

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF  
CURSO DE ENFERMAGEM

LARYSSA DE FÁTIMA PEREIRA PALMEIRA

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE A ASSISTÊNCIA QUE  
RECEBERAM NO PRÉ-NATAL**

MACEIÓ  
2019

LARYSSA DE FÁTIMA PEREIRA PALMEIRA

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE A ASSISTÊNCIA QUE  
RECEBERAM NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de  
Alagoas, para obtenção do Título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jovânia Marques de Oliveira  
e Silva

MACEIÓ  
2019

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

- P172p Palmeira, Laryssa de Fátima Pereira.  
Percepção das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal / Laryssa de Fátima Pereira Palmeira. – 2019.  
56 f.
- Orientadora: Jovânia Marques de Oliveira e Silva.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2019.
- Bibliografia: f. 40-46.  
Apêndices: f. 47-56.
1. Mulheres. 2. Comunidade quilombola. 3. Cuidado pré-natal. 4. Grupo com ancestrais do continente africano. 5. Enfermagem em saúde comunitária. I. Título.

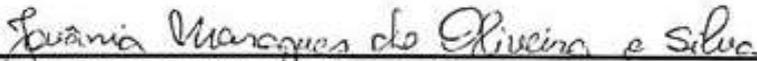
CDU: 616-083:618.2

LARYSSA DE FÁTIMA PEREIRA PALMEIRA

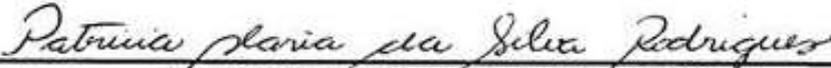
**PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE A ASSISTÊNCIA QUE  
RECEBERAM NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de  
Alagoas, para obtenção do Título de Bacharel em  
Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva

  
Prof.ª Dra. Isabel Comassetto

  
Prof.ª MSc. Patricia Maria da Silva Rodrigues

Aprovado em: 29/10/2019

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus e a Virgem Maria** por terem me proporcionado forças nos momentos mais difíceis e de dúvida. Agradeço à minha Mãe **Avelina** por sempre acreditar em mim, por enxugar minhas lágrimas quando eu precisava sorrir, por me aconselhar quando não sabia para onde seguir; ao meu irmão **João Vitor** por me escutar nas horas de desabafo e alegria; à minha cunhada **Pâmela** pelas conversas e tantos momentos felizes que passamos juntas; aos meus **familiares**, sem o amor deles não estaria onde estou. Agradeço também às minhas **colegas de turma** por todo apoio e companheirismo, em especial ao meu *Forever Number One* – Jéssica, Natália e Roberta – que estive ao meu lado nos melhores e mais difíceis momentos dessa jornada; à minha **Psicóloga Eline Christiane** por me escutar, me entender e me mostrar que era possível realizar esse sonho; à minha querida **Orientadora Professora Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva** pela paciência, compreensão, incentivo e aprendizado durante todo o desenvolvimento dessa pesquisa; à **Professora Dra. Amuzza Aylla** por despertar em meu coração o amor pela saúde da mulher e principalmente pelo Pré-natal; por fim, agradeço à toda **Equipe da UBS Santa Luzia** na Comunidade Quilombola do Muquém em União dos Palmares – AL, especialmente a **ACS Elvira** pelo acolhimento e contribuição com essa pesquisa.

“Aprendi que a coragem não é a ausência do medo, mas o triunfo sobre ele. O homem corajoso não é aquele que não sente medo, mas o que conquista esse medo” (**Nelson Mandela**).

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal. **Método:** Estudo qualitativo e descritivo, realizado com 13 mulheres de uma comunidade quilombola, com idade igual ou superior a 18 anos e que vivenciaram o processo de gestação há um ano, com realização das consultas de pré-natal. Coleta de dados entre julho e agosto de 2019, por meio de um questionário semiestruturado, em uma entrevista gravada, sendo submetidos a análise do conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Foram evidenciadas como categorias: percepção das mulheres quilombolas sobre a participação do parceiro no pré-natal; percepção das mulheres quilombolas sobre a relação entre profissional e gestante no pré-natal; percepção das mulheres quilombolas sobre o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal e percepção das mulheres quilombolas sobre as orientações recebidas no pré-natal. **Considerações Finais:** As mulheres quilombolas percebem a participação do parceiro no pré-natal como suporte emocional no período de gestação, embora essa não seja uma realidade vivenciada pelas mesmas por conta das relações de trabalho do companheiro, percebem também que as dificuldades enfrentadas para o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal colocam em risco o binômio mãe-filho e as distanciam de uma assistência pré-natal de qualidade. Além disso, essas mulheres valorizam a assistência e as orientações recebidas durante o pré-natal pelos profissionais presentes na ponta dos serviços de saúde, que asseguram a captação precoce das mesmas no primeiro trimestre de gestação e a frequência em 6 ou mais consultas de pré-natal, ainda que esses profissionais nem sempre atendam o que preconiza o Ministério da Saúde. O estudo proporciona uma reflexão acerca da assistência do enfermeiro inserido nas Redes de Atenção à saúde, com vistas a assegurar o direito dessas mulheres ao acesso aos serviços de saúde de forma integral e subsidiar políticas públicas para essa população.

**Descritores:** Mulheres; Comunidade Quilombola; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem em Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the perception of quilombola women about the prenatal care they received. **Method:** A qualitative and descriptive study, conducted with 13 women from a quilombola community, aged 18 years and over, who experienced the gestation process for one year, with prenatal consultations. Data collection between July and August 2019, through a semi-structured questionnaire, in a recorded interview, subjected to content analysis according to Bardin. **Results:** The following categories were highlighted: perception of quilombola women about their partner's participation in prenatal care; quilombola women's perception of the relationship between professional and pregnant women in prenatal care; quilombola women's perception of access to routine prenatal laboratory tests and quilombola women's perception of prenatal orientation. **Final Considerations:** Quilombola women perceive the participation of their partner in prenatal care as an emotional support during pregnancy, although this is not a reality experienced by them owing to the work relations of their partner, they also realize that the difficulties faced in accessing Routine prenatal laboratory tests put the mother-child binomial at risk and distance them from quality prenatal care. In addition, these women amount the care and orientation received during prenatal care by professionals present at the cutting edge of health services, which ensure their early uptake in the first trimester of pregnancy and attendance at 6 or more prenatal consultations, although these professionals do not always meet the recommendations of the Ministry of Health. The Study provides a reflection on the assistance of nurses inserted in Health Care Networks, with a view to ensuring the right of these women to access health services integral way and subsidize public policies for this population.

**Descriptors:** Women; Quilombola Community; African Continental Ancestry Group; Prenatal Care; Community Health Nursing.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 8  |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....   | 11 |
| <b>2.1 Mulher negra no Brasil</b> .....  | 11 |
| <b>2.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)</b> .....                                   | 12 |
| <b>2.3 Saúde da mulher negra: ênfase na assistência pré-natal</b> .....  | 16 |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....   | 21 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 24 |
| <b>4.1 Caracterização dos sujeitos</b> .....   | 24 |
| <b>4.2 Percepção das mulheres quilombolas sobre a participação do parceiro no pré-natal</b> .....                  | 25 |
| <b>4.3 Percepção das mulheres quilombolas sobre a relação entre profissional e gestante no pré-natal</b> .....     | 30 |
| <b>4.4 Percepção das mulheres quilombolas sobre o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal</b> ..... | 32 |
| <b>4.5 Percepção das mulheres quilombolas sobre as orientações recebidas no pré-natal</b> .....                    | 35 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 39 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 40 |
| <b>APÊNDICE A</b> .....  | 47 |
| <b>APÊNDICE B</b> .....  | 51 |
| <b>APÊNDICE C</b> .....  | 53 |
| <b>APÊNDICE D</b> .....  | 54 |
| <b>APÊNDICE E</b> .....  | 55 |
| <b>ANEXO A</b> .....   | 56 |

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a percepção das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal. O interesse por essa temática ocorreu no decorrer das atividades práticas supervisionadas da disciplina de Intervenção e Gerenciamento de Enfermagem na Atenção à Mulher em Situação Gineco-Obstétrica ambulatorial e a partir do acompanhamento do Grupo de Estudo Mulher, Saúde e Cidadania (GEMUSC). Essas vivências permitiram observar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres negras para receber uma assistência pré-natal de boa qualidade. Diante disso, surge como questão norteadora para esse estudo: Quais as percepções das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal?

Durante as primeiras décadas do século XX, no Brasil, a saúde da mulher foi incorporada as políticas nacionais de saúde. Nesse período predominava uma visão procriativa da mulher que se baseava em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, contribuindo assim, para a restrição do cuidado ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011).

Contrário a essa perspectiva reducionista com que as mulheres eram tratadas, o movimento feminista da década de 60 passou a reivindicar sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que vão além do momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida, ou seja, um novo conceito de saúde da mulher que rompesse com o paradigma vigente e considerasse a saúde sexual e reprodutiva (FREITAS et al., 2009; LIMA et al., 2014).

Nesse contexto, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse novo programa visava um panorama de integralidade e equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar dos avanços da saúde da mulher, o PAISM não cumpriu efetivamente sua proposta de integralidade, deixando muitas lacunas em suas proposições, dentre elas as perspectivas de gênero e de raça/etnia (RAMALHO et al., 2012). Com isso, buscando a

promoção da saúde da mulher, em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual preconizava a atenção às mulheres rurais, com deficiências, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2011).

A PNAISM ainda se encontra distante de garantir o que é preconizado, principalmente no que se refere as mulheres negras, que apresentam as piores condições de vida, quando comparadas à população branca, e portanto, são extremamente vulneráveis a várias doenças e agravos (SOARES, 2013).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em seu último censo (2010), as mulheres autodeclaradas negras contabilizam 48.406.819, com prevalência na região Nordeste (BRASIL, 2011). Esse segmento da população traz consigo uma longa história de discriminação, humilhação e submissão social por ser mulher, por ser negra e por sua condição financeira, sendo anteriormente enxergadas como objeto sexual, ventre gerador e amas-de-leite, e mais adiante como empregadas domésticas, faxineiras e prostitutas (FRAGA; SANINO, 2015).

A inserção nesse ciclo de desigualdades de gênero e desigualdades raciais tem contribuindo para que essas mulheres tenham menor acesso à saúde de boa qualidade, atenção ginecológica e assistência obstétrica, sobretudo se residirem em locais de difícil alcance para os serviços de saúde, como as comunidades quilombolas (FRAGA; SANINO, 2015).

As comunidades remanescentes quilombolas são definidas, de acordo com o decreto Nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, como grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (ALAGOAS, 2015).

Esses grupos vivenciam uma realidade socioeconômica excludente, refletindo nos agravos de saúde, por isso, lutam por melhores condições de vida e pela manutenção de costumes, crenças e tradições, através de sistemas paralelos de poder, produção e organização social (DURAND, 2016). No Brasil estima-se que existem cerca de 5 mil comunidades, no entanto apenas 3.168 são certificadas pela Fundação Cultural Palmares, estando elas distribuídas em 24 estados do país, dentre eles, Alagoas, berço da resistência negra no Brasil, que abriga 68 comunidades certificadas (ALAGOAS, 2015).

Assim, buscando diminuir as desigualdades no âmbito da saúde e promover a saúde de forma integral para a população negra, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2017).

A PNSIPN reconhece o racismo como determinante social em saúde e confirma a dificuldade do acesso da população negra aos serviços de saúde, ao revelar que a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%), estando as pessoas negras (pretos e pardos) abaixo da média nacional, que é 71,2% (142,8 milhões). Entre esses serviços destaca-se as consultas de pré-natal, onde a proporção de mães negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; já entre as brancas, essa proporção foi de 84,9% (BRASIL, 2017).

