana da violência, o racismo constituiu todo um imaginário social que é reforçado pelos meios de comunicação, pela indústria cultural e pelo sistema educacional, daí a naturalização das injustiças e negação das práticas racistas. Como exemplo, o autor aponta que o *racismo* científico e o discurso da *inferioridade* racial foram substituídos pelo *relativismo cultural* e, em seguida, pelo *multiculturalismo*, devido às mudanças na “estrutura econômica e política que exigiram formas mais sofisticadas de dominação.” (Almeida, 2018, p. 56).

Ainda sobre as interpretações dos *racismos*, cabe frisar que o mesmo não se resume a comportamentos individuais, pois é também resultado da ação do Estado por meio do funcionamento das instituições. Fala-se em racismo institucional porque é no interior das instituições que se dão os conflitos, os antagonismos, as contradições e a luta pelo monopólio do poder, e é por meio das instituições que determinados grupos impõem seus interesses políticos e econômicos, e buscam perpetuar a sua dominação. (Almeida, 2018; Kilomba, 2019).

Assim, o *racismo institucional* é revelado quando as pessoas negras e de determinadas etnias estão excluídas das instituições econômicas, administrativas, políticas e jurídicas. A exemplo, no Brasil, pode-se verificar quem são

majoritariamente as pessoas que ocupam os altos cargos no executivo, no legislativo e no judiciário. Nesse caso, convém considerar que a dimensão mais naturalizada do racismo, e portanto negligenciada, segundo Werneck (2016), é que se desloca da dimensão individual para a dimensão estrutural, ou seja, quando o racismo é exposto nas práticas das organizações políticas e normativas, o que resulta em tratamentos diferenciados ou privilegiados. Cabe também destacar que a distribuição desigual do poder nas instituições não exclui apenas as pessoas negras, mas também as mulheres e outros grupos.

A categoria *racismo institucional* ajuda no entendimento de que não são apenas as pessoas negras as afetadas pela discriminação, mas também as mulheres e, mais especificamente, as mulheres negras. Como apontam as estatísticas negativas, no campo da saúde reprodutiva, que impactam principalmente as mulheres negras, as mais afetadas pela mortalidade materna. Nesse caso, esses dois marcadores sociais: *raça* e *gênero*, se articulam, se entrelaçam.

Para Kilomba (2019), as *classes sociais* e as *raças* são fenômenos co-engendrados: “raça e gênero são inseparáveis, estão entrelaçados, a raça não pode se separar do gênero, nem o gênero da raça [...] as construções racistas baseiam-se em papéis de gênero e vice-versa” e, consoante Saffioti (2004), as classes sociais têm um histórico mais recente que o gênero, por isso, desde a sua origem, são um fenômeno de gênero.

Ao considerar a importância dos marcadores sociais, as autoras expressam que não se trata apenas de uma soma, mas de um elo de diferenças que afetam mais uns sujeitos do que outros. Crenshaw argumenta que a discriminação racial é frequentemente marcada pelo gênero “porque as mulheres podem às vezes vivenciar discriminações e outros abusos dos direitos humanos de uma maneira diferente dos homens” (Crenshaw, 2002, p.173). Isto, também pode ser percebido no caso, citado acima, por Davis (2016), quanto à opressão das mulheres negras escravizadas: no quesito trabalho, era idêntica à opressão do homem negro escravizado. Contudo, as negras escravizadas, sofriam uma punição a mais por serem mulheres, o estupro e a posterior venda dos seus filhos, ou seja, homens e mulheres negros eram diferentemente afetados pela opressão escravista.

Crenshaw, ainda adverte que todas as mulheres, de alguma maneira, sofrem discriminação de gênero correlacionada a suas “identidades sociais, tais como casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são ‘diferenças que fazem a diferença’ na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação” (Crenshaw, 2002, p.173).

Conforme argumenta a autora, elementos diferenciados de identidade podem ocasionar problemas específicos para subgrupos étnicos ou racializados de mulheres. Portanto, Crenshaw, chama a atenção para a tendência de análises em que as hierarquias sociais singulares são obscurecidas dentro de categorias mais amplas de *raça* e *gênero*.

No pensar de Piscitelli, “a proposta de trabalho com a categoria Interseccionalidade é oferecer ferramentas analíticas para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades” (Piscitelli, 2008, p. 266). A ideia de interseccionalidades e/ou categorias de articulação proporciona usar ferramentas analíticas capazes de ampliar o olhar para as diferenças entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, entre negros e brancos, entre negros e negras e tantas outras articulações das diferenças.

Contribui Scavone (2004), comentando que a crítica feminista avança quando se tenta superar o risco de apresentar problemas de um determinado grupo de mulheres como problemas universais. “A crítica ao pretensão universalismo de determinadas categorias analíticas feministas encontrou seu contraponto na afirmação das diferenças e alteridade” (Scavone, 2004, p. 35).

Gonzalez (2020; 1984), ainda na década de 1980, já fazia referência ao duplo fenômeno do racismo e do sexismo e sua influência no lugar ocupado pela mulher negra na sociedade brasileira. Colaborou com a discussão da articulação das diferenças ao colocar uma questão pontual: onde a mulher negra se situa? Para a análise, a autora entrelaçou as categorias *raça* e *sexo* para pontuar que a mulher negra sofre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo, a partir das categorias *doméstica* e *mulata*; a autora questiona o que está internalizado na sociedade brasileira como o *lugar natural da mulher negra*. Explicou Gonzalez (1984) que, durante o carnaval, momento em que se atualiza o mito da democracia racial, a *doméstica* é transfigurada na mulata, que vira a rainha e é exaltada nas escolas de

samba. De volta ao cotidiano, a doméstica sobrevive da prestação de serviços nos lares brasileiros. Para buscar mais esclarecimentos sobre as representações das categorias *mulata* e *doméstica*, Gonzalez, encontrou a seguinte conceituação sobre a *mucama*:

[...] a escrava de cor criou para a mulher branca das casas grandes e das menores, condições de vida amena [...] Cozinhava, lavava, passava a ferro, esfregava de joelhos o chão das salas e dos quartos, cuidava dos filhos da senhora e satisfazia as exigências do senhor. Tinha seus próprios filhos, o dever e a fatal solidariedade de amparar seu companheiro, de sofrer com os outros escravos da senzala e de submeter-se aos castigos corporais que lhe eram, pessoalmente, destinados (Hahner apud Gonzalez, 1984, p. 229).

