



CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE DE UM GRUPO DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA
SOCIOECONOMIC AND HEALTH CHARACTERISTICS GROUP OF WOMEN IN A QUILOMBOLA COMMUNITY
CARACTERISTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD DE UN GRUPO DE MUJERES DE UNA COMUNIDAD QUILOMBOLA

Lisie Alende Prates¹, Andrêssa Batista Possati², Marcella Simões Timm³, Cleunir de Fátima Candido de Bortoli⁴, Priscila Bisognin⁵, Lúcia Beatriz Ressel⁶

RESUMO

Objetivo: identificar as características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada com 13 mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no Sul do Brasil. A análise das informações foi a descritiva simples. **Resultados:** a faixa etária das mulheres era de 14 a 56 anos, a maioria apresentava relação consensual e não desenvolvia atividade remunerada. A renda familiar mensal concentrou-se entre R\$ 70,00 e R\$ 800,00. Em média, a menarca ocorreu entre 12 e 14 anos, a coitarca entre os 17 aos 18 anos, a menopausa entre 40 e 51 anos. A maioria realizou pré-natal, não apresentou complicações no período gravídico-puerperal e amamentou entre 15 dias a cinco anos. A maioria não utilizava nenhum método contraceptivo. **Conclusão:** muitas destas características estavam condicionadas ao contexto de vida e consistiam em particularidades. **Descritores:** Saúde da Mulher; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Características da População.

ABSTRACT

Objective: to identify the socioeconomic and health characteristics of a group of women from a quilombola community. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach, carried out through semi-structured interviews with 13 women in a quilombola community, located in southern Brazil. The analysis of the information was simply descriptive. **Results:** the women were 14-56 years old, most had consensual relationship developed and not paid employment. The monthly family income was between R\$ 70.00 and R \$ 800.00 reais. On average, menarche occurred between 12 and 14 years old, first sexual intercourse between 17 to 18 years old, menopause between 40 and 51 years old. Most of them accomplished prenatal, with no complications during pregnancy and postpartum period and nursed between 15 days and five years. Most did not use any contraceptive method. **Conclusion:** many of these features were conditioned to the context of life and consisted of peculiarities. **Descriptors:** Women's Health; Ancestry Group of the African continent; Population Characteristics.

RESUMEN

Objetivo: identificar las características socioeconómicas y de salud de un grupo de mujeres de una comunidad quilombola. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado por medio de entrevista semi-estructurada con 13 mujeres de una comunidad quilombola, localizada en el sur de Brasil. El análisis de las informaciones fue la descriptiva simple. **Resultados:** el grupo de edad de las mujeres era de 14 a 56 años, la mayoría presentaba relación consensual y no desarrollaba actividad remunerada. La renta familiar mensual se concentró entre R\$ 70,00 y R\$ 800,00 reales. En media, la menarquia fue entre 12 y 14 años, la primera relación sexual fue entre los 17 y los 18 años, la menopausia entre 40 y 51 años. La mayoría realizó prenatal, no presentó complicaciones en el período gravídico-puerperal y amamantaron entre 15 días a cinco años. La mayoría no utilizaba ningún método contraceptivo. **Conclusión:** muchas de estas características estaban condicionadas al contexto de vida y consistían en particularidades. **Descriptores:** Salud de la Mujer; Grupo con Ancestrales del Continente Africano; Características de la Población.

¹Enfermeira Mestre, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Bolsista CAPES. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: lisiealende@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: deusa_possati@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: marcella.timm@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: cleunir_candido@hotmail.com; ⁵Arte-educadora, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: pribisognin@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGEnf/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Embora o quesito cor/etnia conste em inúmeros documentos oficiais (declaração de nascido vivo; certidões de nascimento e de casamento; título eleitoral; boletim de ocorrência policial; declaração de óbito) e em inúmeros sistemas de informações de saúde nacionais (sistema de informações sobre mortalidade; sistema de informações sobre nascidos vivos; sistema de informação de agravos de notificação; vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência; sistema de informação hospitalar, entre outros), percebe-se que esse item, na maioria das vezes, não é preenchido ou a informação declarada não corresponde à realidade. Com isso, percebe-se que ainda são escassos os dados da população, no Brasil, considerando o recorte étnico-racial.¹⁻²

Apesar disso, os poucos dados existentes já permitem constatar que existem inúmeras diferenças relacionadas às condições de viver, adoecer e morrer, dependendo da cor/etnia da população.³ Se forem considerados aspectos como, por exemplo, etnia e gênero, observando as produções encontradas na literatura, algumas ponderações já se desvelam, tendo em vista que, ao longo dos anos, algumas especificidades da população negra na área da saúde, especialmente entre as mulheres, têm se revelado.