Sabendo que mulheres negras tem uma pré-disposição a doenças como hipertensão arterial, anemia falciforme e diabetes mellitus, fica evidente a importância dessas mulheres serem assistidas/acompanhadas no período gestacional, visto que essas doenças podem trazer agravos para o desenvolvimento do feto, como prematuridade, macrossomia e abortamento, e levar a mortalidade materna (DIAS, 2014; FRAGA; SANINO, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e um nascimento saudável, visto que abrange a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo da gestação, parto e nascimento, além de fornecer informações e orientações importantes sobre o ciclo gravídico puerperal. Contudo, é imprescindível que as consultas comecem no primeiro trimestre e sejam mantidas no decorrer da gestação, a fim de avaliar o binômio mãe-filho, o desenvolvimento fetal e identificar precocemente as intercorrências (DIAS, 2014).

Dessa forma, esse estudo toma como pressuposto que possivelmente exista uma redução do acesso das mulheres quilombolas à uma assistência pré-natal de qualidade associada à desigualdade étnico-racial por elas sofrida, conforme confirma a própria PNSIPN (BRASIL, 2017).

E justifica-se ao fato de que a assistência pré-natal configura-se como direito fundamental às mulheres quilombolas, para acompanhar o desenvolvimento do binômio mãe-filho no processo de gestação, atentando para a percepção das mesmas relativa à assistência que recebem no pré-natal, desse modo prevenindo agravos e identificando intercorrências que podem evoluir para mortalidade materna. Logo, apresenta como objetivo geral: Compreender a percepção das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Mulher negra no Brasil

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), 55,1 % da população brasileira se autodeclara como preta ou parda. E o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013) aponta que as mulheres representam 51,6% da população brasileira e as negras representam 50% da população feminina do país. Ao mencionar a região Nordeste, esse número chega a 69,9% (BRASIL, 2017; NASCIMENTO, 2018).

No Brasil, as mulheres negras sofrem com uma tripla discriminação, pelo fato de serem mulheres, por serem negras e também devido à sua condição financeira. Tais desigualdades resultam em prejuízo no acesso aos direitos definidos como fundamentais - educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais (PEREIRA, 2016; PRATES et al., 2018).

Os indicadores socioeconômicos mostram ainda que grande parte das mulheres negras vivem em condições desfavoráveis, com destaque para o analfabetismo que é duas vezes maior em comparação com as mulheres brancas, além de, em sua maioria serem chefe de família com filhos e sem cônjuge (FRAGA; SANINO, 2014).

Essa vulnerabilidade se intensifica à proporção que estas mulheres pertencem a grupos que habitam em regiões de difícil acesso, como as comunidades quilombolas, que devido as desigualdades sociais e localização geográfica, essencialmente rurais, encontram obstáculos para a melhora da qualidade da assistência à saúde e das condições de vida dos indivíduos dessa população, singularmente mais fragilizados (OLIVEIRA et al., 2015; PRATES, 2015). O difícil acesso impede cuidados preventivos de saúde, como acompanhamento ginecológico, realização de consultas pré-natais, assistência ao parto e pós-parto, por exemplo (PEREIRA, 2016).

Desse modo, percebe-se que a situação de pobreza na qual se encontra grande parte da população brasileira é intensificada sobre a mulher negra, visto que os desfavoráveis fatores socioeconômicos e educacionais, que contribuem para que a mulher negra seja mais suscetível a algumas doenças, sugerem, de acordo com alguns estudos, a existência de uma enorme diferença nas condições de viver, adoecer e morrer, dependendo da raça/cor da população (NASCIMENTO, 2018).

Para as doenças que mais acometem a população negra brasileira geralmente são utilizadas as seguintes categorias: **doenças geneticamente determinadas** - doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; **doenças adquiridas em condições**

**desfavoráveis** - desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, IST/HIV/AIDS, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas), bem como mortes violentas, mortalidade infantil elevada e abortos sépticos; **doenças de evolução agravada ou difícil tratamento** - hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (NASCIMENTO, 2018).

Assim, torna-se evidente que algumas doenças são mais frequentes, ou evoluem de forma diferenciada nas mulheres negras por fazerem parte do agrupamento humano racial negro e/ou serem do sexo feminino, e que os fatores sociais, políticos, culturais e econômicos influenciam sob a condição de saúde de essa população, logo, necessitam ocupar um lugar central nas políticas de saúde para que sejam assistidas de forma universal, integral, equânime e equitativa como propõe o SUS, pois a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade torna a saúde reprodutiva das mulheres vulnerável à morte ou suscetível a danos durante a gestação e o parto.

## **2.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**

O conceito de saúde mais amplo e aceito atualmente foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. Internacionalmente, a saúde passou a ser vista como um direito desde a década de 1960, no entanto no Brasil essa conquista se deu através da Constituição Federal de 1988, a qual seu artigo 196, afirma que "A saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). Embora esse seja um avanço incontestável como direito do cidadão brasileiro, deixa de ser quando o Estado não consegue assegurar a todos a mesma qualidade de atenção à saúde, seja do ponto de vista regional ou étnico-racial (SANTOS; SANTOS, 2013; VIEGAS; VARGA, 2016).

Assim, torna-se imprescindível a concepção de política universal que garanta a todos o direito à saúde, sem perder de vista as diferenças entre os sujeitos que possuem necessidades específicas referentes aos processos de saúde-doença e aos cuidados (BATISTA; MONTEIRO, 2010). Em outras palavras, significa não fornecer serviços iguais para grupos populacionais diferentes e sim reparar situações de desigualdade por meio da oferta adequada de serviços e condições de vida e saúde (MATOS; TOURINHO, 2018). Dentre as populações ditas mais vulneráveis encontram-se os grupos sociais estigmatizados pela cor ou pela etnia.

De acordo com o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 47,7% da população brasileira se autodeclara branca, 50,7% negra (pretos e pardos) e 1,5% indígenas e amarelos, indicando, além da prevalência de afrodescendentes na composição étnica do país, um maior reconhecimento do perfil étnico-racial por parte da população brasileira (BRASIL, 2011).

As populações de brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que se refletem nos indicadores sociais. Em relação aos aspectos socioeconômicos, por exemplo, os dados desse mesmo censo revelam que, enquanto o percentual de analfabetos entre os brancos com 15 anos ou mais era de 5,9%, entre os negros esse valor atingiu 27,4%. Outro exemplo é que brancos têm renda 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardos (BATISTA et al., 2013; BRASIL, 2011; NETO et al., 2015).

Além disso, diversas particularidades, confirmadas por pesquisas científicas, são conhecidamente maiores na população negra, tais como as prevalências de doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus), de casos de violência, de mortalidade materna e infantil e de mortalidade por certas doenças negligenciadas (MATOS; TOURINHO, 2018).

Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política, que configuram um processo denominado racismo. O racismo se enraizou na cultura e no comportamento da sociedade brasileira, e tem sido um determinante importante nos perfis de adoecimento e morte dos afrodescendentes, uma vez que dificulta o acesso aos serviços de saúde assim como a qualidade da atenção à saúde (BATISTA et al., 2013; TAVARES et al., 2013).

Nesse contexto, os movimentos sociais foram e ainda são fundamentais na luta em romper com as iniquidades que contribuem para manter a população negra com os piores indicadores sociais em nosso país (VIEGAS; VARGA, 2016). Historicamente, na década de 80, teve início no Brasil uma série de movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida, tal como a “Marcha Zumbi dos Palmares”, em 1995, que reivindicava o fim do racismo, melhores condições de vida à população negra e fim das desigualdades raciais (NETO et al., 2015).

Em 2003 foi instituída a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), um grande avanço legal, que visava garantir os direitos da população negra brasileira. Ainda em novembro 2003 foi firmado um termo de compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde (MS) objetivando a efetivação do princípio da equidade, conforme preconiza a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (VIEGAS; VARGA, 2016).

Para o cumprimento desse termo o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) através da Portaria nº 1.678, de 16 de agosto de 2004, que era composto por especialistas em saúde da população negra, pesquisadores, militantes, representantes das áreas técnicas do MS, além dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Secretários Estaduais de Saúde. As conquistas de 2006 estão mais voltadas para a participação, com uma vaga, do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde, que foi crucial para a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2015; VIEGAS; VARGA, 2016).

A instituição dessa Política é o marco dessa longa caminhada. O Estado brasileiro, em parceria com o movimento negro, elaborou a PNSIPN, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 10 de novembro de 2006 e, em 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde a instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 992 (MATOS; TOURINHO, 2018; SANTOS; SANTOS, 2013).

A PNSIPN propõe um novo relacionamento entre o Estado e a população negra no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população, essa política elencou seus objetivos específicos, como cita BATISTA et al. (2013, p. 3):

- Aprimorar os sistemas de informação em saúde pela inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Desenvolver ações para reduzir indicadores de morbimortalidade materna e infantil, doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, cânceres de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais na população negra;
- Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta e, em particular, das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; e
- Garantir o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

O registro de informações dos dados por raça/cor tornam-se relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, visto que ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas pode-se oferecer atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades e especificidades. Essa relevância é evidente quando comparados os dados de mortes maternas notificadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), onde em 2000, das mulheres que morreram por alguma causa obstétrica, 16,6% tiveram sua raça/cor

ignorada; em 2005 este percentual caiu pela metade e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012 (BRASIL, 2017).

Outro aspecto importante dessa política é a urgente necessidade das ações de capacitação dos profissionais dos serviços de saúde voltadas para a atenção a doenças genéticas ou hereditárias mais comuns na população negra, como a hipertensão arterial, diabetes, doença falciforme e Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG), de modo que as especificidades desse segmento social sejam reconhecidas, respeitadas e tratadas de formas adequadas. Um estudo realizado em 2013 no estado do Rio de Janeiro constatou que a maioria dos profissionais da atenção primária é contra tal política, pois acreditam que a população negra não apresenta desigualdades que justifiquem uma política especial. De acordo com os entrevistados, a PNSIPN fere o princípio de igualdade prezado pelo SUS (SANTOS; SANTOS, 2013).

No que se refere a proposta da PNSIPN de ampliação do acesso das populações quilombolas aos serviços de saúde, vários estudos têm demonstrado que a utilização dos serviços de saúde destinados à esse segmento populacional em quase todas as particularidades da atenção primária não estão adequadamente presentes na assistência à saúde. E ainda se propaga o modelo de saúde biomédico centrado na cura e medicalização, e do atendimento fragmentando a atenção à saúde. Além das baixas condições de vida e moradia, os quilombolas também encontram o isolamento geográfico como fator que dificulta o seu desenvolvimento e colabora com o atraso na melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional (CARDOSO et al., 2018).

Atualmente, encontra-se em vigor o III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN através da Resolução N° 16 de 30 de Março de 2017. Essa resolução objetiva estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, com equidade e de forma oportuna e humanizada. O Plano operativo vigente é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos: Acesso da População Negra as Redes de Atenção à Saúde; Promoção e Vigilância em Saúde; Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra (BRASIL, 2017).

Um estudo realizado em Juiz de Fora, em 2014, destacou também que, apesar de haver uma política de saúde voltada especificamente à população negra, 90,5% dessa população não a conhece. Isso reflete a falta de acesso à informação acerca das políticas públicas de saúde. Nesse mesmo estudo, nos casos em que os entrevistados relataram desconhecimento da política,

eles foram informados pelo entrevistador acerca da mesma, e posteriormente, 60,9% da amostra considerou a PNSIPN importante e necessária (NETO et al., 2015).

Sendo assim, percebe-se a importância da PNSIPN no contexto social, levando o Ministério da Saúde a reconhecer e assumir a necessidade de estabelecer mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, visando à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população.

### **2.3 Saúde da mulher negra: ênfase na assistência pré-natal**

O processo de gestação é uma experiência complexa com aspectos diferentes para cada mulher e com alterações biológicas e emocionais que envolvem a sociedade, os serviços de saúde e a família em que a mulher está inserida. Assim, a assistência pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Para isso, no ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal a todas as mulheres, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O PHPN vem ainda indicar os procedimentos mínimos que deverão ser realizados durante as consultas pré-natais e a consulta puerperal (POLGLIANE et al., 2014).