Consoante Gonzalez (1984), a *mucama*, era a base de sustentação da vida doméstica, se ocupava dos serviços domésticos, sexuais e do cuidado das famílias. O engendramento da *mulata* e da *doméstica* se fez a partir da personagem *mucama*. No carnaval, a mulher negra é objeto de exaltação mística; em outro momento, a doméstica nada mais é do que a *mucama* “permitida”, a pessoa da prestação de bens e serviços, ou seja, o *burro de carga* que carrega a sua própria família e a dos outros nas costas. É o lado oposto da exaltação porque está no cotidiano e é no cotidiano que acontece a discriminação.

Para finalizar seu argumento, Gonzalez, destaca a última atribuição da *mucama*: a *mãe preta*, a *ama de leite*, tão exaltada por Gilberto Freyre (1933), e que, ao exercer as funções de mãe acabava por passar valores da cultura africana às crianças brasileiras. Segundo Gonzalez (1984), a mulher negra transmitia a língua materna, o *pretuguês*, um legado linguístico das culturas escravizadas; foi graças à *mãe preta* que as crianças brancas e negras foram iniciadas no mundo da cultura.

Pelo exposto, Gonzalez identificou a ambiguidade de sentidos em torno da mulher negra e buscou identificar as relações de poder que estão emaranhadas nesse lugar, para desnaturalizá-lo. Apontou que as mulheres negras brasileiras, desde a experiência da escravização colonial, são identificadas a partir a visão do colonizador e de quem se localiza no topo das relações de poder.

A perspectiva de Gonzalez (1984) agrega-se à consideração de Werneck (2009), de que a mulher negra não existe. Porque, conforme esclarece,



[...] as mulheres negras, como sujeitos identitários e políticos, são o resultado de uma articulação de heterogeneidades, resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos. (Werneck, 2009, p. 151).

Nesta passagem, a autora ajuda a *desessencializar* o que é *ser mulher negra*, pois considera que não é um ser natural, que sempre existiu, mas sim um construto resultante das demandas históricas, políticas e culturais, no enfrentamento das condições adversas, criadas pela dominação colonial.

O balanço do pensamento destas autoras teve a intenção de demonstrar a aplicabilidade da categoria *interseccionalidade*, a partir do entendimento de que as diferenças se interseccionam e compõem posições e experiências únicas de mulheres. Posições estas que não são fixas, são construtos a partir das dinâmicas relacionais. Para finalizar a argumentação, apresento o conceito de interseccionalidade, segundo Crenshaw,

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos. (Crenshaw, 2002, p. 177).

Em síntese, a proposição de trabalho com a categoria interseccional é de que ela é uma ferramenta de análise para compreender a articulação das múltiplas diferenças e desigualdades entendidas como barreiras à equidade e à inclusão nos benefícios em saúde e outras áreas de uma vida digna.

O conceito de *mediação cultural*, entendido como as visões que os diferentes grupos elaboram, uns sobre os outros, a partir de suas relações, ajuda na apreensão das percepções das mulheres quilombolas. Isto é, a buscar aproximação e compreensão das ações dessas mulheres em alinhar os seus conhecimentos tradicionais às suas novas demandas de acesso aos benefícios dos serviços de públicos de saúde, de paradigma biomédico e universal, e que não contemplam as suas especificidades.

Esse mesmo conceito ajuda a perceber se, entre elas, há a luta pelo reconhecimento de que são um segmento diferenciado da sociedade brasileira e de que, nessa condição, precisam de assistência diferenciada. Na verdade, seguindo o argumento de Arruti (2009), também no campo da saúde, a natureza dessa diferenciação não está previamente definida, pois uma política efetivamente diferenciada somente para as populações quilombolas, no que toca a sua própria implementação, ainda está em negociação e discussão. Por enquanto, no acesso à saúde, busca-se aproximação das políticas públicas voltadas para as populações negras em geral.

## **1.2 Pensando meu lugar na pesquisa e o caminho percorrido**

Uma sociedade, como a brasileira, que tem um histórico colonial, escravocrata e patriarcal o qual ainda exerce influência na estratificação da população, nas condições educacionais, de moradia, de saúde, de conhecimento e do poder, condiciona-nos a determinados lugares sociais, determinadas ações, determinadas falas e maneiras de ver o mundo às quais é difícil escapar.

Por isso foi importante refletir como o lugar que ocupo na hierarquia social de produção de saber influenciou o meu olhar para o universo desta pesquisa. Nestes termos concordando com Gonzalez (1984; 2020), que aponta para o fato de que o lugar em que nos situamos influencia nossa interpretação sobre os fenômenos das desigualdades raciais e de gênero. Ribeiro (2017) complementa esse pensamento, ao frisar que saber o lugar de onde falamos é, também, fundamental para refletirmos sobre as desigualdades, as hierarquias sociais de conhecimento e de saúde. Complementa Alcoff (2016), que a identidade e a localização social dos sujeitos envolvidos na pesquisa são relevantes para o entendimento de que os discursos são socialmente posicionados.

A menção a essas autoras tem o intuito de apontar para a necessidade da reflexão sobre o meu *lugar de fala* na construção dessa pesquisa, que tem ligação com o lugar que ocupo; por isso [...] “seria preciso entender as categorias de raça, gênero, classe e sexualidade como elementos da estrutura social [...] esses

elementos criam lugares sociais e moldam experiências comuns [...] há a quebra da visão universal” (Ribeiro, 2017, p.61). Logo, importa dizer que eu falo do lugar da mulher afro-indígena, professora e pesquisadora que mora na capital maranhense e compreendo que a categoria *lugar de fala* envolve um debate sobre as estruturas de poder.

Uma categoria interessante para interpretar a maneira como construí esta pesquisa, segundo Collins (2016), é a de *outsider within*<sup>4</sup> (estrangeira de dentro). A condição *outsider within* significa que uma mulher afro-indígena maranhense não é uma completa estrangeira para as mulheres das comunidades quilombolas rurais do interior maranhense, mas também não é uma completa conhecida. Esse status proporciona às pesquisadoras negras uma peculiar posição de proximidade e distância, dado que há o favorecimento da habilidade do “estrangeiro” em ver aspectos culturais que dificilmente podem ser percebidos por aquelas pessoas já imersas na situação, e a oportunidade de negociação para contribuições à pesquisa.