Nesse sentido, observa-se, inicialmente, que a mulher negra tradicionalmente encontra-se abaixo da linha da pobreza, com dificuldades de inserção no mercado de trabalho, em situação de analfabetismo, chefiando famílias sem cônjuge e com muitos filhos. Elas também têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência no período gravídico-puerperal, apresentando, assim, maior vulnerabilidade a determinadas doenças, entre as quais, destacam-se o diabetes do tipo II, hipertensão arterial, miomas uterinos, anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, síndromes hipertensivas na gravidez; câncer cervicouterino e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.¹

Além disso, destaca-se que a mortalidade materna, que representa um indicador de saúde que retrata fidedignamente as condições de saúde e a qualidade de vida, e que poderia ser modificado a partir do acesso ao cuidado pré-natal e/ou um cuidado pré-natal de melhor qualidade,⁴ entre as mulheres negras, apresenta um índice superior quando

comparado aos valores encontrados entre as mulheres brancas.⁴⁻⁶

Nesse contexto, aspectos como a precariedade das condições de vida das mulheres negras, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa qualidade do atendimento prestado, a diferença no tratamento recebido, a ausência de ações e/ou de capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais essas mulheres estão expostas são elencados como causas para a alta incidência de óbito nesse segmento populacional.^{1-2,5,7}

Quando estas mulheres pertencem a determinados grupos, como é o caso das comunidades quilombolas, dados socioeconômicos e de saúde, que permitem conhecer suas condições de saúde, praticamente inexistem na literatura.⁸ Entretanto, considera-se que informações como estas não devem ser descartadas, mas exploradas e analisadas, pois são fundamentais na elaboração, implementação e monitoramento de políticas e ações que atendam necessidades específicas dos indivíduos, em particular as mulheres quilombolas. Nesse contexto, cabe esclarecer que as comunidades quilombolas abrangem acampamentos organizados em zonas rurais, desde o Brasil Colônia e Brasil Império, onde se refugiaram escravos, ex-escravos e indivíduos de outros grupos étnicos. Os indivíduos que residiam, e que continuam a residir, nestes locais, são denominados de quilombolas.⁹

A justificativa do presente estudo guarda relação com a escassa produção científica sobre as características de mulheres quilombolas e a possibilidade de melhor direcionar as ações de saúde voltadas a esse público a partir deste levantamento. Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar as características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola.

MÉTODO

Estudo descritiva com abordagem qualitativa. As participantes foram 13 mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no Sul do Brasil. Foram incluídas, na pesquisa, mulheres quilombolas, residentes na comunidade onde foi realizado o estudo, que apresentavam, no mínimo, 12 anos de idade (entendida como a faixa etária de início da adolescência)¹⁰ e que apresentavam condições psicocognitivas para participar da pesquisa. Salienta-se que a seleção das participantes ocorreu de forma intencional,

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

levando em consideração os critérios de inclusão e objetivos do estudo.

A produção dos dados, que permitiram a identificação do perfil das mulheres quilombolas, participantes do estudo, foi obtida por meio de entrevista individual semiestruturada. A entrevista consiste em uma técnica de coleta de informações acerca de um determinado tema, que pode ser do tipo semiestruturada, na qual há a combinação de perguntas fechadas e abertas, o que permite utilizar, ao mesmo tempo, perguntas previamente formuladas e também abordar livremente o tema proposto.¹¹