Sob essa perspectiva, com intuito de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha. Essa estratégia vem sendo implantada gradativamente em todo território nacional e conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2013).

O acolhimento à gestante é um aspecto essencial da política de humanização e favorece a adesão ao pré-natal, implicando a recepção da mulher desde a sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela possa expressar suas preocupações, angústias, e garantir atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para garantir a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2013). Um

serviço de pré-natal bem estruturado deve ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, preferencialmente até a 12ª semana de gestação, além de motivá-la a manter o seu acompanhamento pré-natal regular, constante, para que bons resultados possam ser alcançados (POLGLIANE et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para um pré-natal de qualidade é necessário um conjunto de recursos, tais como: recursos humanos - médico, equipe de enfermagem e outros profissionais que compreendem uma equipe multidisciplinar; área física adequada - boas condições de higiene, ventilação e privacidade para realizar o atendimento; equipamentos e instrumentais mínimos – mesa, cadeiras, mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos, esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica flexível e inelástica, material para coleta de exame colpocitológico e sonar Doppler; apoio laboratorial para realização dos exames laboratoriais solicitados ao longo da gestação; material para registro, processamento, análise dos dados - cartão de gestante e ficha perinatal; medicamentos essenciais e imunização (BRASIL, 2013).

O MS recomenda no mínimo seis de consultas de pré-natal, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, visando atender as necessidades da mulher, garantindo cuidado integral e individualizado. Essas consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2013).

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, seja ele obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei 7.498/86. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; realizar a prescrição de enfermagem; prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência a parturiente, puérpera e realizar educação em saúde. Sendo assim, o enfermeiro é visto como o elo existente entre a gestante e o seu acompanhamento pré-natal, com a escuta qualificada e a criação do vínculo entre profissional e usuária (DUARTE; ALMEIDA, 2014; POLGLIANE et al., 2014).

Levando em consideração a ampla gama de particularidades apresentadas em torno da saúde da população negra brasileira, restringiremos a discussão as doenças mais relacionadas com a ocorrência da mortalidade materna. A mortalidade materna se caracteriza no período de gestação e até 42 dias após o término da gestação, nesse conceito também estão incluídas as mortes causadas por aborto espontâneo ou inseguro. Assim, anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes, IST, cardiopatias associadas e obesidade estão entre os agravos que mais

acometem a população negra, fazendo com que a taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras venha a ser até seis vezes maior do que entre as brancas (TAVARES et al., 2018).

Dessa forma, sobre a anemia falciforme é válido mencionar que incide majoritariamente em negros em todo o mundo e apresenta alto índice de mortalidade. Com origem genética, se caracteriza pela deformidade das hemácias, que têm sua membrana alterada e rompem-se mais facilmente, provocando fortes dores e levando a um grave quadro de anemia. As mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, placenta prévia, entre outros), além de serem mais vulneráveis a outras doenças como os miomas, doenças mentais e deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase (NASCIMENTO, et al., 2018; TAVARES et al., 2018).

Logo, por ser uma doença de maior prevalência entre as mulheres negras, se torna evidente que durante a gestação elas necessitam de um acompanhamento pré-natal mais intensivo, visto que a melhor estratégia para atender quem tem anemia falciforme é o diagnóstico e o cuidado precoce, o que muitas vezes falta a esta população (NASCIMENTO, et al., 2018; TAVARES et al., 2018).

A captação precoce para as consultas de pré-natal, até a 12<sup>a</sup> semana, é importante para a detecção de morbidades durante gestação por meio da realização dos exames físicos e laboratoriais (POLGLIANE et al., 2014). Gestantes com frequência desenvolvem anemia ferropriva por deficiência de ferro, devido a hemodiluição fisiológica da gestação, e a dosagem de hemoglobina e hematócrito e o exame de eletroforese de hemoglobina, solicitados durante a primeira consulta de pré-natal, são fundamentais para o rastreamento da anemia ferropriva e falciforme, respectivamente, e assim, tratar a deficiência de ferro prevenindo, por exemplo, a hipoxemia fetal e prematuridade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). É relevante mencionar que mediante a miscigenação o exame de eletroforese de hemoglobina passou a ser solicitado para todas as gestantes (BRASIL, 2016).

Desse modo, o ideal seria que as mulheres tivessem acesso a consulta pré-concepcional e fossem orientadas a aumentar o consumo de ferro durante as refeições antes da gestação, no entanto faltam políticas públicas eficazes que garantam esses alimentos na mesa da população, assim, a suplementação com sulfato ferroso é recomendada durante a gestação, associada à orientação nutricional, e as gestantes diagnosticadas com doença falciforme ou anemia grave devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Para a realização de exames laboratoriais deve-se considerar os fatores que estão relacionados com a possibilidade de diversas falhas na organização dos serviços de saúde que

se estendem desde as dificuldades de agendamento do exame, sua realização que depende de insumos disponíveis e do funcionamento dos equipamentos e o tempo de retorno dos resultados (POLGLIANE et al., 2014).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua vez, se configura como o problema de saúde mais frequente na população negra em todo o mundo, incluindo as comunidades quilombolas. Essa população se apresenta mais exposta ao desenvolvimento de uma hipertensão severa, à um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita quando comparadas às pessoas de etnia branca, visto que além da predisposição genética, essa condição está mais associada a fatores socioeconômicos, como a falta de acesso a uma alimentação saudável; estresse; desconhecimento dos fatores predisponentes por conta da baixa escolaridade e posteriormente inadequação ao manejo farmacológico e dietético (CARDOSO et al., 2018; TAVARES et al., 2018). Embora a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, a educação em saúde é uma ferramenta valiosa para o seu controle promovendo a adoção de estilo de vida saudável (BRASIL, 2013).

Além disso, a Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) se caracteriza como a maior causa de morte materna. Estudos revelam que a taxa de mortalidade por SHG em mulheres negras é quase seis vezes maior do que em mulheres brancas devido à um início precoce e uma evolução de maior gravidade (TAVARES et al., 2018). Conforme o MS toda gestante deve ter a pressão arterial (PA) aferida em todas as consultas de pré-natal, além do cálculo da idade gestacional, a medida de altura uterina e as aferições de peso materno, e também realizar o teste rápido de proteinúria, em caso de PA alterada (sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg), a fim de identificar precocemente os sinais da SHG (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

A diabetes mellitus tipo II não insulino-dependente também é mais prevalente na população negra, além do mais a situação se agrava porque na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Sabe-se que as mulheres diabéticas estão mais expostas à gravidez de alto risco, abortamento e malformação fetais (NASCIMENTO, 2018).

Embora os programas assistenciais do governo, como o bolsa família, estejam incrementando a renda dessas famílias e por consequência aumentando a variedade de alimentos consumidos, existe predileção por alimentos calóricos e com pouco valor nutricional, aumentando a incidência de sobrepeso e obesidade, bem como de diabetes mellitus entre esse grupo populacional (CARDOSO et al., 2018).

O manejo, durante o pré-natal, dos fatores de risco modificáveis que surgem durante a gestação é de grande importância, como exemplo, o controle do ganho de peso gestacional,

através do cálculo do IMC e posteriormente avaliação nutricional que deve ser realizado em todas as consultas de pré-natal. A fim de poder orientar adequadamente e prevenir agravos a saúde (BRASIL, 2016; POLGLIANE et al., 2014).

No que se refere ao risco de contrair uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), mais uma vez destacam-se os fatores socioeconômicos desfavoráveis que cercam a população negra, especialmente as mulheres. Estudos apontam que as mulheres negras cada vez mais cedo encontram-se em união conjugal, com gravidez precoce, não realização do planejamento familiar e desconhecimento ou reduzida utilização de métodos contraceptivos, tornando-se mais vulneráveis a contrair ISTs, com destaque para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o qual a partir do início dos anos 1990 teve seu padrão de contaminação modificado alcançando maior incidência entre as populações mais pobres, e nos anos 2000 a incidência foi maior em mulheres (CARDOSO et al., 2018; NASCIMENTO, 2018).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o racismo institucional também contribuem para o elevado risco de contaminação dessa população (CARDOSO et al., 2018; NASCIMENTO, 2018). A exposição a uma IST durante a gestação pode configurar uma gestação de alto risco, com chances de transmissão vertical (mãe-feto). Assim, é de suma importância que o profissional durante a primeira consulta de pré-natal oriente, aconselhe e realize os testes rápidos (sífilis, HIV, hepatites B e C), inseridos pela Rede Cegonha no componente pré-natal, nas gestantes e em suas parcerias sexuais (BRASIL, 2013).

Diante disso, verifica-se que as mulheres negras necessitam de uma assistência diferenciada, com acompanhamento mais detalhado por parte dos serviços de atenção pré-natal, com consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde mais frequentes e com capacitação da equipe para identificação precoce das vulnerabilidades, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde, bem como, a morbimortalidade materna e infantil.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Para Gil (2008) os estudos descritivos têm como objetivo primordial estudar e descrever as características de determinada população ou fenômeno. E a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2014), preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, permitindo trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos do estudo. Assim, aplicam-se a este estudo devido à necessidade de interpretar as particularidades, percepções e tradições do grupo alvo, ou seja, das mulheres quilombolas.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi a comunidade quilombola do povoado Muquém localizado próximo à Serra da Barriga, zona rural do município de União dos Palmares - AL, distante 70 Km da capital do estado - Maceió. O acesso à essa comunidade é realizado através da Rodovia AL-205, sentido à cidade de Santana do Mundaú. Saindo de União dos Palmares, à esquerda pode-se encontrar o acesso à subida da Serra da Barriga, à direita, passando pelos povoados de Taquarí e Sementeira já se enxerga a placa indicando o acesso à comunidade do Muquém (RIBEIRO, 2018).

Com aproximadamente 710 habitantes e 180 famílias, essa comunidade de remanescentes do quilombo tem o Rio Mundaú como riqueza natural, onde é retirada água para a agricultura e atividades domésticas, apesar de desde 2012 contarem com um Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE). A comunidade apresenta alguns espaços de uso comunitário como a Unidade de Saúde Santa Luzia, a Escola Municipal do ensino básico até o médio, a casa de farinha, o espaço cultural, um forno para queima de peças artesanais e um espaço ecumênico (RIBEIRO, 2018).

O estudo foi realizado com 13 mulheres da comunidade quilombola Muquém, que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a 18 anos; ter vivenciado o processo de gestação há um ano e ter recebido assistência pré-natal na Unidade de Saúde Santa Luzia, no povoado Muquém. Foram critérios de exclusão: possuir doença ou comprometimento que impeça de responder por si mesma e ter sofrido abortamento há um ano.

Para a identificação e aproximação com essas mulheres, em um primeiro momento, foi realizado um levantamento com a enfermeira na unidade de saúde acerca das mulheres que atendiam aos critérios, posteriormente foi realizada busca ativa com o auxílio de uma informante chave, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da unidade, que por residir na comunidade, pela posição que ocupa e pelas relações sociais que mantém com os moradores possui um conhecimento detalhado das características relevantes dessas mulheres.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, conforme o parecer nº 3.391.064, foi lido e apresentado às mulheres o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (Apêndice A), onde foram informadas sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos; além de serem esclarecidas sobre a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; e a garantia do sigilo e da privacidade das participantes durante todas as fases da pesquisa.

Em seguida, foi solicitada às participantes a assinatura de duas vias do T.C.L.E, sendo que uma das vias ficou sob sua posse. Nesse momento elas foram informadas que em nenhuma fase da construção do estudo será conferido qualquer forma de compensação financeira ou ajuda de custo relacionada à sua participação, a qual deverá ser de natureza voluntária.