A pesquisadora negra, também, é uma *outsider within* na academia, isto é, sua produção e seu saber são periféricos dentro da hierarquia criada pelo poder colonial e patriarcal do saber. Segundo Alcoff (2016), o colonialismo, ao criar identidades, determinou quais seriam aquelas silenciadas e desautorizadas epistemologicamente e, contrariamente, quais seriam as autorizadas a falarem e serem ouvidas. Collins (2016) complementa, argumentando que o ponto de vista da *outsider within*, seria o rompimento com essa (des)autorização colonial, porque é um *ponto de vista* “das e para mulheres negras”. Isso indica que uma pensadora negra é uma voz em diálogo com outras vozes também silenciadas. (Collins, 2016, p. 115).

Em relação às questões subjetivas das pesquisadoras negras, Collins argumenta que a subjetividade tão problematizada na academia pelas ciências sociais, em geral, é a subjetividade do homem branco europeu que está no centro da análise. Ao contrário, a subjetividade das pensadoras negras está à margem. A *outsider within* tende a uma nova orientação do pensar e, por isso, tem o desafio de enxergar a “realidade social para além do socioeconômico e compreender o peso da cultura, das desigualdades de etnia/raça, de gênero, de localização, de orientação

---

<sup>4</sup> *Outsider within* é uma categoria elaborada por Patrícia Hill Collins (2016).

sexual, de idade, da discriminação, do preconceito e do entendimento de que não há como hierarquizar desigualdades” (Gomes, 2010, p.495).

Também é relevante o que coloca Muniz Sodré (2016) sobre *estratégias sensíveis*, ao valorizar a diversidade dos modos de sentir como crítica à dicotomia entre a razão e a emoção. Esse autor questiona a racionalidade crítico-instrumental da modernidade, que estabeleceu posições fixas de sujeitos e, contrariamente, recomenda não ignorar a dimensão afetiva, pois o fenômeno da *apreensão sensível* implica em uma estratégia de aproximação das diferenças, de dissolver as posições fixas de sujeitos, o que é imprescindível na formação do conhecimento.

Esse pensar ajuda na tentativa de uma apreensão sensível, e a construir estratégias de aproximação, negociação, troca de informações e criação de um espaço de interação para valorizar os chamados pontos de vista periféricos, oportuniza um espaço de escuta das vozes inaudíveis. Assim, argumenta Ribeiro (2017), ajudamos a remover silêncios impostos às que não têm espaços para falarem e serem ouvidas sobre suas demandas, e de acesso em termos da sua saúde sexual e reprodutiva; por outro lado, estamos contribuindo para uma ruptura epistemológica proposta pelos entendimentos dos teóricos das populações negras.

Quando tomei ciência das dificuldades de acesso aos serviços de assistência à saúde sexual e reprodutiva, e na condição de pesquisadora maranhense que vem engendrando uma trajetória acadêmico-profissional baseada em estudos socioantropológicos, estudos de gênero e pensamentos feministas negros para compreensão dos aspectos subjetivos, socioculturais e das iniquidades que envolvem a sexualidade e a reprodução humanas, senti a inquietação de saber por que o estado do Maranhão (que já apresentou o maior índice de laqueaduras tubárias em mulheres nas décadas de 1980 e 1990), continua a apresentar índices negativos em termos de saúde sexual e reprodutiva, principalmente entre as mulheres negras rurais?

Conseqüentemente, já estava considerando a possibilidade de desenvolver uma pesquisa junto às mulheres afetadas pela precária implementação das *políticas públicas de saúde da mulher*, quando, no ano de 2015, como já apontei acima, surgiu a oportunidade de conhecer a microrregião de Codó, na ocasião de uma

reunião do Coletivo de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Maranhão (CMTR-MA)<sup>5</sup>, que seria realizada na cidade de Peritoró (localizada entre os municípios de Alto Alegre e Codó).

Nos intervalos da reunião, conversei com algumas mulheres associadas e assistidas por esse coletivo, ouvi relatos sobre suas dificuldades de acesso aos hospitais locais e aos exames relativos à saúde da mulher. Então, constatei que um entendimento sobre os impactos das políticas públicas de saúde da mulher e da população negra, somado aos aspectos da realidade local, resultaria em uma contribuição para ampliar as discussões em torno das políticas públicas de saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Desse modo, surgiu o interesse em começar a pesquisa exploratória na região de Peritoró, que se concretizou com a verificação empírica das más condições de acesso e atenção à saúde das mulheres, a partir das informações passadas por uma agente municipal dos serviços de saúde da família na região.

Em relação às estratégias de aproximação e aos instrumentos de construção das informações, cabe destacar que a principal limitação no início desta pesquisa foi não conhecer as dimensões geográficas, os caminhos que levavam aos povoados, como, também, apenas, havia construído relação com uma moradora dos povoados de Peritoró. Desse modo, foi necessária a construção de uma rede de contatos para ingressar em campo e estabelecer a confiança mútua entre eu e mulheres que aceitassem colaborar com esta pesquisa.

Para isso, foi contactado o Coletivo de Mulheres Trabalhadoras Rurais (CMTR-MA), depois a Secretaria Municipal de Igualdade Racial e, finalmente, a presidente e a vice-presidente da associação dos moradores dos povoados, para nos apresentarmos, e os objetivos desta pesquisa. A intenção foi deixar claros os objetivos para as mulheres quilombolas. O CMTR-MA colaborou ao ensinar o caminho até as comunidades. Chegamos a ir anteriormente em outras quatro comunidades (São Paulo, José Augusto, Boa Hora 3 e Tesouro); entretanto houve pouca adesão das mulheres nessas localidades.

---

<sup>5</sup> Como já dito, nesse período estava orientando uma aluna do Instituto Federal do Maranhão, em São Luís, no Campus Maracanã. Em seu trabalho, ela fazia o histórico do CMTRMA. Na ocasião esta aluna me informou que em Peritoró haveria uma reunião com grande participação das mulheres rurais do interior maranhense; então decidimos conhecer estas trabalhadoras.

Da mesma forma como nas tentativas anteriores, primeiramente, na Eira dos Coqueiros, agendei uma roda de conversa inicial com as mulheres para apresentarme, explicar os objetivos da pesquisa e convidá-las a participar de maneira voluntária. Lá precisei ser hospedada pela presidente da *Associação dos Trabalhadores Rurais da Comunidade Eira dos Coqueiros* devido à distância entre os povoados e o centro de Peritoró.