Os dados gerados nas entrevistas foram submetidos à análise descritiva simples. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 13 de dezembro de 2013, sob o número do processo 25345113.7.0000.5346 e desenvolveu-se em fevereiro de 2014. As mulheres, maiores de 18 anos, receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já, em relação às adolescentes, menores de 18 anos, estas assinaram o Termo de Assentimento, assim como seus responsáveis assinaram o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunidade é formada por 28 famílias, que totalizam 101 indivíduos, sendo 51 (50,49%) homens e 49 (48,51%) mulheres. Destas, 26,53% (n=13) compuseram o grupo entrevistado na presente pesquisa. Em contraste com estudos existentes na literatura, é possível verificar que o número de indivíduos e famílias, bem como a sua composição, varia de uma comunidade para outra,¹² sendo possível identificar comunidades que apresentam 90 famílias e, aproximadamente, 500 indivíduos,¹³ assim como outras formadas por sete famílias, que totalizam 57 pessoas.¹⁴ Considerando o gênero, a distribuição do grupo feminino da comunidade estudada assemelha-se a outras, a exemplo de um estudo,¹⁵ no qual as mulheres representavam 49,81% da população de sua comunidade e em outro,¹⁶ em que correspondiam à 55% da população total.

No que se refere às faixas etárias, percebe-se que as idades das participantes do estudo variaram entre 14 e 56 anos, não sendo identificada uma faixa etária predominante. Entretanto, ao agrupar as faixas etárias, de acordo com a classificação internacional de idades (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 a 59 anos; e assim sucessivamente), pode-se verificar que a maioria (53,84%, n=7) correspondeu à faixa

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

dos 30 aos 49 anos. Em outro estudo¹⁷ também se constatou que esta foi a faixa etária predominante entre as mulheres do local, as quais correspondiam à 48,9% do grupo.

Quanto à situação conjugal, cinco se declararam solteiras, cinco casadas, duas apresentavam uma relação consensual e uma era divorciada. Observa-se, portanto, que a maioria (53,84%) apresentava um relacionamento estável, da mesma forma como as mulheres quilombolas de outros estudos¹⁷⁻¹⁸ que referiram majoritariamente (69,34%) serem casadas ou apresentarem uma união estável, e dos homens e mulheres quilombolas de outras pesquisas¹⁹⁻²⁰ que, em sua maioria, também se declararam casados ou em união consensual. Contudo, esta situação conjugal difere entre os entrevistados (homens e mulheres) de uma comunidade quilombola, localizada na região do cerrado no Nordeste do Estado de Goiás, onde a maior parte afirma ser solteiro.²¹

Com relação à escolaridade, não foi identificada nenhuma analfabeta, sendo que a maioria (61,53%, n=8) apresentava ensino fundamental incompleto; as demais apresentavam ensino médio completo (23,07%, n=3) ou ensino fundamental completo (15,38%, n=2). No que tange à escolaridade, alguns autores¹⁸ que desenvolveram estudo com mulheres quilombolas, em Minas Gerais, destacaram os seguintes achados: 9,97% (n=41) nunca haviam frequentado o ambiente escolar; a maioria (39,17%, n=161) possuía entre um a quatro anos de escolaridade; 20,68% (n=85) apresentam cinco a oito anos de escolaridade; e 30,17% (n=124) apresentava escolaridade superior a nove anos. Embora os resultados tenham sido agrupados de forma distinta, observa-se que eles se assemelham entre o presente estudo e a pesquisa encontrada na literatura.¹⁸ Outros autores²¹ também identificaram que, na comunidade quilombola investigada, a maioria dos indivíduos apresentava apenas o ensino fundamental, contudo, este já havia sido concluído.

Outra pesquisa²⁰ desenvolvida com 121 mulheres e 97 homens quilombolas também evidenciou a baixa escolaridade nas comunidades, distribuídas entre 11 estados do país (Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e São Paulo). Nestas, 29,5% da população nunca frequentou a escola e 6% concluiu o ensino fundamental. Além disso, verificou-se que 3% dessa população sabia ler, embora nunca tenha frequentado a escola, e somente 2,3% cursou o ensino superior.

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

Considerando o grupo de mulheres entrevistadas, infere-se que elas apresentam uma escolaridade razoável. Ademais, apesar de algumas delas, especialmente as mais jovens, almejem ingressar no ensino superior, elas consideram esta possibilidade muito distante de sua realidade, devido, principalmente, às dificuldades de deslocamento para a zona urbana da cidade.