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2019, na residência das participantes por meio de um instrumento de pesquisa em forma de questionário semiestruturado produzido pela própria autora (APÊNDICE B), que abordou questões sociodemográficas como idade, raça/cor, estado civil, religião, escolaridade, ocupação e renda, bem como dados ginecológicos e obstétricos, e dados sobre hábitos de vida, considerados importantes para caracterizar o grupo entrevistado. Por fim, o instrumento contou com perguntas norteadoras, que captaram a percepção das mulheres quanto à assistência pré-natal a elas prestada. Para a coleta fidedigna dos dados informados foi utilizado no momento da entrevista um gravador de voz, respeitando os princípios éticos legais.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e lidas minuciosamente e os dados analisados em busca de elementos que revelam a percepção apresentada por cada mulher, sempre preservando o nome ou qualquer outro aspecto que possa identificar a participante. Assim, foi utilizada a análise temática dos dados que para Bardin (2009) é uma das formas que melhor se adequou as pesquisas qualitativas. Para essa autora a análise deve ser realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 2009).

A pré-análise consiste na fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A exploração do material, segunda fase, consiste na definição de categorias (sistemas de codificação) e na identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Já na fase de tratamento dos resultados ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, este é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

A pesquisa seguiu as recomendações estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que revoga a Resolução 196/96, e pela Resolução 510/16, as quais regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, no que tange aos referenciais da bioética (BRASIL, 2012). Logo, para preservar a identidade das participantes foram utilizados números de 1 a 13, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas, precedidos pela letra “M” de mulher.

O estudo ofereceu riscos de cunho emocional, dentre eles, raiva, choro, vergonha, insatisfação, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. Contudo, não ofereceu risco a saúde física. Para evitar tais riscos foi garantido a participante, a qualquer momento, recusar-se a continuar na pesquisa sem que isso lhe cause nenhuma implicação, bem como foi garantido a confidencialidade e sigilo das informações prestadas por ela.

Caso algum dos riscos viesse a acontecer a pesquisadora encaminharia a participante para acompanhamento e apoio psicológico com profissional especializado no município de União dos Palmares - AL. Além disso a participante pôde ainda informar qualquer ocorrência ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, através do endereço e telefone fornecidos no T.C.L.E.

Diretamente, esse estudo proporciona benefícios para as participantes à medida que pode contribuir para melhoria dos cuidados oferecidos às mulheres que residem na comunidade, oferta uma reflexão acerca da assistência do enfermeiro inserido nas Redes de Atenção à Saúde, no tocante à promoção da saúde com vistas a assegurar o direito dessas mulheres ao acesso aos serviços de saúde de forma integral e subsidiar políticas públicas para essa população. Indiretamente, contribui para o reconhecimento dessa população e valorização das suas percepções acerca da assistência ao pré-natal, no âmbito da produção científica.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização dos sujeitos

As mulheres quilombolas entrevistadas possuem idade média de 24 anos, sendo o mínimo de 18 e o máximo de 39 anos. Em relação a raça/cor seis mulheres se autodeclararam parda, quatro afirmaram ser da cor preta, enquanto duas se consideraram branca e uma indígena. Quanto ao nível de escolaridade cinco tinham apenas o ensino fundamental incompleto, seguido por quatro com ensino médio completo, três o ensino médio incompleto, duas o ensino fundamental completo e uma não alfabetizada.

No que se refere a situação conjugal, um total de seis mulheres vivem em união estável, três são casadas, três são solteiras e uma separada/divorciada. A maioria das entrevistadas refere renda familiar inferior a um salário mínimo (SM), apenas duas apresentaram renda entre 1-1,9 SM e duas com renda  $\geq 2$  SM. A ocupação prevalente dessas mulheres foi dona de casa, apenas duas trabalham fora, sendo uma professora e outra doméstica.

Quanto aos dados associados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres quilombolas entrevistadas, observou-se que as mesmas tiveram menarca entre 10 e 15 anos de idade, e a maioria iniciou a atividade sexual entre 11 e 18 anos. Além disso foi possível constatar que o número de parceiros sexuais alternou entre 1 e 5.

Nota-se ainda que a maioria das entrevistadas são multíparas, onde dez mulheres declararam já ter vivenciado duas ou mais gestações. Registrou-se também que quatro mulheres nunca realizaram um exame preventivo para o câncer do colo uterino, e oito relataram não utilizar nenhum método de contracepção.

Sobre as características da assistência ao ciclo gravídico-puerperal da última gestação dessas mulheres, destaca-se que apenas uma mulher fez menos de 6 consultas de atendimento pré-natal e outra não soube informar a quantidade de consultas, além disso, dez mulheres entrevistadas afirmam que foram acompanhadas tanto pelo profissional enfermeiro quanto pelo médico, o que corrobora com as determinações do MS. Segundo o MS no caderno nº 32 da Atenção Básica (2013), O total de consultas de pré-natal deve ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2013).

Quanto ao início das consultas de pré-natal, nesse estudo apenas uma mulher iniciou esse atendimento após o terceiro mês de gestação. Para o MS a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da

criança, logo o acesso ao cuidado do pré-natal deve ocorrer no primeiro trimestre da gestação, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante (BRASIL, 2016).

A partir da análise das falas das depoentes emergiram quatro categorias temáticas: Percepção das mulheres quilombolas sobre a participação do parceiro no pré-natal; Percepção das mulheres quilombolas sobre a relação entre profissional e gestante no pré-natal; Percepção das mulheres quilombolas sobre o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal e Percepção das mulheres quilombolas sobre as orientações recebidas no pré-natal.

A gestação consiste em uma fase do ciclo da vida marcada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sociodemográficas, logo as percepções da vivência desse período necessitam ser acolhidas considerando o modo de vida das pessoas, de maneira que se possa tornar essa experiência excepcional para a mulher, seu(ua) parceiro(a) e sua família.

#### **4.2 Percepção das mulheres quilombolas sobre a participação do parceiro no pré-natal**

O envolvimento precoce do parceiro facilita o desenvolvimento do sentimento de paternidade e isto contribui para que a vinculação ao filho ocorra o mais breve possível. Além disso, mulheres que são acompanhadas na rotina pré-natal por seus parceiros, apresentam menos complicações durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como apresentam menos sintomas físicos e emocionais durante a gestação (CARDOSO et al., 2018).

Entre as mulheres entrevistadas todas afirmaram terem sido informadas sobre a participação do parceiro no pré-natal pelos profissionais de saúde, contudo apenas duas referiram a participação do parceiro em algum momento do pré-natal. A M2 referiu a participação do parceiro no exame de Ultrassonografia enquanto a M8 referiu a participação na primeira consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde – UBS.

*A única coisa que ele me acompanhou foi a ultrassonografia. Aqui no posto ele nunca foi não [...] M2*

*Ele foi só uma vez. Só a primeira consulta só [...] M8*

As falas revelam a valorização do parceiro pela realização do exame de ultrassonografia, embora sua visualização muitas vezes não seja compreendida, é aqui que os pais descobrem os

detalhes sobre o filho esperado, sendo a descoberta do sexo o ápice desse atendimento (CARDOSO et al., 2018).

As demais mulheres relataram a ausência do parceiro, contudo dois fenômenos que contribuíram para essa ausência foram observados. O primeiro está relacionado às questões de trabalho do parceiro. As mulheres afirmam que os parceiros não frequentaram o pré-natal por estarem no trabalho, como as consultas de pré-natal sempre ocorrem no período comercial ocasiona um problema de incompatibilidade de horário. Desta forma, as relações de trabalho acabam por dificultar sua participação, uma vez que não é permitido que o homem falte ao trabalho para dar assistência à sua mulher e filho.

*Ele não acompanhou não, mas era porque ele estava trabalhando [...]*  
**M3**

*Ele não foi não. Assim... Ele ajudava o pai dele né? Aí ele ia pra Maceió e não tinha como ele ir [...]* **M4**

*Ele tava trabalhando, ele não tinha tempo não, só chegava à noite [...]*  
**M5**

*Ele não participava... Ele não participou de nenhum, de nenhum dos filhos dele ele participou. Sempre diz trabalhando. Oh, ele não ia nem no hospital comigo, imagine para participar [...]* **M7**

*Ele não participou de nenhuma consulta. Ele não mora aqui não. Mora em Maceió pra trabalhar [...]* **M10**

*Ele não podia não, sem tempo, ele trabalha fora. Ele ainda nem viu o menino. Ele procurava saber das consultas [...]* **M11**

*Ele não foi. Nesse tempo ele estava trabalhando [...]* **M13**

As diferenças entre gêneros estão fortemente ligadas à divisão de tarefas entre os sexos. Os papéis assumidos pelos pais e pelas mães sempre estiveram bem definidos. As mães eram direcionadas ao papel de cuidadora, que atendia as necessidades afetivas, e os pais supriam as necessidades financeiras da família. Tradicionalmente, o envolvimento paterno com a família é marcado pela figura do pai pouco se envolvendo no cuidado prestado aos filhos e nas tarefas domésticas (HENZ et al., 2017).

Essa divisão de tarefas é fortemente presente na comunidade quilombola do Muquém em União dos Palmares – AL onde esta pesquisa foi realizada, uma vez que das 13 mulheres entrevistadas, apenas duas trabalham fora de casa, sendo as demais donas de casa responsáveis pelos cuidados do lar e das crianças.

Embora tenha-se a convicção das mudanças sociais para as mulheres, e muitas constatarem essas diferenças comparando suas vidas com as de suas mães e avós, os estudos trazem que as conquistas são diferentes entre as mulheres brancas e negras, principalmente no que se refere ao trabalho fora de casa. As mulheres negras, pelo racismo ainda impregnado na sociedade, têm sua inserção no mercado de trabalho dificultada, o que as coloca no jogo da submissão em relação ao homem, já que o trabalho remunerado é uma das garantias de liberdade (PIRES et al., 2016).

Esses estereótipos construídos pela sociedade ao longo dos anos acabam afastando os homens cada vez mais do processo de gestação, dificultando muitas vezes que reconheçam esse lugar do cuidado como seu também. Além disso, as experiências vividas pelos pais com seus próprios genitores são aspectos que influenciam à não participação nas consultas de pré-natal (FERREIRA et al., 2016).

O outro fator observado trouxe um lado pouco discutido, pois se refere ao fato de que algumas mulheres preferiram estar desacompanhadas no momento do atendimento, excluindo totalmente os parceiros de participarem da rotina de consultas. Essas mulheres consideram que a assistência pré-natal é um espaço destinado exclusivamente às mulheres, e desta forma, tomam para si o processo gestação. Os estudos ainda revelam que conflitos com a parceira, as relações fragilizadas, o não planejamento da gravidez e número elevado de filhos são os principais fatores que interferem na participação dos pais nas consultas de pré-natal (CAMPOS; SAMPAIO, 2015).

*Eu não deixei. A gente tava separado pra que ele andando mais no posto? A gente separou quando tinha 3 mês [...] Se ele quiser saber do filho dele espere nascer. Aí não deixei não participar não [...] M8*

*Ele não participou não, porque eu não gostava. E também eu não tava totalmente firme com ele, aí foi uma escolha minha [...] M12*

Os ambientes de saúde também podem interferir nesse processo, visto que estão preparados para atender mulheres e muitas vezes não se mostram receptivos à presença do homem. Isto pode contribuir para que se forme uma barreira entre o homem e os serviços de saúde, favorecendo a construção de uma imagem distorcida para as mulheres, de que este espaço não seja um lugar para o seu parceiro. E quando o parceiro percebe que o atendimento e a atenção do profissional durante a consulta é direcionada a mulher, e ele não é o foco da consulta, ele desiste de acompanhá-la nas próximas consultas (CAMPOS; SAMPAIO, 2015; HENZ et al., 2017).