No início, quando chegávamos aos referidos povoados, as mulheres, principalmente as mais velhas, perguntavam: “tu veio dirigindo sozinha de São Luís até aqui”? Tratava-se de estranhamento e curiosidade, afinal que mulher é essa que dirige mais de 250 km sozinha até um povoado cercado de mata? Também se tratava de uma preocupação cujo motivo só entende quem sabe o que é ser mulher no Brasil.

Supus que minha aceitação pelas mulheres quilombolas da Eira dos Coqueiros e Santa Maria ocorreu porque algumas consideraram que a pesquisa seria importante por tratar das questões de sua saúde e por terem sentido a oportunidade de darem visibilidade às suas condições de vida e reivindicações por condições dignas de vida e de tratamento em saúde. Outras comunidades não demonstraram tanto interesse. Entretanto, não senti dificuldade em conversar com todas.

Na segunda ida a campo, já me desloquei sozinha pelas comunidades. Depois de estabelecidos os primeiros contatos, apliquei um breve questionário sobre o perfil das mulheres para ajudar na aproximação e, também, adquirir uma dimensão socioespacial das comunidades (Apêndice A).

Ainda como forma de aproximação, tive conversas informais durante o acompanhamento dos festejos religiosos e do dia da consciência negra nas comunidades, no ano de 2018. O passo seguinte foi realizar um grupo focal, técnica de trabalho em grupo realizado com algumas pessoas com características em comum que as qualificam para a discussão do que objetiva a pesquisa (Gatti, 2005).

O grupo foi formado a partir de um convite para a discussão do tema gerador: a saúde sexual e reprodutiva. Aceitaram o convite as mulheres que demonstram maior empatia com a temática. O critério de participação foi pertencer à comunidade e ser maior de dezoito anos. O local dos encontros buscou favorecer a interação das

participantes e a gravação dos áudios. Na comunidade da Eira dos Coqueiros, colocamos cadeiras em círculo na sala da casa de uma das moradoras; em Santa Maria, realizamos um encontro na sala de aula da escola e o outro, também, na varanda da casa de uma das moradoras. As reuniões nas comunidades, tiveram de seis a oito participantes.

A intenção de utilizar o grupo focal para a construção de dados visou favorecer um espaço de acolhimento, de interação, de diálogo, de escuta, de troca e de debates, de modo a ativar diferentes vozes. A escolha também se deu devido à dificuldade de ir várias vezes a campo fazer entrevistas individuais porque o acesso a elas, principalmente no período chuvoso, é praticamente inviável. De imediato, não houve o debate sem que as participantes fossem estimuladas, o que aconteceu como mais facilidade no segundo encontro em grupo.

Em relação às atividades dos encontros, primeiramente nos apresentávamos, eu e minha aluna, que me acompanhava, depois debatíamos a temática da saúde reprodutiva. A dinâmica buscou a interação, promovida pela pesquisadora/mediadora, entre as mulheres participantes da pesquisa, pois não se tratou de um processo direto e fechado em que se alternavam perguntas e respostas, e sim de uma discussão focada nos tópicos: como está a saúde da mulher? O acesso ao pré-natal, parto, exames do colo do útero e das mamas? O cuidado com o período pós-menopausa? O atendimento na rede de saúde, as dificuldades de acesso? O que você acha que deve melhorar? Você sabe quais são os direitos à saúde das mulheres?

As informações produzidas, nesse contexto, são consideradas de caráter qualitativo, pois não se teve a preocupação de obter um consenso; pelo contrário, as opiniões convergentes e divergentes foram bem-vindas, o que importou foi o debate das questões propostas (Gatti, 2005).

Assim, esta pesquisa buscou trabalhar com uma perspectiva etnográfica que considera o contexto dialógico, nos termos de Geertz (2017). Visou *uma interpretação do ponto de vista do nativo*, de significados produzidos localmente desde a interação dialógica entre pesquisadora e mulheres quilombolas.

Também levei em conta o meu lugar de fala, porque o cientista pesquisa o outro, mas a partir da sua localização social (Ribeiro, 2017), e atenta para o que

destaca Menezes: a entrevista ou o grupo focal são interações sociais entre pesquisadora e pesquisadas, “é uma relação entre subjetividades diferentes porque trata-se de um espaço de interação entre pessoas em posições sociais diferentes, em que se negociam saberes, práticas e interesses” (Menezes, 2005, p. 8).

A pesquisa de campo ocorreu durante os anos de 2018 a 2019, teve uma interrupção devido à pandemia; depois apenas foi possível ir mais uma vez a campo nos dias 08, 09 e 10 de dezembro de 2021.

Como instrumentos de produção das informações, como já apresentei, foram utilizadas duas entrevistas semiestruturadas e dois grupos focais em cada uma das comunidades. Na comunidade Eira dos Coqueiros, o primeiro grupo focal foi apenas de apresentação da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa, e contou com a participação de dez mulheres maiores de dezoito anos; no segundo participaram quatro mulheres também maiores de dezoito anos. Na comunidade Santa Maria, participaram, no primeiro grupo focal, nove mulheres, e no segundo três mulheres, todas acima de dezoito anos; e na Comunidade Sossego, apenas conversei com três mulheres, depois a pesquisa de campo foi interrompida pela pandemia.

### **1.3 Exposição dos capítulos**

O texto está organizado da seguinte maneira: esta introdução tratou dos aspectos teórico-metodológicos da pesquisa e de apresentar seu problema e seu contexto. O capítulo 1 trata das características socioespaciais do estado do Maranhão e do município de Peritoró, e das características socioeconômicas das comunidades. O destaque é para a questão fundiária do estado do Maranhão, a história da desagregação da economia de agroexportação do algodão e da cana-de-açúcar, da exclusão e dos confrontos entre os trabalhadores rurais destituídos de terra, das frentes de ocupação do território maranhense, da frente litorânea e da frente pecuária. E dos projetos de desenvolvimento a partir da década de 1950, sendo o maior deles a construção da ferrovia da Vale do Rio Doce. Quanto ao município de Peritoró, ele fica na Mesorregião Leste maranhense e na Microrregião de Codó, uma região popularmente conhecida como *mata dos cocais*; tem baixas taxas de cobertura de saneamento básico, a maior parte da população vive na zona



rural. Quanto às comunidades rurais, estima-se que sejam em torno de sessenta; doze delas se autodenominam remanescentes de quilombos.