Quanto à religião, verificou-se a existência de católicas (53,84%, n=7) e evangélicas (46,15%, n=6). Diferente do que foi encontrado por um autor,²² em seu estudo, o qual verificou que a comunidade, localizada na Bahia, era predominantemente católica. Buscou-se outros estudos, desenvolvidos com mulheres ou populações quilombolas, com o intuito de identificar as religiões dos participantes, entretanto, verificou-se que o quesito religião é pouco explorado nos instrumentos de pesquisa utilizados pelos autores.

No que se refere às profissões/ocupações, a maioria (84,61%, n=11) das participantes referiu desenvolver atividades “do lar”. Além destas, duas afirmaram que realizavam atividades artesanais e também trabalhavam na padaria da comunidade, sendo que ambas as atividades eram remuneradas. Comparando-se com um estudo desenvolvido com 797 mulheres e homens quilombolas, identificou-se que 51,19% (n=408) dos entrevistados não desenvolvia nenhuma atividade no período de coleta de dados.²³ Outros estudos desenvolvidos com 1837¹⁹ e 218²⁰ mulheres e homens quilombolas identificaram diferentes ocupações, sendo que, no primeiro estudo, evidenciou-se as seguintes ocupações: lavrador (45,54%), do lar (20,33%), estudante (13,23%) e outra (20,88%); e no segundo: emprego fixo (11,82%), “bico” (14,51%), boia-fria (23,11%), desempregado (10,21%), estudante (1,61%), dona de casa (10,21%) e outros (18,81%).

A renda mensal das famílias das participantes deste estudo concentrou-se entre R\$ 70,00 e R\$ 800,00. Na literatura,²⁰ também foram encontradas rendas familiares semelhantes entre as comunidades quilombolas investigadas. Um estudo desenvolvido com 348 mulheres quilombolas identificou que 74,7% apresentava renda compatível com menos de meio salário mínimo, o qual, na época da pesquisa, era de R\$ 545,00 reais.¹⁷ Outros autores²⁴ desenvolveram sua investigação em comunidades quilombolas do Estado do Tocantins e também identificaram que a renda familiar, que se mostrava insuficiente

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

para a manutenção das famílias, consistia em pouco mais que um salário mínimo.

Em 2004, por meio de um levantamento feito com aproximadamente 150 comunidades quilombolas, verificou-se que a renda da maioria das famílias não ultrapassava R\$ 240,00 mensais. Passados mais de dez anos, observa-se que a realidade de muitas famílias quilombolas ainda não modificou consideravelmente no que se refere a este quesito.²⁵ Contudo, atenção especial deve ser dada à condição financeira destes indivíduos, pois esta pode influenciar no seu acesso à alimentação, educação e saúde.²⁴

Outra informação coletada, durante as entrevistas, se referiu aos familiares que residiam com as mulheres. Assim, quatro afirmaram residir com o companheiro e os filhos; duas com os pais; uma com os pais e irmãos; uma com os pais e filhos; uma com os pais, filhos e o companheiro; uma com o companheiro, os filhos e a neta; uma com o companheiro, os filhos e a nora; uma somente com os filhos; e uma morava sozinha. Observa-se, assim, uma variedade entre as respostas das participantes do estudo. Todavia, a composição das famílias quilombolas não é um aspecto considerado nos estudos, o que dificultou a análise deste item na presente pesquisa.

Algumas das mulheres que participaram do estudo relataram que viveram na comunidade até uma determinada idade, deixaram o local, por um curto período de tempo, em busca de melhores oportunidades de trabalho na cidade, mas depois retornaram para o quilombo e viviam no local desde então. Dessa forma, o tempo em que residiam na comunidade, considerando este retorno, variou entre um mês e 51 anos. Ao recorrer à literatura, a fim de confrontar estes achados, conforme já evidenciado em relação a outros dados levantados nesta investigação, constatou-se que esta também não é uma informação considerada pelos pesquisadores em suas produções. Contudo, acredita-se que, diante das dificuldades enfrentadas por mulheres, homens e crianças em inúmeros quilombos, é imprescindível investigar durante quanto tempo os indivíduos residem nestes locais, identificando-se possíveis processos de migração e por que eles ocorrem.