A ausência de materiais informativos e decorativos na unidade que ilustrem a figura do homem, enquanto pai, pode contribuir para que ocorra uma interpretação de que a unidade de saúde é um ambiente feminino. Na Unidade de Saúde Santa Luzia, onde as mulheres entrevistadas receberam assistência, não havia material educativo que reforçasse a importância de incluir o parceiro no atendimento pré-natal.

Quando questionadas se gostariam que o parceiro tivesse participado do pré-natal, essas mulheres reafirmam o quão importante seria o envolvimento do parceiro, pois para elas isso representaria confiar em seus parceiros nos momentos de dificuldade. As mulheres percebem que, se os companheiros frequentassem as consultas de pré-natal, compreenderiam os processos fisiológicos e patológicos que cercam a gestação, então saberiam como agir em situações de emergência, por exemplo. E, principalmente que, quando a criança nascesse, o homem estaria mais presente no sentido de cuidar e dá assistência ao recém-nascido. Essas mulheres acreditam que se o parceiro participasse das consultas, o processo da gestação e cuidados com o bebê iriam se esclarecer e a atenção e o cuidado do homem seriam maiores.

*É bonito o pai participar pra depois saber como ajudar, né? [...] M4*

*Ele teria aprendido mais, sabia como era quando tivesse com dor, levava para o hospital. Fazia alguma coisa. Se tivesse participado era bom, mas ele nunca participou não [...] M7*

*Se ele tivesse participado seria diferente, porque eu não teria me sentido tão só né? Como eu me sentia bastante sozinha [...] M12*

*Eu queria que ele tivesse participado mais, tivesse mais perto. Ele só perguntava se tava tudo bem comigo e com a bebê e eu dizia que tava [...] M13*

Sabe-se que os homens têm maior dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, logo sua presença nos serviços de saúde sempre foi menor comparado às mulheres, principalmente na Atenção Básica, visto que dificilmente o usuário procura os serviços para promoção da saúde e por consequência, sua porta de entrada passa a ser o serviço especializado (CARDOSO et al., 2018).

Pensando nisso, o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, busca a ampliação, o acesso e o acolhimento dos homens nos serviços e programas de saúde, e qualificação das práticas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas através de ações educativas, campanhas, seminários e capacitações (BRASIL, 2016; PIRES et al., 2016).

A PNAISH com o objetivo de melhorar o acesso do homem aos serviços de saúde aposta na perspectiva da inclusão do eixo Paternidade e Cuidado, por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade e, sobretudo, aprimorando os vínculos afetivos familiares dos usuários e das usuárias nos serviços ofertados (BRASIL, 2016).

Outras estratégias do Ministério da Saúde para romper com essa barreira foram as iniciativas da Rede Cegonha; a Lei do acompanhante (Lei nº 11.108/05), que garante o direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito dos serviços públicos de saúde – SUS; A Lei nº 9.263/96 que trata do planejamento familiar garantindo a mulher, ao homem e ao casal o atendimento integral à saúde em todos os ciclos vitais; e mais recentemente, um guia para profissionais de saúde referente ao pré-natal do homem (CAMPOS; SAMPAIO, 2015; CARDOSO et al., 2018).

Culturalmente, a sociedade sempre atribuiu as mulheres grandes responsabilidades decorrentes da sua condição biológica de gestar, parir e amamentar, considerando sua natureza maternal, no entanto, atualmente, vivemos um momento de transição e adaptação, onde a posição do homem na sociedade está em transformação, assim como esses papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Os homens tem adquirido maior consciência sobre a sua importância no ambiente familiar e demonstram mais interesse em participar do processo gestacional. Essa participação já é uma tendência do século XX, quando esse comportamento começou a ser estimulado particularmente entre casais (CAMPOS; SAMPAIO, 2015; HENZ et al., 2017).

Entretanto, por mais que pareça simples estender a assistência pré-natal ao parceiro da gestante, os serviços de saúde ainda enfrentam dificuldades nesta inserção, pois em alguns casos, não ocorre a orientação para sensibilizar gestante e parceiro para que este participe deste processo.

Assim, percebe-se que pelo caráter informativo e integrativo do pré-natal, esse período favorece a construção do vínculo da gestante com os profissionais de saúde, o parceiro e a família, de modo que possam contribuir para uma gestação segura, para a superação da ansiedade e medos experimentados por essas mulheres, bem como para ressignificar a relação entre pai e filho. Logo, torna-se fundamental que os profissionais, que se encontram na ponta dos serviços de saúde, passem a incluir o parceiro nos atendimentos, além de conscientizar estes homens do seu papel no ciclo gravídico-puerperal, bem como nos cuidados com a criança.

### 4.3 Percepção das mulheres quilombolas sobre a relação entre profissional e gestante no pré-natal

O relacionamento entre o profissional de saúde e a gestante deve ser pautado no respeito mútuo e na experiência vivenciada pela mesma, favorecendo a construção do vínculo e a relação de confiança (CONCEIÇÃO, 2018). No presente estudo, entre as treze mulheres entrevistadas dez referiram terem sido acompanhadas tanto pela médica quanto pela enfermeira, enquanto as demais afirmaram terem realizado apenas consultas com a enfermeira da Unidade de Saúde.

O acolhimento da enfermeira foi evidenciado nas falas dessas mulheres. De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização, resulta na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade básica, onde os profissionais de saúde se responsabilizam por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção primordial e articulando com outros serviços de saúde, fornecendo dessa maneira continuidade à assistência (BRASIL, 2013).

*Ela sempre me dava atenção. A Enfermeira é ótima. Ela parava pra me escutar, questão de dúvidas, essas coisas. Eu me sentia bem. Bem Confortável. Tinha privacidade total [...] M2*

*Ela (enfermeira) é maravilhosa [...] Me sentia à vontade, eu gosto muito dessa enfermeira do posto. Sempre era bem recebida [...] M5*

*A Enfermeira era mais legal do que a médica, sempre conversava, dava apoio e opinião [...] M10*

*Eu acho ela (enfermeira) melhor e mais legal. Ela era muito carinhosa comigo, ainda hoje mesmo [...] M12*

Observa-se ainda nas falas das entrevistadas a relação interpessoal que se construiu entre essas mulheres e a enfermeira encarregada da assistência. É possível verificar que foi depositada confiança no trabalho da enfermeira, aderindo as orientações recebidas. O vínculo é uma ferramenta fundamental para que se estabeleça um bom trabalho, pois é através dele que a mulher vai demonstrar sentimentos como de ambivalência (querer e não querer a gravidez); ansiedade e dúvidas sobre estar grávida ou não, uma vez que o feto não é concretamente sentido; medo de abortar; oscilações de humor e instabilidade emocional (TEIXEIRA et al., 2015).

*Tudo que ela (enfermeira) falava eu escutava tudo direitinho. Eu escutava direitinho as coisas do pré-natal. Ela não dizia nada errado não [...] M1*

*Às vezes quando eu chegava perto da consulta eu tirava algumas dúvidas sobre a gestação. Se eu sentia alguma coisa diferente em mim, eu perguntava e ela falava que era normal [...] M2*

*Eu perguntava tudo a ela [...] Eu gostava quando ela ficava falando. Me dava muito conselho [...] M7*

Também foram identificados alguns trechos que não condizem com as acepções de acolhimento citadas anteriormente. Sob essa perspectiva, alguns autores afirmam que as práticas em saúde desenvolvidas pelos serviços não ocorrem de forma acolhedora. Diversas vezes, o acolhimento é visto como uma atividade isolada, oferecida apenas na recepção do usuário, em vez de ser entendida como uma mudança na postura ou atitude dos profissionais para atender a população em todas as suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2015).

*Eu gostava da médica, porque sei lá, a enfermeira era mais chata [...] Ela era mais dura quando ia verificar a gente. A médica tinha a mão mais leve [...] M11*

*Quando eu ia pra médica ela falava umas coisas que eu achava importante. Quando eu ia pra enfermeira ela já falava umas coisa que eu nem ligava muito. Era diferente. Porque uma dizia uma coisa outra dizia outra [...] M8*

O acompanhamento de todo processo de gestação e o acolhimento da mulher é fundamental na assistência pré-natal para que a mesma possa compreender o momento de transição que está vivendo, as modificações físicas e emocionais e, conseqüentemente, para que desperte o interesse em participar do seu próprio cuidado, resultando num puerpério saudável, sem impactos à saúde materna e neonatal (OLIVEIRA et al., 2015).

Nesse contexto, a atenção básica tem função relevante na promoção e proteção da saúde, e estímulo do autocuidado, sendo um espaço privilegiado para proximidade e criação de uma relação de vínculo e confiança com a gestante. De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal de risco habitual deve ser ofertada a gestantes na Atenção Básica por meio de consultas intercaladas entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2013; CONCEIÇÃO, 2018).

Em diversos estudos, a figura do profissional enfermeiro destaca-se como principal referência para gestante no pré-natal. O Enfermeiro participa deste momento desenvolvendo estratégias e processos educativos, por meio de consultas, palestras e orientações, sanando dúvidas, acolhendo medos e angústias relacionados ao momento vivenciado pelas gestantes e familiares, e proporcionando a troca de experiências e conhecimentos durante todo o período gestacional (OLIVEIRA et al., 2015; ROCHA; ANDRADE, 2017). A assistência de

Enfermagem à gestante é uma atribuição de enfermeiros generalistas enquanto integrantes das equipes de saúde, assegurada pelo artigo 11 da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1986).

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada e habilidade de comunicação. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (OLIVEIRA et al., 2015). Logo, demanda desse profissional, além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser gestante, garantindo um acolhimento e uma assistência de qualidade.

A comunicação deve ser fundamentada na prática do cuidar, e não fazer tentativas de controlar ou modificar a pessoa ou prescrever somente tratamentos, mas sim, estar disposto a interagir, ensinar e aprender com o indivíduo e com o coletivo, através de ações educativas (SCHNNEYDER, 2014).

Diante disso, sabe-se que o acolhimento da gestante, independentemente das condições biológicas e psicossociais das mulheres, favorece a adesão a assistência pré-natal e as orientações recebidas nesse período, interferindo diretamente em determinados fatores que estão intimamente vinculados às taxas de mortalidade materna no Brasil, como o racismo institucional.

#### **4.4 Percepção das mulheres quilombolas sobre o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal**

No presente trabalho a maioria das mulheres entrevistadas compareceram à seis ou mais consultas de pré-natal, com início no primeiro trimestre. Embora o acesso à assistência pré-natal fosse garantido, quando essas mulheres foram questionadas sobre a realização de exames laboratoriais de rotina no pré-natal relataram dificuldades quanto ao acesso.

*Eu fiz um monte. Teste de sangue, essas coisas. Um monte de coisa já fiz exame. O teste rápido só aqui na unidade. Os outros num laboratório, na rua, que eles marcavam aí eu ia para lá fazer. Era difícil, demora que só para eles conseguir isso. Nós tem que pegar a van aqui pra ir pra lá, porque não tem como eles levar. Aí a pessoa paga van [...] M7*

*De sangue. ABCGA (HBsAg). Ah, no posto, eles marcava. Os exames, os de sangue normal eu fiz, naquele laboratório dali da praça Padre Cícero. Tinha que pagar para ir, porque eles levam não [...] M8*

*Eu fiz tantos, mas foi ruim pra mim ir fazer, porque pra mim ir de pé daqui para a rua. Só que eu não fiquei aqui. Fiz só uns aqui e o resto fiz em Maceió, lá perto da casa da minha avó [...] M12*

*Eu fiz tanto exame, meu Deus, fiz até da zika. E tinha que sair logo cedo daqui para fazer lá na rua. Quando a agente marcava já me dava e eu ia no outro dia, mas às vezes eu tava sem dinheiro, aí tinha que pegar com a minha sogra, porque é distante para ir andando [...] M13*

Quando as entrevistadas citam que os exames eram realizados na “rua” querem dizer no centro da cidade de União dos Palmares – AL, distante cerca de 3 Km da comunidade quilombola Muquém, onde ocorreu esta pesquisa. As falas revelam as dificuldades enfrentadas para o acesso ao local de realização dos exames, sendo, muitas vezes, necessário buscar alternativas como percorrer uma longa distância andando ou realizar privado ou se deslocar para outras cidades ou pedir dinheiro emprestado à familiares para o transporte, a fim de amenizar os prejuízos decorrentes da não realização desses exames.