O segundo capítulo aborda o histórico da redemocratização do país e a institucionalização das políticas brasileiras de assistência à saúde sexual e reprodutiva, como a Política de Saúde Integral da Mulher (2004), com destaque para o protagonismo do movimento de mulheres negras que destacou a interseccionalidade das opressões sofridas, o racismo e o machismo, procurando mostrar que as pautas das mulheres negras são diferentes, e como estas foram as mais atuantes para a construção e a institucionalização das políticas de saúde para as populações negras. O subitem 2.3 faz um balanço dos dados secundários sobre os principais serviços de saúde acessado pelas mulheres, indica dissimetrias entre mulheres brancas e mulheres negras, e entre o que as legislações instituem e o que as mulheres conseguem acessar.

O terceiro capítulo descreve como são as comunidades quilombolas estudadas, seu modo de vida e de se identificar com o território, e compreende que os quilombos dos dias atuais são resultados da diversidade da sociedade brasileira, resistem por sua soberania alimentar por meio da sua cultura de subsistência, e sua solidariedade.

O quarto capítulo analisa as falas das mulheres, com destaque para o fato que as suas perspectivas sobre a saúde da mulher diferem conforme a geração; as mulheres mais velhas tiveram mais contato com os conhecimentos tradicionais da comunidade, contaram com o auxílio de parteiras e maior solidariedade das outras mulheres no momento do parto, tiveram mais filhos, porém com maior mortalidade infantil; já as mulheres mais jovens tiveram mais experiências com os serviços da rede SUS que, mesmos deficitários, fizeram com que elas tivessem mais contato com o conhecimento biomédico; elas têm menos filhos e a mortalidade infantil é menor. Por fim, diante da precariedade no atendimento médico para essas comunidades, elas têm ciência de que precisam de um atendimento diferenciado e, como forma de resistência, fazem a mediação entre seus conhecimentos tradicionais e os conhecimentos médicos para preservarem a sua saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da escrita desta tese, é clara a constatação de que muito ainda ficou por ser escrito, por ser ouvido, por ser problematizado, analisado e teorizado. Foi concluída a produção textual, mas a problemática e a necessidade de mais estudo não encerram-se. Quando iniciei os trabalhos de campo nas comunidades, muitas das mulheres perguntaram-me: “no que o teu trabalho vai contribuir para a nossa comunidade?”. É compreensível a expectativa por quem demanda efetiva presença do Estado diante de várias negação de direitos. Mas, as pesquisas na área das ciências sociais têm seus limites, e eu respondi que se tratava de uma pesquisa primária, que eu apenas podia atuar na produção de um conhecimento sobre suas vivências e suas experiências de saúde sexual e reprodutiva em seus territórios, e levar o resultado da pesquisa para outras instituições estatais e apresentar as suas demandas.

O esforço metodológico foi aproximar-me do ponto de vista situado das mulheres negras quilombolas das comunidades *Eira dos Coqueiro*, *Sossego* e *Santa Maria* do município de Peritoró – MA objetivando apreender suas percepções de “saúde da mulher” e sobre o acesso às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva. Pelos dados que construí junto com as minhas parceiras de pesquisa, o atendimento médico na rede pública do SUS é bem precário e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não foi implementada na região de Peritoró-MA.

O histórico das conquistas na área da saúde como, a criação do SUS, as legislações e institucionalização de políticas públicas de saúde específicas para as mulheres e a população negra, ao mesmo tempo, em que gerou, entre essas mulheres, uma demanda atual por esses serviços, em contrapartida há uma acentuada assimetria entre o que as legislações garantem e o que elas conseguem acessar.

É claro que o direito à saúde está relacionado diretamente ao acesso aos serviços públicos de saúde, por isso a institucionalização dos referidos direitos tem sido considerada um avanço e uma ampliação dos direitos sociais e humanos. Contudo, esses ganhos, além de contra argumentados por perspectivas universalistas e liberais, que disputam postos de poder que atravancam a efetivação

das políticas públicas focadas, elas apresentaram-se insuficientes para atender justamente as pessoas que mais precisam.

No plano formal há o reconhecimento de que as diversidades da população negra, principalmente as residentes em comunidades interioranas e tradicionais são um segmento diferenciado da população brasileira. Entretanto, essa diferenciação não está claramente estabelecida em termos de programas, planejamentos e de políticas públicas focalizadas para esses segmentos, mesmo com a existência do programa “Brasil Quilombola”, que abrange vários aspectos das condições socioeconômicas dessas populações.

Questão que também se coloca necessária para implementação de políticas públicas é a do orçamento, pois sem ele é impossível efetivar qualquer política seja na esfera federal, estatal ou municipal. Também, é salutar a presença de pessoas negras nesses espaços de decisão.

Na área da saúde, a PNSIPN, configura-se como uma ação afirmativa em saúde para população negra em geral. Entretanto, existem lacunas diante das demandas ainda mais específicas. Como a necessidade de um tratamento diferenciado que pode ser constatada quando as mulheres expuseram que a maior reivindicação das comunidades estudadas é ter um agente de saúde que more na comunidade, assim como a implantação de um posto de saúde (UBS) no seu território.

Outro aspecto que se mostrou bastante significativo foi quando Dona Marielle e Dona Esperança expuseram situações de discriminação ao dizerem que “a gente que de comunidade sofre mais discriminação”, evidentemente fruto do racismo institucional que é a incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica. O racismo institucional pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação através de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam minorias étnicas.

Dito isto, ainda é considerado um desafio a promoção integral da saúde da população negra e, ao reporta-me a Werneck, considero relevante a sugestão da necessidade do estabelecimento de “mecanismos capazes de fomentar uma nova

cultura institucional não discriminatória e efetivamente democrática” (WERNECK, 2010, p. 11). Fato que implica romper com a naturalização do caráter discriminatório das políticas públicas e das ações do Estado. Estes requisitos são inadiáveis, incluindo monitoramento e avaliações coerentes com os objetivos das políticas e das lutas negras no campo da saúde até o momento.

A resposta ao que me propus investigar foi um tanto presumível. Mas, isso não significa que o conhecimento foi mínimo. Não, pelo contrário, pois ao identificar algumas das barreiras que dificultam a efetivação das referidas legislações e seus efeitos práticos locais, esta pesquisa teve o contributo de recuperar as experiências das mulheres negras quilombolas (Kilomba, 2020), Tentei ao máximo apresentar suas falas sem cortes e edições para que pudessem ser lidas/ouvidas e, assim acredito ter contribuído para romper o silêncio de vozes historicamente silenciadas, e, também, romper com as forças silenciadoras dessas pessoas, uma vez que elas expressaram sobre suas dificuldades na hora do parto, as dificuldades de realizarem exames preventivos da *saúde da mulher*. E diante das carências de serviços biomédicos, elas relataram que recorrem aos seus conhecimentos ancestrais, uma forma de reafirmação e de valorização de suas histórias de vida e de relação com o território.