Além dos dados socioeconômicos, também foram coletadas informações referentes às características de saúde das participantes. Inicialmente, foram questionadas sobre a menarca, a qual observou-se que ocorreu em faixas etárias variadas. Assim, as mulheres referiram ter apresentado a primeira menstruação entre os 10 e 14 anos de idade,

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

havendo prevalência, principalmente, aos 12 (38,46%, n=5) e 14 anos (30,76%, n=4). Observando a produção existente na literatura, encontrou-se alguns achados que se aproximam dos observados nesta coleta de dados. Em uma das dissertações encontradas, por exemplo, a autora identificou que a menarca ocorreu, entre as meninas quilombolas, no intervalo que vai dos 11 aos 17 anos de idade, sendo que a média foi aos 13,87 anos.²⁶

Outros autores encontraram, em seus estudos, os 13 e 14 anos, respectivamente, como faixas etárias que demarcaram a menarca (16,27). Já em uma tese produzida na área da enfermagem, evidenciou-se o intervalo entre os nove e 19 anos de idade.²⁸

Com relação à faixa etária apresentada pelas participantes na primeira relação sexual, obteve-se o intervalo entre os 12 e 21 anos de idade, havendo uma predominância aos 17 (30,76%, n=4) e 18 anos (15,38%, n=2) e destacando-se também que uma das participantes referiu que ainda não havia mantido relações sexuais. Estes achados convergem, em parte, com os apresentados na tese referida anteriormente, em que as idades apresentadas pelas adolescentes em suas primeiras relações sexuais foram 13 (14,28%, n=1), 15 (14,28%, n=1), 16 (28,57%, n=2) e 17 (42,85%, n=3) anos, havendo também uma prevalência aos 17 anos.²⁸

As mulheres também foram questionadas quanto à vivência do climatério. Com isso, destaca-se que três delas referiram que já haviam entrado na menopausa. Elas afirmaram que as primeiras modificações, atreladas a esta fase, ocorreram aos 40, 48 e 51 anos de idade. Assim, percebe-se que o início da menopausa, assim como da menarca, varia de uma mulher para outra. Nesse sentido, uma pesquisa desenvolvida com 363 mulheres quilombolas, apontou que a idade de início da menopausa variou entre os 29 e 58 anos de idade, apresentando uma média de 48,30 anos, demonstrando, assim, uma grande variação na ocorrência deste evento.²⁶

Quanto aos antecedentes obstétricos, entre as 11 participantes que já haviam engravidado, o número de gestações variou entre um e nove, ressaltando que duas das 13 participantes nunca haviam engravidado. A maioria (30,76%, n=4) referiu ter vivenciado três gestações. Em pesquisa realizada em comunidades quilombolas no Norte de Minas Gerais, identificou-se um número muito mais elevado de gestações. Assim, verificou-se que a maioria (35,0%, n=144) teve quatro ou mais gestações, as demais gestaram um (18,7%, n=77), dois (18,0%, n=74) e três (16,5%, n=68)

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

bebês. Além disso, 11,7 % (n=48) afirmaram nunca ter engravidado.¹⁸

Quanto ao número de partos vaginais das participantes do estudo, este variou entre um (30,76%, n=4), dois (30,76%, n=4) e seis (15,38%, n=2), e o número de cesáreas entre um (38,46%, n=5), dois (15,38%, n=2) e três (7,69%, n=1). Na literatura, não foram encontrados estudos em que tenham sido consideradas as vias de parto de mulheres quilombolas. Entretanto, autores²⁹ salientam que existe uma concepção cultural de que as mulheres negras são mais resistentes e suportam mais a dor do que outras mulheres. Com isso, o cuidado ofertado a estas costuma direcioná-las ao parto vaginal, ao contrário das mulheres brancas, que costumam ser orientadas e também optam mais por cesáreas. Na comunidade quilombola deste estudo, os partos vaginais sobrepuseram-se às cesáreas, principalmente, pelo fato delas residirem distante do hospital e também pelo parto por via vaginal ser uma prática culturalmente aceita e valorizada entre estas mulheres.

Ademais, outros dados não considerados no presente estudo, mas em outros, foram a idade da primeira gestação (18, 26-27) e o intervalo entre as gestações.²⁶ Com relação à idade, embora as participantes tenham alegado que a gravidez na adolescência era comum na comunidade, no instrumento de coleta de dados, não foram previstos questionamentos sobre esses aspectos.

Verificou-se também a ocorrência de abortos entre as mulheres, sendo que uma delas referiu ter apresentado um aborto e outra dois, o que representa uma incidência baixa neste local. Em contraponto, estudo²⁶ desenvolvido em uma comunidade quilombola de Goiás, constatou-se uma incidência alta de abortos, os quais representaram 8,32% do total das gestações.

No que se refere ao número de filhos vivos, a maioria (38,46%, n=5) referiu ter três filhos. As demais referiram que possuíam um (15,8%, n=2), dois (15,8%, n=2), cinco (7,69%, n=1) e sete (7,69%, n=1) filhos. Em outras produções evidenciadas na literatura, observou-se uma média de 4,5 e 5,4 filhos entre as mulheres entrevistadas, respectivamente.^{16,27}

Ainda foi questionado às participantes se elas haviam realizado acompanhamento pré-natal, sendo identificada apenas uma participante que não realizou. Questionou-se também o número de consultas realizadas e o período em que iniciaram o acompanhamento, contudo, como a maioria vivenciou suas gestações há muitos anos, elas não souberam

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

fornecer estas informações de maneira fidedigna. Apesar disso, percebe-se que o acompanhamento pré-natal é feito por grande parte das mulheres quilombolas, conforme apontam autores, que verificaram que 92,1% das mulheres entrevistadas, em seu estudo, realizaram as consultas preconizadas neste período.²⁷

Investigou-se, também, se as mulheres apresentaram alguma complicação durante o período gravídico-puerperal, e a maioria (53,84%, n=7) afirmou que não. Entre àquelas que afirmaram terem apresentado, foi destacado como complicações caxumba, problemas na coluna, varizes e hipertensão durante a gestação. Pondera-se que a percepção das mulheres em relação ao que pode ou não ser uma complicação pode ser influenciada por inúmeros fatores, como a condição socioeconômica, o nível de escolaridade, o ambiente familiar e comunitário, o significado da gestação para a mulher e sua família, as crenças relativas a esse evento, dentre outros.

No tocante à amamentação, todas as participantes que já haviam gestado afirmaram ter amamentado seus filhos. O tempo de amamentação variou entre 15 dias a cinco anos e o tempo médio ficou entre seis e nove meses. Ao questionar as razões que as levaram a interromper o período de amamentação, verificou-se que eles convergem com os motivos referidos por outras mulheres, sejam elas quilombolas ou não.³⁰

As mulheres deste estudo referiram motivos variados para o desmame, entre eles, o bebê não queria mais o leite materno; o bebê foi hospitalizado; o leite acabou/secou; não possuía leite; crença de que o leite materno não alimentava a criança ou não era suficiente; a postura adotada durante a amamentação gerava dor nas costas da mulher. Ressalta-se que, entre as entrevistadas, prevaleceu as crenças de ausência de leite, leite fraco ou pouco leite. A crença do leite fraco, pouco ou insuficiente tem sido, culturalmente, utilizada como razão para o insucesso com a amamentação.³⁰

Além disso, ressalta-se que, embora as participantes tenham elencados os motivos para interromper a amamentação, ao questionar se elas haviam apresentado alguma complicação durante o período de amamentação, apenas duas mulheres afirmaram ter apresentado problemas, dos quais, uma afirmou que “o leite não descia” e outra que “o leite secou”. Desse modo, infere-se que apesar de a maioria não ter apresentado nenhuma complicação associada

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

à amamentação, ainda assim elas optaram pelo desmame.

Com relação à realização do exame preventivo do câncer de colo uterino, três (23,07%) nunca haviam realizado o exame e a maioria (53,84%, n=7) havia realizado o exame no ano de 2013. As demais realizaram o último exame em 2012 (15,38%, n=2) e 2010 (7,69%, n=1). Percebe-se, assim, que a prática de realização do exame variou entre as mulheres.

Nesse contexto, um estudo transversal de base populacional, realizado com 348 mulheres quilombolas, verificou que 56,3% (n=196) havia realizado o exame há mais de três anos, 16,4% (n=57) realizou há menos de três anos e 27,3% (n=95) nunca havia o realizado. Com relação àquelas que nunca realizaram o exame, os autores atribuíram aos seguintes fatores: faixas etárias entre os 18 e 29 anos e os 50 e 59 anos, pouca escolaridade, não ter cônjuge, buscar atendimento à saúde em serviços diferentes de seu local de residência e ter realizado exame clínico das mamas há três anos ou mais ou nunca tê-lo realizado.¹⁷

Concernente à utilização de métodos contraceptivos, cinco referiram que não utilizavam nenhum método; cinco alegaram que haviam realizado laqueadura; duas utilizavam anticoncepcional oral e preservativo; e uma, conforme mencionado, ainda não havia mantido relações sexuais. Ao relacionar estes achados com outro estudo, é possível inferir que as mulheres consideram que a utilização do preservativo só é necessária para evitar uma gravidez indesejada, desconsiderando sua importância na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

E das 363 mulheres entrevistadas, apenas 10% afirmou ter utilizado métodos contraceptivos (contraceptivos orais e chás) antes da primeira gestação. Depois do parto, o número de mulheres que passou a utilizar algum método subiu para 12,5% (26). Além disso, outra pesquisa desenvolvida com mulheres de comunidades quilombolas, localizadas em Minas Gerais, sinalizou que 29,2% (n=120) utilizava anticoncepcional oral, 10,7% (n=44) usava outros métodos contraceptivos, 24,3% (n=100) havia realizado laqueadura e 60,1% (n=247) não fazia uso de nenhum método.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O delineamento deste estudo permitiu identificar as características socioeconômicas e de saúde do grupo de mulheres, observando semelhanças e divergências entre mulheres, e

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

em alguns casos homens, quilombolas de outras comunidades, distribuídas pelo Brasil. Com isso, pode-se verificar que este grupo possui suas particularidades e singularidades, as quais devem ser observadas pela gestão, bem como pelos profissionais e serviços de saúde.

Constatou-se que muitas das características apresentadas pelas mulheres deste estudo estão condicionadas ao contexto de vida em que elas vivem. Neste cenário, são vivenciadas inúmeras desigualdades e dificuldades, que influenciam diretamente em suas condições de vida e de saúde.

Apontam-se como limites deste estudo alguns questionamentos que exigiam que as mulheres resgatassem algumas experiências vividas há muito tempo, principalmente àquelas ligadas ao período gravídico-puerperal. Com isso, pondera-se que algumas respostas possam não ter sido fornecidas com a precisão necessária, o que dificultou o seu aprofundamento neste estudo.

Além disso, salienta-se a escassez de estudos sobre as características socioeconômicas e de saúde das comunidades quilombolas existentes, particularmente no que se refere aos dados investigados neste estudo. Evidenciando-se, por exemplo, a inexistência de produções relacionadas com a distribuição dos indivíduos por gênero e idade, as preferências religiosas, a composição das famílias (considerando os membros do grupo familiar que residem no mesmo domicílio), os movimentos migratórios dos indivíduos para a zona urbana das cidades ou outros cenários, e as vias de parto escolhidas por mulheres quilombolas.

Almeja-se que este estudo desperte reflexões e estimule a elaboração de estratégias de saúde, que levem em consideração as características apresentadas por este grupo de mulheres e valorizem e respeitem as suas especificidades e histórias de vida. Considera-se que pesquisas como esta possam dar visibilidade às mulheres quilombolas, contribuindo em ações mais resolutivas diante dos agravos vivenciados por elas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras; 2005.
2. Sacramento NA, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

- 09];45(5):1142-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a16.pdf>
3. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F. Saúde da população negra; 2012.
4. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2014 Dec 23];22(1):2473-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>
5. Alexandre LBSP. Políticas públicas de saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole; 2007. p. 1-29.
6. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral EF, Rodrigues QP, Santos CCC. et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. Texto & contexto enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 10];22(2):285-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a03.pdf>
7. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres com anemia falciforme. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 10];13(4):352-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a16.pdf>
8. Gomes KO, Reis EA, Guimarães DC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 10]; 29(9):1829-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>
9. Marques CE, Gomes L. A Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneo: limites e potencialidades. Rev bras ciênc soc [Internet]. 2013;28(81):137-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v28n81/09.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. [cited 2013 Dec 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Priori A, Pomari LR, Amâncio SM, Ipólito VK. Comunidades quilombolas no Paraná. In: PRIORI, A. et al. História do Paraná: séculos

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

XIX e XX [online]. Maringá: Eduem; 2012. p. 47-58.

13. Silveira CL, Budó MLD, Ressel LB, Oliveira SG, Simon BS. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 02];10(3):585-92. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/17190/pdf>

14. Lara LM. Esporte e lazer em comunidades quilombolas no Paraná: identificando realidades e apontando desafios para implementação e/ou aprimoramento de políticas públicas. *Pensar práct* (Impr). 2012;15(1):37-51.

15. Silva JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, Uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Soc* [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 09];16(2):111-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/11.pdf>

16. Silva VO, Riscado JLS, Moreira EM, Lima DV, Santos EF. Saúde, comunidade remanescente de quilombo Chifre de Bode: aproximação alunos enfermagem às práticas comunidade. *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem (CBCEFNCBCENF)*. 2008 [cited 2015 Jan 05]; Belém-PA. Available from: <http://189.59.9.179/cbcefncbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=1&sec=22&niv=4&mod=1&con=129&pdf=1>

17. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 05];19(11):4535-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4535.pdf>

18. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 05];22(3):307-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>

19. Nascimento LB, Carneiro MAS, Teles AS, Lopes CLR, Reis NRS, Silva AMC. et al. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 12];42(6):657-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n6/09.pdf>

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

20. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 12];19(2):109-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/11.pdf>

21. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 12];37(99):610-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>

22. Santos JB. Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irará (BA). *Rev Nures* [Internet]. 2009; 13(5): 1-35. [cited 2014 Nov 06]. Available from: <http://www.pucsp.br/revistanures/Revista13/santos.pdf>

23. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 06];19(6):1835-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf>

24. Souza LO, Teles AF, Oliveira RJ, Lopes MAO, Souza IA, Inácio VSS, et al. Triagem das hemoglobinas S e C e a influência das condições sociais na sua distribuição: um estudo em quatro comunidades quilombolas do Estado do Tocantins. *Saúde soc* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 06];22(4):1236-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/24.pdf>

25. Ministério da Saúde (BR). Presidência da República. Programa Brasil Quilombola. Comunidades Quilombolas Brasileiras. Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. SEPPIR: Brasília; 2003.

26. Diniz MECG. Fecundidade e genética em Kalunga: busca de associação entre dados demográficos e marcadores moleculares num remanescente de quilombo brasileiro [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

27. Riscado JLS, Moreira EM, Santos AA, Araújo IRL, Silva NP, Abreu EB. Saúde, comunidade remanescente de quilombo Poço do Sal e aproximação às práticas de

Prates LA, Possati AB, Timmet MS al.

Características socioeconômicas e de saúde de um grupo...

enfermagem a partir da disciplina Metodologia Científica e Pesquisa em Saúde, da FASVIPA, Pão de Açúcar/AL. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Conselhos de Enfermagem (CBCEF). CBCENF. 2008. [cited 2015 Jan 10]. Belém-PA. Available from:

http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id173r0.pdf

28. Silva JMO. Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da enfermagem. [Tese]. Doutorado em Enfermagem. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.

29. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F. Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN; 2012.

30. Junges CF, Ressel LB, Budó, MLD, Padoin SMM, Hoffmann IC, Sehnem GD. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. Rev gaúch enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 20];31(2):343-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/20.pdf>

Submissão: 12/09/2015

Aceito: 15/11/2015

Publicado: 01/01/2016

Correspondência

Lisie Alende Prates

Universidade Federal de Santa Maria.

Departamento de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Prédio 26.

Avenida Roraima, 1000 / Cidade Universitária

Bairro Camobi

CEP 97105- 900 – Santa Maria (RS), Brasil