De acordo com alguns estudos mulheres com baixa renda, pouca escolaridade e idade inferior a vinte e cinco anos apresentam maior probabilidade de receberem assistência pré-natal de baixa qualidade, características essas pertencentes as mulheres entrevistadas. Isso se deve ao fato dessas mulheres apresentarem menor poder de pressão sobre os serviços de saúde na reivindicação de atendimento de qualidade (CAVALCANTE et al., 2016).

Como relatado anteriormente neste trabalho, as mulheres negras historicamente ainda enfrentam barreiras diárias para o acesso aos serviços de saúde pelo ciclo de desigualdades em que estão inseridas, principalmente se habitarem as comunidades quilombolas, que são essencialmente rurais (FRAGA; SANINO, 2015). Essa realidade vai de encontro com o que preconiza o programa HumanizaSUS, onde é prioridade do serviço público garantir à gestante o acesso à realização dos exames complementares para descoberta e tratamento precoce dos agravos ao binômio mãe-filho, bem como de seu parceiro no pré-natal do parceiro (BRASIL, 2014). No entanto, ainda nas falas das entrevistadas foi possível identificar a satisfação e preferência em realizar os testes rápidos para detecção de sífilis, HIV, hepatites B e C.

*Eu já tive VDRL e só fui saber quando eu fui fazer o pré-natal dela naquele teste rápido, que é bom que só. Mas eu tratei [...] M4*

*Esses testes rápidos é mais bom do que outra coisa, porque a pessoa já faz e fica sabendo o que a pessoa tem e não tem. Eu já fiz bastante esses testes quando eu tava grávida [...]Oxe! Era ótimo [...]* **M7**

*Logo na primeira consulta que eu fui ela já fez aquele teste do dedo, que é bom para saber se a pessoa tem sífilis, hepatite ou AIDS [...]* **M8**

A realização de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis, hepatite B e C na Atenção Básica faz parte de um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para qualificação e ampliação do acesso da população brasileira à detecção e diagnóstico dessas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Já a inclusão desses testes na assistência pré-natal é defendido pela Rede Cegonha, desde 2011, visando a humanização do parto e o nascimento saudável através da redução da transmissão vertical e a sífilis congênita (BRASIL, 2012).

Essa iniciativa é um grande avanço para a saúde da população negra, uma vez que os fatores socioeconômicos desfavoráveis que cercam essa população, especialmente as mulheres, favorecem o risco de contrair uma IST. As mulheres negras cada vez mais cedo encontram-se em união conjugal, com gravidez precoce, não realização do planejamento familiar e desconhecimento ou reduzida utilização de métodos contraceptivos (NASCIMENTO, 2018). A maioria das mulheres entrevistadas relataram início das relações sexuais antes dos 18 anos, também referem múltiplos parceiros e das treze mulheres entrevistadas 8 negaram usar algum método contraceptivo.

Os testes rápidos devem ser realizados já na primeira consulta pré-natal tanto nas gestantes quanto em suas parcerias sexuais, com aconselhamento pré e pós teste (BRASIL, 2013). A satisfação das mulheres em realizar tais testes deve-se as suas inúmeras vantagens, onde diferentemente dos demais exames complementares os testes rápidos são realizados na própria Unidade Básica de Saúde, não demandam uma estrutura laboratorial ou pessoal especializado e possibilita acolhida imediata após resultado positivo. Além da rapidez na determinação do estado sorológico em uma única consulta (pois fornece o resultado em um tempo inferior a 30 minutos), a eficiência, a confiabilidade e a boa relação custo-efetividade (BRASIL, 2014).

A solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal à mulher é um dos dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica, que são defendidos pela Rede Cegonha instituída em 2011 e necessitam ser seguidos pelos Estados e Municípios (BRASIL, 2013).

Os exames laboratoriais complementares servem como suporte para o raciocínio clínico, permitindo rastrear e prevenir situações de risco, e tratar agravos a saúde materna e infantil durante a gestação, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade nesse período (FERREIRA et al., 2017). A não realização dos exames configura uma perda de oportunidades de intervir em algum agravo, em tempo oportuno. Logo, o que poderia ser visto como solução se transforma em um problema, visto que sem os resultados o binômio mãe-filho são colocados em situação de vulnerabilidade (CAVALCANTE et al., 2016).

Dessa forma, para uma assistência de qualidade faz-se necessário intensificar a cobertura do pré-natal no primeiro trimestre, com no mínimo 6 consultas, uma vez que a solicitação dos exames e a análise de seus resultados depende da assiduidade da gestante. Também é necessário fornecer orientações antes da realização dos exames e acolher expectativas e dúvidas quanto aos seus resultados, a fim de estimular e sensibilizar para a importância dos exames complementares no pré-natal (BRASIL, 2013).

Diante disso, percebe-se que as somente as consultas de pré-natal não são suficientes para garantir uma assistência de qualidade. As orientações, os exames complementares quando realizados e seus resultados apresentados em tempo hábil trazem inúmeros benefícios para a assistência pré-natal. Nesse contexto, os profissionais responsáveis pelas solicitações de exames e realização de testes rápidos devem sensibilizar e estimular as mulheres a lutarem por esse direito, bem como por políticas públicas que garantam o melhor acesso a esses serviços.

#### **4.5 Percepção das mulheres quilombolas sobre as orientações recebidas no pré-natal**

O pré-natal é um momento propício para as atividades de educação em saúde. As mulheres entrevistadas ao serem questionadas sobre as orientações recebidas durante a assistência pré-natal demonstraram satisfação e referiram algumas das orientações recebidas nesse período.

*Ela mandava fazer bastante exercício, caminhar, beber bastante líquido, essas coisas, bastante fruta, verdura, suco da fruta [...] M2*

*Ela falava [...] Que a gente andava muito no rio, né? Porque falta muita água. Pra pegar pouco peso. Se alimentar bem [...] M3*

*Ela orientava não dormir muito, que era importante comer, tomar remédio, beber bem muita água, não ficar muito deitada muito tempo nem sentar, andar às vezes um pouquinho [...] M8*

*Que não era pra mim tá comendo besteira, não era bom pra mim e pro bebê. Pra parar de fumar, que eu fumei até os quatro mês e depois eu parei, porque ela começou a dar conselho [...] M12*

Dentre as falas analisadas houve um grande destaque para as orientações que permitiram ampliar o conhecimento não apenas do processo gestacional, trabalho de parto e parto, mas também do puerpério, com enfoque no aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

*Dizia pra não dar água a ela (disse olhando para a bebê no colo) e nem tirar o peito, porque a amamentação tem o líquido que ela precisa. O parto, não ter raiva e também não ficar muito ansiosa [...] M4*

*A enfermeira disse quando o menino nascesse só era pra dá o leite da amamentação até 6° mês. Essa daqui só mama (disse apontando para a bebê no colo da outra filha). Ela explicou tudo do parto também, que tem parto que é mais complicado que outro. Mas o meu foi tudo bom, graças a Deus [...] M5*

*Ela (enfermeira) orientava muito por causa da mama, como colocar o menino no peito, “mó” de ele não pegar só no bico e até 6 meses só o peito [...] M6*

*Ela falou que o trabalho de parto nunca é como uma cesariana, né? O normal eu percebi que não sofre tanto assim, só sofre na hora de quando vai tirar o menino mesmo, depois que ele nasce não sente mais nada e a recuperação é melhor, no outro dia a gente já está bem melhor. E cesárea não, é um mês sem poder fazer nada [...] M11*

*Eu sofri muito logo no começo e até agora mesmo, porque ela fica mordendo, quando é no outro dia meu peito tá todo vermelho e cortado. Aí lembrei que ela (enfermeira) tinha dito pra nunca colocar nada, só ir pro sol, colocar o leite de peito e sara. Aí eu to fazendo isso [...] Ela ia levar a gente pro hospital pra conhecer lá como era, mas não deu tempo, eu tive antes disso. Ela explicou que a gente depois do parto tinha que tomar o remédio pra o sangue, que ia perder muito sangue, ou normal ou cesárea sempre perde [...] M13*

Observa-se nessas falas que as orientações de como vivenciar melhor o trabalho de parto e o ensinamento de exercícios para lidar com a dor neste processo não foram mencionadas. Estas orientações contribuem para o empoderamento da mulher, especialmente para aquelas que irão vivenciar este momento pela primeira vez. Além disso, também só foi citada uma vez a orientação sobre o local do parto, apesar de existir uma maternidade municipal que é referência para risco habitual. Esta desinformação pode levar a mulher à peregrinação para a assistência ao parto, o que pode gerar complicações ao binômio (GONÇALVES et al., 2018).

As orientações ofertadas a essas mulheres são de extrema importância, mas poderiam ter sido explanados outros temas, visto que a gestação se constitui em um período rico para o desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde. Assim, podem ser incluídos tópicos acerca do desenvolvimento da gestação, das modificações gravídicas físicas e emocionais, dos cuidados com a higiene, prevenção de infecção do trato urinário, atividade sexual, prevenção das IST, das atividades físicas e práticas corporais, dos riscos do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas, além de abordar as queixas mais frequentes, tais como: náuseas, pirose, cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, dificuldade respiratória, cansaço, entre outros temas relevantes à saúde da gestante (BRASIL, 2013; GONÇALVES et al, 2018; STUMM et al., 2012;).

Ainda referente à mesma pergunta, algumas mulheres deram respostas não precisas, com um discurso positivo quanto às orientações, mas não sendo possível identificá-las nas falas. A não recordação das orientações pode estar relacionada à metodologia utilizada para a realização desta educação em saúde, visto que ela pode facilitar ou dificultar a compreensão e a participação da mulher.

*Eu não lembro mais não, faz tempo [...] M1*

*Foi muitas. Até na palestra também. Que eu lembro, quando a menina se engasgar colocar ela de cabeça pra baixo. Muitas coisas. É porque eu esqueci [...] M4*

*Recebi muitas orientações, mas não me lembro mais. Falou do parto e explicava como amamentar [...] M9*

As práticas voltadas para abordagens emancipatórias, com o uso da problematização no lugar da mera exposição de temas, favorecem à gestante quanto ao entendimento do ciclo gravídico-puerperal. Além disso, faz-se necessário utilizar uma linguagem clara, simplificada e coerente com o contexto, propiciando espaço de escuta e diálogo entre ela e o profissional de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

O pré-natal por se tratar de um período cercado de transformações físicas e psicológicas torna-se um momento apropriado para intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar, seja durante as consultas de enfermagem ou por meio de atividades coletivas. No entanto, ainda existe deficiência no planejamento dessas atividades, principalmente as de âmbito coletivo, além de falta de continuidade (STUMM et al., 2012).

A educação em saúde deve ser feita de forma contínua durante todo o acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, abordando temáticas acerca da gestação e das mudanças morfofisiológicas ocorridas com a gestante e com o feto, assim como do trabalho de parto e dos cuidados pós-natal. (OLIVEIRA et al., 2015).

Quando questionadas sobre a participação em atividades de educação em saúde em grupo de gestantes, algumas mulheres confirmaram a existência de um grupo de gestantes na Unidade Básica de Saúde com atividades mensais, porém apenas três mulheres referiram participação.