No percurso da análise expus as experiências, as falas, as ideias, as reivindicações e as lutas das mulheres negras e assim elas demonstraram que são sujeitos de conhecimento construído em suas lutas diárias. Elas não se consideram nem, supermulheres, e, nem as extremas vítimas da opressão, são mulheres como muitas outras que, por meio de suas falas, ideias, demandas visam melhorar suas vidas. Uma das perspectivas principais que guiam as suas lutas e reivindicações é justamente o alcance à igualdade, é o sentido de dignidade.

Gostaria de ter uma resposta final àquilo que ainda pede muita luta para a ampliação do alcance da atenção à saúde sexual e reprodutiva para as comunidades que precisam de uma atenção específica de políticas públicas de saúde. Na verdade, com a pesquisa, foi muito mais eu que aprendi com as experiências de vida dessas mulheres, aumentei o meu conhecimento sobre a minha negritude. Parafraseado Neusa Souza (1983) em “Tornar-se Negro”, a pesquisa foi tomando para mim outro sentido, um exercício de reverência e resgate

da memória ancestral. Aprendi, indo a campo, com as leituras de Beatriz Nascimento e com o filme Ori, do qual cito um trecho literalmente: “É importante ver que, hoje, o quilombo traz pra gente não mais o território geográfico, mas o território a nível de uma simbologia. Nós somos homens. Nós temos direitos ao território, à terra. Várias e várias e várias partes de minha história contam que eu tenho o direito ao espaço que ocupo na nação. A terra é o meu quilombo. Meu espaço é meu quilombo. Onde eu estou, eu estou. Quando eu estou, eu sou” (Geder 1989). Na fala de Nascimento, há uma reflexão sobre a relação entre corporeidade e territorialidade, logo, quilombo é ser, é estar, é resistir, é atitude, é alinhar saberes que não se excluem, mas que se somam como no caso do saber médico sobre a saúde e o corpo das mulheres e os saberes tradicionais passados a gerações sobre plantas, chás e garrafadas.

As mulheres sujeitas desta pesquisa têm ciência de que são um segmento diferenciado da sociedade brasileira e que por isso precisam de um atendimento diferenciado, elas também sabem que ainda têm muito pelo que lutar. Por isto, e como forma de resistência, fazem a mediação entre seus conhecimentos tradicionais e os conhecimentos médicos para preservarem a sua saúde e sua forma de vida comunitária. Para finalizar, é imprescindível reforçar a necessidade de políticas públicas focadas para as populações negras, populações quilombolas, para as mulheres negras como mais uma maneira de superação do racismo e do sexismo, profundamente enraizados na sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Alberto. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Libertária, Elefante, 2016.

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ALCOFF, Linda Martín. Uma epistemologia para a próxima revolução. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, jan./abr., 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922016000100129](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100129)>.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de; MORÃO, Laís. **Questões Agrárias no Maranhão contemporâneo**. Manaus: UEA Edições, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/25435>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. **Quilombolas e novas etnias**. Manaus: UEA Edições, 2011.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Quilombos: Repertório Bibliográfico de uma Questão Redefinida (1995-1997). **ANPOCS/BIB**, Rio de Janeiro,. n. 45, 1. sem., 1998, p. 51-70. Disponível em: <<http://anpocs.org/index.php/edicoes-anteriores-es/bib-45?format=html>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ARRUTI, José Maurício. A Emergência dos “Remanescentes”: Notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas. **Mana**, v. 3, n. 2, p. 7-38, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/mana/v3n2/2439.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ÁVILA, Maria B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, sup. 2, p. 465-469, 2003.

BARATA, Rita B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** [SciELO Books]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23564/2/barata-9788575413913.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018

BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 33, sup 1, 2017.

BEMFAM. **Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste – Brasil-1991**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.º 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.º 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

BRASIL. Fundação Cultural Palmares – FCP. **Comunidades Certificadas. Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. Atualizada até a Portaria Nº 36/2020, Publicada no DOU de 21/02/2020. Disponível em: <[http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=37551](http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: atenção à saúde das mulheres negras. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva\\_equidade\\_pacto\\_nacional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em <Microsoft Word - Manual Preenchimento Óbito Materno 2011\_jan\_24 (aids.gov.br)>. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra**. Brasília: Editora MS/CGDI, 2017a.

BRASIL. 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. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Rede Cegonha. Universidade Federal do Maranhão. **Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento na Rede Cegonha**. Matriz Avaliativa. Junho, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192> > Acesso em 11 nov. /2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 51, n. 20. mai. 2020. Disponível em: <[www.saude.gov.br/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020](http://www.saude.gov.br/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CORREIA FILHO, Francisco Lages et al. **Projeto Cadastro de Fontes de Abastecimento por Água Subterrânea, Estado do Maranhão**: relatório diagnóstico do município de Peritoró. Teresina: CPRM - Serviço Geológico do Brasil, 2011.

CORRÊA, Sônia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1-6, p. 147-177, 1996. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/1996.v6n1-2/147-177>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

COLLINS, Patrícia Hill. Aprendendo com a *outsider within*: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**. v. 31, n. 1, jan./abr., 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100099)>.

COLLINS, Patrícia Hill. II. Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e prática de empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171 -188, 2002.

DAVIS, Angela. **Mulher, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.



DU BOIS. **As almas do povo negro**. São Paulo: Veneta, 2021.

FERRETTI, Sérgio; RAMALHO, José Ricardo (Org.). **Amazônia**: desenvolvimento, meio ambiente e diversidade sociocultural. São Luís: Edufma, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2014.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GOMES, Nilma L. Intelectuais Negros e Produção do Conhecimento: algumas reflexões sobre a realidade brasileira. In: SANTOS, Boaventura S.; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, ANPOCS, 1984, p. 223-244. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf)> acesso em: 15 ago. 2017.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In: RIOS, F.; LIMA, M. (Org.). **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos (E-book), Zahar, 2020.

GEERTZ, Clifford. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GUARDA, Olivani Izabel Domanski. **Mortalidade materna no Estado do Maranhão**. 2017. 92 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

HALL, Stuart. Identidade cultural e diáspora. **Comunicação & Cultura**. n. 1, 2006, p. 21 – 35. Disponível em: <[http://comunicacaoecultura.com.pt/wp-content/uploads/2010/07/01\\_01\\_Stuart\\_Hall.pdf](http://comunicacaoecultura.com.pt/wp-content/uploads/2010/07/01_01_Stuart_Hall.pdf)> Acesso em 26 jan. 2019.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vidas e doenças crônicas. Brasil, Grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde - PNS 2019**: ciclos de vida: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

IBGE. Diretoria de Geociências. **Zoneamento Geoambiental do Estado do Maranhão**: diretrizes gerais para a orientação territorial. Manuel Lamartin Montes (Sup.). Salvador, 1997. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95885.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

IBGE. Estado. **Portal Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>> Acesso em: 05 fev. 2020.

IBGE. **Portal Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/peritorio/panorama>> Acesso em: 05 fev. 2020.

IBGE. **PNAD Contínua 2017** – Educação. Atualizado em 18/05/2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>> Acesso em: 05 fev. 2020.

IBGE. Diretoria de Geociências. **Zoneamento Geoambiental do Estado do Maranhão**: diretrizes gerais para a orientação territorial. Manuel Lamartin Montes (Sup.). Salvador, 1997. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95885.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

IPEA. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação**: - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_retradodesigualdade\\_ed4.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_retradodesigualdade_ed4.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2020.

JANNOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano; SILVA, Katia Kilveira. **Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 25-33, jan. Idez. 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345310004>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MAIO, Marcos Chor. **Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do Século XIX**. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>>. Acesso em: 05 fev. 2020.

OLIVEIRA, Fátima. Quatro gerações de mulheres negras hysterectomizadas. **O Tempo**. Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/opiniaofatima-oliveira/quatro-geracoes-de-mulheres-negras-hysterectomizadas-1.1408290>>. Acesso em: 6 de dez. 2021

ONU. Instrumentos Internacionais De Direitos Das Mulheres. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Beijing: ONU, 1995. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2020.

ONU. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento, Cairo, 1994**. Brasília: UNFPA/CIPD, 1995. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

O'DWYER, Eliane Cantarino (Org.). **Terra de Quilombos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 1995.

OPAS BRASIL. Organização Mundial da Saúde (OMS). Banco de notícias. **Folha Informativa – Mortalidade Materna**, ago., 2018. Disponível <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820)>. Acesso em: 03 mar. 2018.

ORI. Direção Raquel Geder. Angra Filmes. São Paulo, 90 min, 1989.

PEDROSA, Luis Antônio Câmara. **A questão agrária no Maranhão**. São Luís: ABDA, 2010. Disponível em: <<http://abda.com.br/texto/LuisACPedrosa.pdf> >. Acesso em: 12 mai 2019.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura, [S. l.]*, v. 11, n. 2, 2008. DOI: 10.5216/sec.v11i2.5247. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/5247>. Acesso em: 26 fev. 2018.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: E. Lander (Org.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2000, p. 201-246.

REIS, Flávio. **Grupos políticos e estrutura oligárquica no Maranhão**. 2.ed. São Luís: [s.n.], 2013.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala**. Belo horizonte: Letramento/Justificado, 2017.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres Negras Brasileiras: de Bertioga a Beijing. **Revista Estudos Feministas**. v. 3.n. 2. Florianópolis, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16459>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

ROLAND, Edna. Saúde Reprodutiva da população negra no Brasil: entre Malthus e Gobineau. In: ARILHA, M.; CITELI, M. (Org.) **Políticas, Mercado, Ética**: demandas e desafios no campo de saúde reprodutiva. ed. 34. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS SILVA, Valdélino. Rio das rãs à luz da noção de quilombo. **Afro-Ásia**, Salvador, n. 23. 1999. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77002309>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SCAVONE, Lucila. **Dar e cuidar da vida**: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negrego em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

SEGRE, Marco. Direitos Humanos Atinentes à sexualidade In: ARILHA, M.; CITELI, M. (Org.) **Políticas, Mercado, Ética**: demandas e desafios no campo de saúde reprodutiva. ed. 34. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998.

SILVA, Aichely Rodrigues; CUNHA, Valdeir Vieira. A Luta pela terra no Maranhão: caso do Bico do Papagaio. Uberlândia: UFU, 2012. Disponível em: <[http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais\\_enga\\_2012/eixos/1195\\_1.pdf](http://www.lagea.ig.ufu.br/xx1enga/anais_enga_2012/eixos/1195_1.pdf)>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SODRÉ, Muniz dos Santos. **As estratégias sensíveis**: afeto, mídia e política. 2.ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2016.

TROVÃO, José Ribamar. **O processo de ocupação do território maranhense**. São Luís: IMESC, 2008.

VELHO, Otávio G. **Frentes de expansão e estrutura agrária**: estudo do processo de penetração numa área da Transamazônica [on-line]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009.

VERAS, Rosângela de S. **Mulheres Laqueadas**: a expressão do desejo feminino a espera de um atendimento adequado por parte das políticas públicas. [Monografia]. São Luís: UFMA, 1998.

VERAS, Rosângela de S. **Atrair ou repudiar a cegonha?** Estudo sobre as práticas reprodutivas das/os usuárias/os do Programa de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Materno Infantil. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

VILLELA, W. Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual da Mulher: Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. In: DINIZ, C. et al. **Saúde das Mulheres: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/981/55.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. v.25, n.3, São Paulo, jul-set, 2016, p.535-549. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 18 mar. 2018.

WERNECK, Jurema (Org.). Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Criola, 2010.

WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: Aejandra Ana Rotania. **Sob o signo das bios: Vozes críticas da sociedade civil**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2004.

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. **Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux [en línea]**, Genève: Graduate Institute Publications, 2009. Disponível em: <<http://books.openedition.org/iheid/6316>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

WICHTERICH, Christa. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015. Disponível em: <[https://br.boell.org/sites/default/files/boll\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_1.pdf](https://br.boell.org/sites/default/files/boll_direitos_sexuais_reprodutivos_1.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MORADORAS DOS TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS EIRA DOS COQUEIROS E SOSSEGO – PERITORÓ-MA.

Data: c) casa de tijolos com revestimento e  
Horário: piso.