*Tinha grupo de gestante, quando eu fui ela falou sobre amamentação e cuidados com o bebê [...] M10*

*Todos os meses tinha encontro, com os profissionais e as gestantes, eles fazendo palestra. Pra ensinar os cuidados com o menino, para não beber, não fumar, o que devemos fazer quando a criança nascer, como dar o banho, todos esses assuntos eles passavam [...] M11*

*No grupo, eu lembro que ela falava da alimentação, da amamentação [...] Eu achava ótimo, porque ali a gente podia fazer pergunta, eles fica respondendo, pra tirar as dúvidas da gente [...] M13*

Esse processo educativo permite a socialização de experiências vivenciadas, tornando as mulheres capazes de identificar seus problemas como comuns a outras gestantes, desenvolvendo nelas o sentimento de acolhimento e segurança. A sala de espera das Unidades de Saúde também proporciona um momento conveniente para serem desenvolvidas atividades coletivas de educação (OLIVEIRA et al., 2015).

Durante as consultas de pré-natal há uma predominância do profissional em realizar os procedimentos técnicos ( aferição de PA, medida de AFU, ausculta de BCFs). No entanto, é preciso dedicação para escutar as gestantes, fornecendo-lhes apoio e segurança, fundamentais na construção de uma assistência de qualidade, bem como orientações para que essas mulheres se sintam completamente esclarecidas (GONÇALVES et al., 2018).

Assim, entende-se que o enfermeiro por seu papel de educador e membro da equipe multidisciplinar tem como obrigação definir estratégias adequadas para a oferta de orientações, seja na consulta individual ou no atendimento coletivo, e englobar toda a equipe de saúde. As atividades educativas não devem ser focadas apenas no repasse das informações, mas precisam considerar a singularidade de cada mulher e sua família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível notar que embora a Comunidade Quilombola do Muquém, cenário da pesquisa, conte com uma Unidade de Saúde e que todas as gestantes tenham acesso ao pré-natal nessa unidade, elas ainda se deparam com entraves que impossibilitam uma assistência de qualidade como determina o Ministério da Saúde por meio do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, como consequência do ciclo de desigualdades em que essas mulheres estão inseridas por serem mulheres, negras e por sua condição financeira.

Através das falas das entrevistadas foi possível compreender suas percepções sobre a assistência que receberam no pré-natal. Destaca-se a percepção sobre a participação do parceiro no pré-natal como suporte emocional no período de gestação, embora essa não seja uma realidade vivenciada pelas mesmas por conta das relações de trabalho do companheiro e da própria visão da mulher de que a gestação é um período exclusivamente feminino, o que favorece a não participação do parceiro no pré-natal. Essas mulheres percebem também que as dificuldades enfrentadas, acentuadas pela localização essencialmente rural das comunidades quilombolas, para o acesso aos exames laboratoriais de rotina no pré-natal colocam em risco o binômio mãe-filho e as distanciam de uma assistência pré-natal de qualidade.

Além disso, essas mulheres percebem o acolhimento e a construção do vínculo com os profissionais presentes na ponta dos serviços de saúde como essencial para a qualidade do pré-natal e adesão ao mesmo, visto que asseguram a captação precoce das mesmas no primeiro trimestre de gestação e a frequência em 6 ou mais consultas de pré-natal, ainda que esses profissionais nem sempre atendam o que preconiza o Ministério da Saúde. As orientações que recebem são percebidas como esclarecedoras e dão segurança para o momento de transição para a maternidade, uma vez que se estendem até o período puerperal e deixam a desejar quanto as modificações gravídicas fisiológicas da gestação.

O estudo proporciona uma reflexão acerca da assistência do enfermeiro inserido nas Redes de Atenção à Saúde, com vistas a assegurar o direito dessas mulheres ao acesso aos serviços de saúde de forma integral e subsidiar políticas públicas para essa população. Sendo assim, torna-se imprescindível aos profissionais de saúde estarem preparados para conhecer as características individuais de cada gestante e suas reais necessidades, proporcionando a abertura de diálogo para auxiliar na construção de percepções positivas em relação ao pré-natal. A dificuldade para a construção desse estudo está na escassa produção científica acerca da temática saúde da população negra, mas especificamente saúde da mulher negra.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas**. Maceió: SEPLAG, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Lisboa, 70. ed., LDA, 2009. p.121.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B. Política de Saúde da População Negra no Estado de São Paulo: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? **BIS, Bol. Inst. Saúde**. São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200012&lng=pt) Acesso em: 10 Jul. 2019.

BATISTA, L.E. et al. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400016&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400016&script=sci_abstract) Acesso em: 10 Jul. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. M.S. 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, 2 reimpr., 2011.

BRASIL. M.S. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 4.66 de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes\\_implantacao\\_testes\\_rapidos\\_hiv\\_sifilis.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf) Acesso em: 4 Set. 2019.

BRASIL. M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32\\_prenatal.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf) Acesso em: 10 Jul. de 2019.

BRASIL. M.S. **Política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

Acesso em: 8 Ago. 2019.

Brasil. M.S. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará.

Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_p](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)

[arto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf) Acesso em: 8 Ago. 2019.

BRASIL. M.S. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN**.

Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_integral_populacao_negra.pdf)

Acesso em: 10 Jul. 2019.

BRASIL. M.S. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

Acesso em: 10 Jul. de 2019.

BRASIL. M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

[https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf) Acesso

em: 15 Ago. 2019.

BRASIL. M.S. 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**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 3ª ed., 2017.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. Brasília, 2017. Disponível em:

[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/18282-pnad-c-moradores.html)

[denoticias/noticias/18282-pnad-c-moradores.html](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/18282-pnad-c-moradores.html) Acesso em: 17 Jul. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 16 de 30 de Março de 2017**. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília - DF, Publicada em 03 de Abril de 2017, seção: 1, pág.: 64.

CAMPO, C.P.S; SAMAPAI, A. A Importância do Pai nas Consultas de Pré-natal. **NIP – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa**, 2015. Disponível em: [http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais\\_simposio/arquivos\\_up/documentos/artigos/12e139eec30944479daa02a0735e121f.pdf](http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/12e139eec30944479daa02a0735e121f.pdf) Acesso em: 19 Ago. 2019.

CARDOSO, C.S. et al. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Rev. Enferm - UFPE online**. Recife - PE, v. 12, n. 4, 2018. p 1037-1045. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110258/28665> Acesso em: 17 Jul. 2019.

CARDOSO, V.E.P.S. et al. A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. **Rev. Fundam. Care. Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2018. p 856-863. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6252> Acesso em: 19 Ago. 2019.

CAVALCANTE, K.O.R. et al. Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? **Rev. Enferm - UFPE online**. Recife - PE, v. 10, n. 3, 2016. p 1415-1422. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30227&indexSearch=ID> Acesso em: 19 Ago. 2019.

CONCEIÇÃO, J.F. **Atuação do Enfermeiro na Consulta de Pré-natal na Atenção Primária em Saúde**. 2018. p 33. Trabalho de conclusão de curso. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Espírito Santo, 2018. Disponível em: <http://www.emescam.br/arquivos/TCCs/Enfermagem/2018/0024.pdf> Acesso em: 19 Ago. 2019.

DIAS, R.B. **A importância do Pré-natal na Atenção Básica**. 2014. p 28. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Importancia\\_pre\\_natal\\_aten%C3%A7ao\\_basica.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Importancia_pre_natal_aten%C3%A7ao_basica.pdf) Acesso em: 17 Jul. 2018.

DUARTE, S.J.H.; ALMEIDA, E.P. O Papel do Enfermeiro do Programa Saúde da Família no Atendimento Pré-natal. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. Minas Gerais, v. 4, n. 1, 2014. p 1029-1035. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137> Acesso em: 24 Jul. 2019.

DURAND, M.K. **Promoção da Saúde das Mulheres Quilombolas: A Relação com os Determinantes Sociais**. 2016. p 198. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175834/345606.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 24 Jul. 2019.

FERREIRA, I.S. et al. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 17, n. 3, 2016. p 318- 23. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3444/2680> Acesso em: 15 Ago. 2019.

FERREIRA, H. et al. Rotina de exames na atenção ao pré-natal após a implantação do programa rede mãe paranaense. **Rev. Enferm – UFSM**. Santa Maria, v. 7, n.4, 2017. p 685-699. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26695/pdf> Acesso em 13 Set. 2019.

FRAGA, F.A.; SANINO, G.E.C. Saúde da Mulher Negra Passos e Descompassos: Ações Afirmativas na Saúde, Provável Luz no Fim do Túnel? **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 15, 2015. p 192-211. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/121/118> Acesso em: 21 Jul. 2018.

FREITAS, G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf**. Goiás, v. 11, n. 2, 2009. p 424-428. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> Acesso em: 28 Jul. 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, M.F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 38, n. 3., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300401](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401) Acesso em: 13 Set. 2019.

HENZ, G.S. et al. A Inclusão Paterna Durante o Pré-natal. **Rev. Enferm. Atenção Saúde [Online]**. v. 6, n. 1, 2017. p 52-66. Disponível em: <http://seer.ufcm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2053> Acesso em: 15 Ago. 2019.

LIMA, C.T. et al. Análise das Políticas Públicas em Saúde da Mulher: Uma Revisão de Literatura. **Revista Digital EFDeportes**. Buenos Aires, ano 19, n. 197, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm> Acesso em: 18 Jul. 2018.

MATOS, C.C.S.A.; TOURINHO, F.S.V. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, 2018. p 1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1712> Acesso em: 18 Jul. de 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14<sup>a</sup> ed, São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, S.S. Saúde da Mulher Negra Brasileira: A Necessária Intersecção em Raça, Gênero e Classe. **Cadernos do CEAS**. Salvador, n. 243, 2018. p 91-103. Disponível em: <https://periodicos.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/450/360> Acesso em: 7 Jul. 2018.

NETO, J.A.C. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000601909&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000601909&script=sci_arttext&tlng=en) Acesso em: 9 Jul. 2019.

OLIVEIRA, S.K.M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, 2015. p 2879-2890. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2879.pdf> Acesso em: 15 Jul. 2019.

OLIVEIRA, J.C.S. et al. Assistência Pré-natal Realizada por Enfermeiros: O Olhar da Puérpera. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v. 5, n. 2, 2015. p 1613-1628. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/857/863> Acesso em: 3 Ago. 2019.

PEREIRA, C.O.J. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde por Mulheres Quilombolas para a Promoção da Saúde Reprodutiva**. 2016. p 113. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia – UFBA. Salvador, 2016.

PIRES, S.S.V. et al. Dificuldades para Inserção do Homem no Pré-natal: Revisão de Literatura. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2016. **Anais do Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. Campina Grande, 2016. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA7\\_ID782\\_15052017204351.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID782_15052017204351.pdf) Acesso em: 14 Ago. 2019.

POLGLIANE, R.B.S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701999&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 16 Jul. de 2019.

PRATES, L.A. **O Olhar Feminino sobre o Cuidado à Saúde da Mulher Quilombola**. 2015. p 141. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, 2015. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacoes\\_alunos/Dissertacao\\_Lisie\\_Alende\\_Prates.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacoes_alunos/Dissertacao_Lisie_Alende_Prates.pdf) Acesso em: 17 Jul. 2019.

PRATES, L.A. et al. Ser Mulher Quilombola: Revelando Sentimentos e Identidades. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 22, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1236> Acesso em: 4 Jul. 2019.

RAMALHO, K.S. et al. Política de Saúde da Mulher à Integralidade: Efetividade ou Possibilidade? **Cadernos de Graduação-Ciências Humanas e Sociais FITS**, v. 1, n. 1, 2012. p 11-22. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462> Acesso em: 18 Jul. 2018.

RIBEIRO, L.F. **Território e Memória: Uma etnografia na Comunidade Remanescente Quilombola do Muquém em União dos Palmares - Alagoas**. 2018. p 127. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2018.

ROCHA, A.C.; ANDRADE, G.S. Atenção da Equipe de Enfermagem Durante o Pré-natal: Percepção das Gestantes Atendidas na Rede Básica de Itapuranga – GO em Diferentes Contextos Sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Bahia, v. 6, n. 1, 2017. p 30-41. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1153/846> Acesso em: 9 Ago. 2019.

SANTOS, J.E.; SANTOS, G.C.S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 24 Jul. 2019.

SCHNNYDER, J.K.H. **A importância da consulta de enfermagem no pré-natal da gestante de baixo risco**. 2014. p 26. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SOARES, F.M. **Saúde das Mulheres Negras no Brasil**. 2013. p 46. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/143570> Acesso em: 19 Jul. 2018.

STUMM, K.E. et al. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, v. 2, n.1, 2012. p 165-173. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3060/3143> Acesso em: 25 Set. 2019.

TAVARES, N.O. et al. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400005&script=sci_arttext) Acesso em: 23 Jul. 2019.

TAVARES, H.H.F. et al. Análise e Perspectiva sobre a Formação do Profissional de Saúde para o Atendimento à Mulher Negra. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, 2018. p 19-28. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p19> Acesso em: 17 Jul. 2019.

TEIXEIRA, R.A. et al. Consulta de Pré-natal de Enfermagem: Cuidado Além dos Aspectos Fisiológicos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, 2015. p 508-520. Disponível em: [http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2346/pdf\\_397](http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2346/pdf_397) Acesso em: 15 Ago. de 2019.

VIEGAS, D.P.; VARGA, I.V.D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300619&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300619&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 14 Jul. 2019.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa **“Percepção das Mulheres Quilombolas em Relação à Assistência Pré-natal: Um Enfoque da Enfermagem”**, da pesquisadora Laryssa de Fátima Pereira Palmeira, acadêmica matriculada no Curso de Enfermagem (nº de matrícula 14211191), da Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jovânia Marques de Oliveira e Silva. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação nesse projeto:

- 1) O estudo se destina a compreender as percepções das mulheres quilombolas em relação à assistência no pré-natal, a elas prestada na Unidade de Saúde Santa Luzia da Comunidade Quilombola do Muquém, União dos Palmares – AL.
- 2) A importância desse estudo deve-se ao fato de que a assistência pré-natal configura-se como fundamental à qualquer mulher, independentemente de sua raça/etnia, para acompanhar o desenvolvimento do binômio mãe-feto no processo de gestação, prevenindo agravos e identificando intercorrências que podem evoluir para mortalidade materna.
- 3) Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Compreensão das percepções das mulheres quilombolas em relação à assistência no pré-natal, de modo que se possa estruturar melhor a assistência pré-natal ofertada.
- 4) A coleta de dados começará em junho/2019 e terminará em julho/2019.
- 5) O estudo será feito através de uma entrevista gravada na Unidade de Saúde Santa Luzia, da Comunidade Quilombola do Muquém, localizada no município de União dos Palmares - AL, utilizando-se de um roteiro semiestruturado, cujo o áudio será registrado em gravador de voz, e ficará registrado na ESENFAR por 5 anos, e após esse período será destruído.
- 6) A sua participação será nas seguintes etapas: receberá e tomará conhecimento sobre o conteúdo do T.C.L.E. Em seguida, assinará o T.C.L.E e responderá a entrevista realizada pela pesquisadora, que preencherá o questionário de acordo com as informações fornecidas.

- 7) Os incômodos e possíveis riscos a sua saúde mental são: raiva, choro, vergonha, insatisfação, cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário. Para evitar tais riscos a participante poderá, a qualquer momento, recusar-se a continuar participando da pesquisa e também terá garantido que qualquer informação prestada não será ligada ao seu nome. Caso algum dos riscos venha a ocorrer, a pesquisadora se compromete a encaminhar a participante para acompanhamento e apoio psicológico necessário com profissional especializado no município de União dos Palmares – AL. O estudo não trará nenhum risco a saúde física.
- 8) Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: oferecer contribuição científica acerca do tema, bem como na melhoria dos cuidados oferecidos às mulheres quilombolas durante à assistência pré-natal.
- 9) Você poderá contar com a seguinte assistência: psicológica, sendo responsável (is) por ela: profissional especializado do município de União dos Palmares - AL.
- 10) Você será informada sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- 11) A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- 12) As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
- 13) O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
- 14) Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
- 15) Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária, Tabuleiro dos Martins, Maceió/AL.

CEP: 57072900

Telefones p/ contato: 3214-1100

E-mail: laryssa\_palmeira\_@hotmail.com

**Contato de urgência: Sr(a).**

Endereço:

Complemento:

Cidade/CEP:

Telefone:

Ponto de referência:

**ATENÇÃO:** *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <hr/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p> | <hr/> <p>Assinatura da orientadora do estudo<br/>(Rubricar as demais páginas)<br/><b>JOVÂNIA MARQUES DE OLIVEIRA E SILVA</b></p> <hr/> <p>Assinatura do responsável pelo estudo<br/>(Rubricar as demais páginas)<br/><b>LARYSSA DE FÁTIMA PEREIRA PALMEIRA</b></p> |
|---|--|

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**Título da Pesquisa: Percepção das Mulheres Quilombolas em Relação à Assistência Pré-natal: Um Enfoque da Enfermagem.**

Data de Preenchimento do Questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Local: União dos Palmares - Comunidade Quilombola Muquém

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Código da Entrevista: \_\_\_\_\_

#### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1. Idade: \_\_\_\_ anos DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.2. Raça/cor:

Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena  Ignorado

1.3. Estado Civil:

Solteira  Casada  Viúva  Separada/Divorciada  União Estável

1.4. Escolaridade:

Não Alfabetizada  Ensino Fundamental completo  Ensino fundamental incompleto  Ensino Médio completo  Ensino Médio incompleto  Ensino superior completo  Ensino Superior incompleto

1.5. Religião: \_\_\_\_\_

1.6. Com quem mora: \_\_\_\_\_

1.7. Ocupação: \_\_\_\_\_

1.8. Profissão: \_\_\_\_\_

1.9. Renda familiar: \_\_\_\_\_

#### 2. DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

2.1. Idade da 1ª menstruação: \_\_\_\_\_  Não sabe informar

2.2. Idade da 1ª relação sexual: \_\_\_\_\_  Não sabe informar

2.3. Quantos parceiros sexuais já teve? \_\_\_\_\_  Não sabe/Não deseja informar

2.4. Usava algum método contraceptivo?  Sim  Não. Qual (is)? \_\_\_\_\_

2.5. Já realizou o exame preventivo do câncer de colo de útero (Colpocitologia Oncótica)?

Sim  Não  Não sabe informar

2.6. Já teve alguma infecção sexualmente transmissível?

Sim  Não  Não sabe informar

2.7. G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea

2.8. Gestação planejada? ( ) Sim ( ) Não

2.9. Realizou pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

Início: \_\_\_\_\_ n° de Consultas: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

2.10. Seu parceiro participou das consultas de pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

2.11. Foi informado que seu parceiro poderia participar das consultas de pré-natal?

( ) Sim ( ) Não

2.12. Quem realizou as consultas de pré-natal? ( ) Médico ( ) Enfermeiro

2.13. Em algum momento durante seu pré-natal você se sentiu acolhido pelo profissional que realizou as consultas? ( ) Sim ( ) Não

2.14. Você se sentiu à vontade para tirar dúvidas durante as consultas de pré-natal?

( ) Sim ( ) Não

2.15. Você buscou alguma fonte de informação sobre a gestação durante o pré-natal?

( ) Sim ( ) Não Qual (is)? \_\_\_\_\_

2.16. Você realizou exames durante o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

2.17. Você recebeu alguma vacina durante o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

2.18. Patologia durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar

Qual (is)? \_\_\_\_\_

### 3. DADOS SOBRE HÁBITOS DE VIDA

3.1. Fuma? ( ) Sim ( ) Não Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

3.2. E durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não

3.3. Bebe? ( ) Sim ( ) Não Com que frequência? \_\_\_\_\_

3.4. E durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não

3.5. Pratica atividade física? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is)? \_\_\_\_\_

3.6. E durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is)? \_\_\_\_\_

3.7. Como foi sua alimentação durante a gestação? \_\_\_\_\_

### 4. QUESTÕES NORTEADORAS

4.1. Como foi o seu pré-natal?

4.2. Como você se sentia durante as consultas de pré-natal?

4.3. Quais eram as suas expectativas para a próxima consulta de pré-natal?

4.4. Quais orientações que você recebeu durante as consultas de pré-natal?

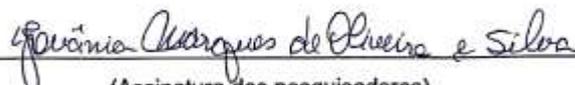
## APÊNDICE C

## DECLARAÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12,  
DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E  
SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS, E DA  
RESOLUÇÃO 510/2016 DAS NORMAS APLICÁVEIS A PESQUISAS EM  
CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

Eu, Laryssa de Fátima Pereira Palmeira, e a orientadora Dr.<sup>a</sup> Jovânia Marques de Oliveira e Silva, pesquisadores do projeto intitulado *Percepção das Mulheres Quilombolas em Relação à Assistência Pré-natal: Um Enfoque da Enfermagem* ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução n° 466/12 e da Resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tomados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, questionários e gravações serão utilizados para publicação de artigos científicos em revista especializada e apresentação em congressos científicos e, após conclusão da pesquisa, ficarão em posse dos pesquisadores por cinco anos, e após esse período serão destruídos.

Maceió - AL, 29 de março de 2019 .

  
\_\_\_\_\_  
(Assinatura dos pesquisadores)

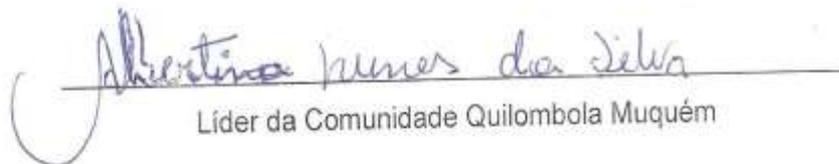
Laryssa de Fátima Pereira Palmeira

**APÊNDICE D****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu, Albertina Nunes da Silva, abaixo assinado, Líder da Comunidade de Remanescentes Quilombola Muquém, autorizo a realização do estudo: "**Percepção das Mulheres Quilombolas em Relação à Assistência Pré-natal: Um Enfoque da Enfermagem**", a ser conduzido pelas pesquisadoras, abaixo relacionadas, na Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém.

Declaro que fui informado pelas pesquisadoras responsáveis por esse estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento, bem como ter lido e concordar com a realização desse, após o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, em consonância com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

União dos Palmares, 10 de Setembro de 2018.

  
Líder da Comunidade Quilombola Muquém

**LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:**

Dr<sup>a</sup> Jovânia Marques de Oliveira e Silva  
Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas - Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR)  
Orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - EENFAR  
Laryssa de Fátima Pereira Palmeira  
Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas - EENFAR

**APÊNDICE E****DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

Ao Comitê de Ética da UFAL

Vimos por esta, declarar que o estudo intitulado *Percepção das Mulheres Quilombolas em Relação à Assistência Pré-natal: Um Enfoque da Enfermagem*, que será realizado pela acadêmica Laryssa de Fátima Pereira Palmeira sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva, contará com meu apoio profissional para o cuidado terapêutico às mulheres quilombolas, participantes do referido estudo.

Atenciosamente,

*Fabiana Correia de Holanda Cavalcanti*

Fabiana Correia de Holanda Cavalcanti

Psicóloga CRP nº 1512569

## ANEXO A

## PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió-AL, 23/10/2019

Senhor(a) Pesquisador(a), Jovânia Marques de Oliveira e Silva

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 13/06/2019 e com base no parecer emitido pelo (a) relator(a) do processo nº 11016318.4.0000.5013, sob o título PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUILOMBOLAS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: UM ENFOQUE DA ENFERMAGEM, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS 510/16.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resoluções CNS 466/12 e 510/16.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

Válido até: NOVEMBRO de 2020.

Membro do Comitê  
de Ética em Pesquisa - JUF