**1. Nome:**

**7. Quantas pessoas residem nesta casa:**

**2. Idade:**

a) Homens:

b) Mulheres:

**3. Onde nasceu:**

c) Crianças:

d) Idosos:

**4. Quanto tempo mora nesta comunidade:**

7.1 Todos da mesma família:

a) Sim. b) Não.

**5. Escolaridade:**

a) analfabeta. b) fundamental incompleto.

c) fundamental completo. d) médio incompleto.

e) médio completo. f) superior incompleto.

g) superior completo.

**8. Possui algum parente nesta comunidade ou na comunidade vizinha:**

**9. Sobre o trabalho na comunidade:**

**10. Tem Roça:**

a) Sim. b) não.

**6. Condições da moradia:**

a) casa de sapê;

b) casa de tijolos sem revestimento na parede e piso de chão batido;

**11. De onde vem a renda da sua família?**

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

NOME: IDADE:

LOCAL: DATA:

- 1 – Onde você nasceu?
- 2 – Fale sobre a sua comunidade.
- 3 – O que é ser mulher quilombola e lavradora?
- 4 – Você é casada ou tem companheiro/a? Quer falar sobre seu relacionamento?
- 5 – Quantos filhos você tem?
- 6 – Já fez aborto ou teve perda natural?
- 7 – Qual é o método que você para evitar filhos?
- 8 – O que você acha desse método? Qual é o método ideal para você?
- 9 – O que é “saúde da mulher” para você? O que é preciso para a mulher ter boa saúde?
- 10 – Quais são as condições ideais para a mulher ter boa saúde?
- 11 – Como está a saúde das mulheres da comunidade? Quais as necessidades para uma boa saúde precisam ser atendidas?
- 12 – Como é o atendimento do agente de saúde? Do posto de saúde? Do hospital Geral?
- 13 – Quais você acha que é preciso para se ter a “saúde da mulher”?
- 14 – Quais são as demandas de saúde das mulheres da comunidade?
- 15 – Quais são os serviços para a saúde da mulher você consegue ter acesso? Método para evitar filho? Parto? Exame preventivo do útero e das mamas?
- 16 – Quais são as dificuldades que você encontra para ter acesso a esses atendimentos de saúde?
- 17 – Você já teve acesso a algum serviço de saúde específico para a mulher quilombola?
- 18 – Existe na comunidade alguma luta ou organização para conseguir e/ou melhorar esses serviços? E o CMTR-MA tem ajudado vocês a conseguir melhor atendimento de saúde?
- 19 – Na comunidade tem parteira/o e/ou benzedeira/o que ajuda na saúde da mulher?
- 20 – Quais remédios naturais ou ervas que é bom para a saúde da mulher? Sua mãe ou sua avó te ensinou alguma boa dica para a saúde da mulher?
- 21 – Tem casos de violência contra a mulher aqui na comunidade? Já aconteceu com você?
- 22 – Você quer falar ou perguntar sobre algum assunto em relação a minha pesquisa que eu não falei?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa intitulada “**Saúde Mulher**” **Trabalhadora Rural quilombola Maranhense: direitos, relações de gênero, raça e territorialidade** que tem como objetivo analisar práticas e condições de acesso à saúde e direitos sexuais e reprodutivos em meio as relações socioculturais e de gênero, tendo como foco as experiências das mulheres residentes nas comunidades rurais, comunidades quilombolas e povoados maranhenses.

A colaboração com esta pesquisa é voluntária e não gera qualquer despesa por parte dos sujeitos participantes, ficando a cargo da pesquisadora arcar com os custos de sua execução, como sua locomoção e sua alocação etc., caso necessário.

2. Descrição da pesquisa, justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.

a. Esta pesquisa está sendo executada pela doutoranda em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Rosângela de Sousa Veras, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucila Scavone e Co-orientação da Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello.

b. Você foi selecionada (o) por ser uma mulher trabalhadora (o) rural e quilombola. Sua colaboração com a pesquisa não é obrigatória, mas é desejada.

c. Os objetivos específicos desta pesquisa são: apreender, a partir dos relatos coletados em entrevistas ou roda de conversa, quais são as suas percepções sobre saúde sexual e reprodutiva, contracepção, exames preventivos, pré-natal, parto, amamentação, menopausa; sobre o acesso à políticas públicas de atenção à saúde da mulher e se estas políticas estão voltadas para as especificidades da mulher rural e quilombola; apreender, a partir dos relatos, quais são suas vivências, reivindicações e lutas pelo acesso à saúde sexual e reprodutiva; e Analisar, a partir dos relatos coletados em entrevistas, como as relações sociais e relações de gênero influenciam para que a mulher tenha saúde e direitos.

d. Sua participação nesta pesquisa consistirá em algumas conversas e entrevistas sobre suas experiências no que diz respeito às suas práticas e vivências em questões de saúde das mulheres.

3. Descrição dos desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados.

a. Sua participação nas entrevistas envolve o risco mínimo de suscitar emoções e desconforto emocional devido à lembranças e/ou timidez.

b. A sua colaboração é garantida de várias formas: seu anonimato, a possibilidade de desistir a qualquer momento da sua participação e o cuidado com o seu bem-estar pessoal. Os benefícios derivam do fato de que sua participação contribuirá para melhorar as políticas públicas de atendimento à saúde sexual e reprodutiva das mulheres rurais e quilombolas do interior maranhense.

4. A pesquisadora estará constantemente disponível para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa e seus procedimentos, qualquer dúvida entre em contato com a pesquisadora pelos telefones celulares de números (98) 982089238 e (16)



997604340, ela residente na Rodovia MA 203. Condomínio Costa Araçagy, Torre Caraíva, Apartamento de número 408, no município de São José de Ribamar – MA.

5. Você é livre para recusar-se a participar ou para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

a. “A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.”

b. “Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a instituição.”

6. A pesquisadora e as instituições envolvidas garantem o sigilo e asseguram a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

a. Fica assegurado o sigilo sobre sua participação.

b. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Durante a redação do texto produzido a partir da pesquisa, iremos substituir os nomes por pseudônimos dificultando que possibilite a identificação dos sujeitos da pesquisa por outras pessoas que não a pesquisadora ou a (o) pesquisada (o).

c. Se uma pessoa pedir explicitamente os dados coletados relacionados a ela não serão utilizados para os fins desta pesquisa.

7. Você receberá uma via deste termo da qual constam o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que li e entendi todas as informações passadas pela pesquisadora e assim concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

Local:

Data:

Assinatura: