



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**



LORENA FERNANDA NASCIMENTO SANTOS

**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE CRIANÇAS EM COMUNIDADE
QUILOMBOLA**

**SALVADOR-BA
2015**

LORENA FERNANDA NASCIMENTO SANTOS

**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE CRIANÇAS EM COMUNIDADE
QUILOMBOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dra. Climene Laura de Camargo

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Ridalva Dias Martins Felzenburgh

**SALVADOR- BA
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S237 Santos, Lorena Fernanda Nascimento.

Condições de Nascimento de Crianças em Comunidade Quilombola / Lorena Fernanda Nascimento Santos. - Salvador, 2015.

117 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Climene Laura de Camargo.

Coorientadora: Profa. Dra. Ridalva Martins Felzemburg.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Assistência perinatal - Grupo com ancestrais do continente Africano - Maré, Ilha da (BA). 2. Gestantes - Acesso aos serviços de saúde. 3. Recém-Nascido - Acesso aos serviços de saúde. 4. Grupo com ancestrais do continente Africano - Maré, Ilha da (BA) - Necessidades e demandas de serviços de saúde. 5. Grupo com ancestrais do continente Africano - Maré, Ilha da (BA) - Distribuição espacial da população. 6. Populações vulneráveis. 7. Origem étnica e saúde I. Camargo, Climene Laura de. II. Felzemburg, Ridalva Martins. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. IV. Título.

CDU: 614-53.2

LORENA FERNANDA NASCIMENTO SANTOS

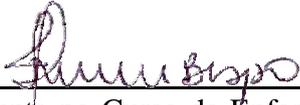
**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE CRIANÇAS EM COMUNIDADE
QUILOMBOLA**

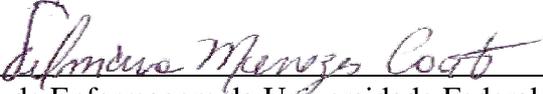
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovado em 24 de novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo 
Doutora em Saúde Pública. Vice Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA).

Tânia Chistiane Ferreira Bispo 
Doutora em Saúde Pública. Professora adjunta no Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, no Curso de Enfermagem e no Mestrado em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMS e no Centro Universitário Jorge Amado- UNIJORGE .

Telmara Menezes Couto 
Doutora. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Maria Carolina Ortiz Witaker 
Doutora. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Dedico esta dissertação a:

Deus, por me guiar no caminho do trabalho e do estudo;

Família, que soube entender a minha ausência nos muitos momentos desde que ingressei no mestrado até a conclusão da dissertação;

CRESCER-UFBA, pelo acolhimento e apoio na elaboração desse trabalho.

As Comunidades Quilombolas de **Praia Grande, Martelo, Porto dos Cavalos, Ponta Grossa e Bananeiras** pela receptividade, carinho e respeito.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, professora **Climene Laura de Camargo**, agradeço por ter me acolhido, por ter compartilhado seus conhecimentos, pela compreensão, por acreditar em mim, por toda dedicação concedida à construção deste trabalho.

Muito obrigada!!

AGRADECIMENTOS

À professora **Ridalva Felzenburgh**, minha coorientadora, agradeço pelos ensinamentos compartilhado, pelo tempo dedicado ao meu trabalho, sem você a pesquisa quantitativa ficaria mais difícil, obrigada por contribuir para o meu crescimento profissional

Aos membros da banca, **Dra. Tânia Christiane Bispo, Dra. Telmara Menezes Couto e Dra. Maria Carolina Ortiz Whitaker** pelas contribuições para a excelência deste trabalho.

A Deus, pelo dom da vida e por ter me concedido a força e a coragem necessárias para idealizar e concretizar este trabalho. Agradeço também por ter colocado no meu caminho pessoas imprescindíveis para a concretização desta trajetória.

A meu noivo, amigo e companheiro, **Danilo Cunha**, por todo amor, dedicação, paciência, apoio e compreensão nos momentos de ausência.

Às **comunidades quilombolas** de Ilha de Maré, GRATIDÃO, obrigada pela receptividade e colaboração na pesquisa. Sem vocês este estudo não seria possível.

A **Minha Família**, por sempre acreditarem em mim, pelo incentivo, vibração, apoio não só neste momento e sim por todos os momentos da minha vida.

A **Viviane**, companheira do mestrado, que me ajudou infinitamente nessa caminhada.

Aos integrantes do grupo **CRESCER** que, diretamente ou indiretamente contribuíram para essa conquista.

RESUMO

SANTOS, Lorena Fernanda Nascimento. **Condições de Nascimento de Crianças e Comunidade Quilombola**. 2015. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. (Orientadora: Prof^a Dra Climene Laura de Camargo; Coorientadora Ridalva Martins Felzemburg).

As condições de nascimento no Brasil, apesar de apresentarem uma evolução significativa nas últimas décadas, ainda apresentam discrepâncias baseadas nas desigualdades étnicas, de classe social e região. Quando se enfoca as comunidades quilombolas, identifica-se que as condições sociais que geralmente vivenciam são piores que as condições da população negra em geral. Objetivo Geral: conhecer as condições de nascimento das crianças das comunidades quilombolas de Ilha de Maré. Objetivo Específico: 1. Caracterizar as condições de nascimento das crianças das comunidades quilombolas em estudo, segundo as condições sociodemográficas das famílias; 2. Investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças no momento do nascimento; 3. Analisar como se dá o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais por mães quilombolas. O estudo foi quantitativo descritivo, realizado nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré, Salvador-Bahia. Este, fez parte de um projeto Guarda-Chuva intitulado “Acesso e Assistência à Saúde Infantil em Comunidades Quilombolas: Caminhos para Equidade no SUS, financiado pela FAPESB, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia por meio do Parecer Consubstanciado 367.474. As participantes foram mães de crianças quilombolas de 0 a 2 anos. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário, armazenados e analisados com o auxílio do programa Stata, versão 12,0. As variáveis estudadas apontam que as mães de crianças quilombolas, mesmo com grau de instrução satisfatória tratando-se de uma comunidade vulnerável, exercem ocupação informal que reflete em uma *renda per capita* inferior ao salário mínimo. Em relação aos dados obstétricos, 67,8% foram partos vaginais, 96,6% não tem histórico de natimorto e 89,8% não tem histórico de aborto, 57,6% não referiram doença na gestação, 42,4% apresentaram doença na gestação, as mais referidas foram hipertensão e infecção urinária. Em relação a vitalidade da criança, 76,7% apresentaram peso adequado na avaliação do escore de Apgar 85,0% das crianças apresentaram índice entre 7 e 10 no 1º minuto e 95,0% apresentaram índice entre 7 e 10 no 5º minuto. Foi observado que as mulheres realizaram pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF). Observa-se, ainda, um itinerário no trabalho de parto desgastante, as questões geográficas dificultam o acesso às maternidades. As mulheres utilizam embarcações de familiares ou alugadas que não promovem o transporte seguro e, visitam em média, 1,5 maternidades no trabalho de parto. Concluiu-se que, a condição de saúde de mulheres no período gestacional e de crianças no nascimento é influenciada pela condição sociodemográfica limitante, sendo necessário adequar a assistência à saúde a comunidade quilombola. Os resultados deste estudo poderão subsidiar ações políticas locais e municipais, pois, possibilitará observar as situações favoráveis e desfavoráveis para a condição de nascimento saudável de recém-nascido quilombola.

Descritores: Saúde da Criança; Saúde da Mulher; População Negra; população vulnerável; Assistência Perinatal;

ABSTRACT

SANTOS, Lorena Fernanda Nascimento. Birthing conditions in children from Quilombola communities. 2015.1171.Dissertation (Masters in Nursing).Nursing School, Federal University of Bahia – Salvador – 2015. (Advisor: Prof Climene Laura de Camargo; Coadvisor: Ridalva Martins Felzemburg).

The conditions of birth in Brazil, despite having a significant evolution in recent decades, still have differences based on ethnic inequalities, social class and region. When it focuses on the maroon communities, it is identified that the social conditions that often experience are worse than the conditions of the black population in general. General Objective: To know the conditions of birth of children of Maré Island of quilombo communities. Specific Objective : 1. To characterize the conditions of birth of the children of the quilombo communities under study, according to sociodemographic conditions of families ; 2. To investigate the obstetric data maroon mothers and characteristics of children at birth ; 3. Analyze how is access and accessibility of per. This is a descriptive quantitative study that was performed in Quilombo communities on Maré Island, Salvador-Bahia. This study was part of an Umbrella project entitled "Access and Assistance to Childrens Health in Quilombo Communities: Pathways to Equality through Brazilian Universal Health Care (SUS)", which was funded by FAPESB and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Bahia (367,474). Participants were mothers of children Maroons 0-2 years. Data were collected through the application of a questionnaire, stored and analyzed with the aid of Stata software, version 12.0. The variables studied show that mothers of children Maroons, even with satisfactory level of education, have informal occupation reflecting on a per capita income below the minimum wage. Regarding obstetric data, 67.8% were vaginal deliveries, 96.6% had no history of stillbirth and 89.8% do not have a history of miscarriage, 57.6% reported no illness during pregnancy, 42.4 % had disease in pregnancy, the most mentioned were hypertension and urinary tract infection. Regarding the vitality of children, 76.7% had adequate weight in the evaluation of Apgar score 85.0% of children had index between 7:10 in the 1st minute and 95.0% had index between 7:10 after 5 minutes. It has been observed that women received prenatal care in the Family Health Unit (USF). It is observed also an itinerary in exhausting labor, geographical issues hinder access to maternity hospitals. Women use family or hired vessels that do not promote safe transportation and visit on average 1.5 maternity in labor. It was concluded that the health condition of women during pregnancy and child at birth is influenced by socio-demographic limiting condition, requiring adequate health care to quilombo. The results of this study may subsidize local and municipal political action therefore allow observe the favorable and unfavorable situations for the condition of healthy birth of newborn maroon.

Descriptors: Child Health; Women's Health; Black Population; vulnerable population; Perinatal Care;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tabela 1 Caracterização de Mães de crianças de 0 a 2 anos de Ilha de Maré, Salvador-Bahia, 2015	58
Tabela 2- Tabela 2 Dados Obstétricos, hábitos de vida e orientações recebidas por mães de crianças quilombolas de Ilha de Maré	60
Tabela 3- Tabela 3 Características do Nascimento de Crianças Quilombolas de 0 a 2 anos de ilha de Maré	63
Tabela 4- Tabela 1 Caracterização sociodemográfica de mães de crianças quilombolas de 0 a 2 anos que utilizaram os serviços perinatais. Ilha de Maré, 2015	78
Tabela 5- Tabela 2 Uso dos serviços perinatais por mães de crianças em comunidade quilombola no pré-natal	80
Tabela 6- Tabela 3 Uso dos serviços perinatais por mães de crianças em comunidade quilombola no trabalho de parto	82

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIG	Adequado para Idade Gestacional
APAE	Associação de Pais e amigos dos Excepcionais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHRN	Doença Hemorrágica do Recém-Nascido
DINSAMI	Divisão Nacional Materno Infantil
DNV	Declaração de Nascido Vivo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia
FCP	Fundação Cultural Palmares
GIG	Grande para Idade Gestacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PMI	Programa Materno-Infantil
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNHPN	Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento
PPGAR	Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família

LISTA DE SIGLAS

SEPIIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquerito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO GERAL	20
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 POLÍTICA MATERNO E INFANTIL: perspectiva para um nascimento seguro	21
2.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA E O SEU CONTEXTO HISTÓRICO	27
2.3 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO: O caminho para um nascimento saudável	33
2.3.1 Condições Sociodemográficas e Reprodutivas	33
2.3.2 Condições Perinatais do Recém-Nascido	38
3 METODOLOGIA	45
3.1 TIPO DE ESTUDO	45
3.2 LOCAL DE ESTUDO	45
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	47
3.3.1 Critérios de Seleção e Inclusão	47
3.3.2 Critérios de Exclusão do Estudo	47
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	47
3.5 COLETA DOS DADOS	49
3.6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	49
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	50
4 RESULTADOS	51
4.1 Manuscrito 1	52
4.2 Manuscrito 2	67
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	107
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	108
APÊNDICE B	109
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE	109
APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO	110
APÊNDICE D – Ofício para Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	117

1 INTRODUÇÃO

A condição de nascimento do recém-nascido é definida a partir das circunstâncias nas quais a criança nasceu avaliando a sua vitalidade, atrelado ao histórico obstétrico e condição sociodemográfica da família. Assim, é resultante de uma complexa rede de fatores que inclui determinantes biológicos, socioeconômicos e assistenciais (VICTORA, et al., 2011).

Neste sentido, pode-se dizer que as condições de nascimento estão diretamente relacionadas com a qualidade da assistência pré-natal, do acesso e acessibilidade da mulher aos serviços perinatais e ao grau de instrução da mãe. Entende-se por acesso à disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta, a acessibilidade trata da possibilidade concreta de utilizar os serviços ou recursos disponibilizados (TRAD, 2012).

No cenário brasileiro, as condições de vida da população têm um papel central para a desigualdade social, bem como influencia diretamente nas condições de saúde, além do que a vitalidade do recém-nascido tem relação direta com esses indicadores, assim, de acordo com essa premissa, visualiza-se que a maioria dos recém-nascidos apresenta boa vitalidade, porém, alguns têm maior risco de evolução desfavorável do nascimento.

O Brasil passou por mudanças rápidas nos principais determinantes sociais, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e são fatores de risco a população da saúde e na organização dos serviços de saúde. Essas mudanças implicaram em diminuição das diferenças regionais, relacionado ao *deficit* de crescimento e mortalidade infantil. Nessa perspectiva, o acesso e acessibilidade a maioria dos serviços perinatais aumentou acentuadamente para uma cobertura quase universal, reduzindo as desigualdades regionais e socioeconômicas também nesse aspecto (VICTORA et al., 2011).

Porém, mesmo com maior oferta dos serviços para a população, os recursos na saúde estão aquém do que é necessário, o acesso e a acessibilidade aos serviços é dificultada, inclusive no que concerne à assistência pré-natal, considerada fator determinante para condição de nascimento adequada.

Esse é o cenário, principalmente, quando se refere a uma população em condição de vulnerabilidade, que sofre opressão e exclusão social, sem apoio suficiente do estado e tem associado a esses aspectos, o desemprego, a precarização do trabalho e degradação da qualidade de vida. Essa condição se adéqua à maioria da população negra, em especial a quilombola. É importante salientar que a vulnerabilidade social diz respeito a sociabilidade do ser humano, define grupos ou indivíduos fragilizados na promoção, proteção ou garantia de

seus direitos de cidadania (WALDOW, 2008). No âmbito da saúde, a vulnerabilidade é entendida pela suscetibilidade do sujeito ao adoecimento, resultante de um conjunto de aspectos sociais, culturais, epidemiológicos, psicológicos e biológicos (SOUSA, 2010; WALDOW, 2008). Enfim, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social e o seu grau se altera a depender da modificação na condição ou ambiente social (NICHIAITA, 2008).

As discrepâncias ficam mais expressivas quando analisam-se dados de morbimortalidade, enfocando o quesito raça/cor, já que negros e brancos vivenciam condições de vida desiguais tendo como consequência iniquidades, que influenciam o nascimento, a vida e a morte desta população. Aproximar essas realidades é um desafio dentro das políticas públicas.

As mudanças nas condições dos determinantes sociais citadas foram decorrentes de melhoras nos indicadores socioeconômicos e demográficos, das intervenções fora do setor da saúde, da implementação de programas de saúde na década de 1980 como a promoção do aleitamento materno, reidratação oral e imunizações (EDSON NETO, 2008; VICTORA et al., 2011).

Pode-se ainda inferir o fornecimento de maior aporte financeiro no serviço nacional de saúde a partir de 1988, além da implementação de muitos programas nacionais e estaduais voltados para a promoção da saúde infantil e, em menor escala, para promover a saúde da mulher. No entanto, hoje ainda é possível deparar-se com desafios substanciais, incluindo a medicalização do parto, as mortes maternas causadas por abortos ilegais e uma alta frequência de partos prematuros (CRIZÓSTOMO, 2007; VICTORA et al., 2011).

As intervenções referidas melhoraram as condições de vida da população negra, como por exemplo, no acesso aos serviços prioritários de saúde, aumento no nível de escolaridade e distribuição de renda. Entretanto, essa população permanece em significativa desigualdade social e econômica.

Com base nos dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), existe disparidade de renda quando são considerados os segmentos populacionais por cor/raça e por regiões do país. A população negra, mesmo tendo experimentado aumento relativo da renda média *per capita* superior ao da população branca, permanece com expressiva desigualdade e, apesar das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul e a zona urbana permanecerem com as maiores rendas *per capita*, o Nordeste e a zonal rural ainda abarcam os maiores índices de pobreza, apesar de apresentarem taxas expressivas de crescimento neste indicador (IPEA, 2011).

Ao reportar-se a realização da consulta pré-natal, que é um indicador preditor para saúde da mãe e do conceito, segundo dados do DATASUS, pelo Sistema de Informação de Nascido Vivo em 2011, foi identificado que 61,2% das mulheres que pariram nesse período, fizeram 7 ou mais consultas pré-natal, analisando pelo quesito raça/cor 53,5% eram brancas e 46,5 % eram negras; 27,7% fizeram de 4 a 6 consultas sendo 29,9% brancas e 70,1 % negras; somente 11,1% fizeram menos de 4 consultas pré-natal, dessas 23,2% eram brancas e 76,8 % eram negras (BRASIL, 2011a). Assim, observa-se o acesso desigual ao serviço de saúde durante a gravidez relacionada ao quesito raça/ cor.

Esse acesso desigual aos serviços de saúde no período perinatal resulta em condições de nascimento desiguais. Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade, 94,3% dos óbitos fetais, ocorridos no Brasil em 2011, tiveram como causas as afecções originadas do período perinatal. Essas afecções estão relacionadas ao acesso e acessibilidade das gestantes e parturientes aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Quando esses óbitos foram analisados segundo o tipo de parto, constatou-se que do total (31.613), 66,3% decorreram de partos vaginais, 28,3% de partos cesáreos e 5,4% de tipo de parto ignorado. Vale ressaltar ainda que a maior incidência em relação à idade gestacional (22,9%), ocorreu no período de 37 a 41 semanas. A análise dos óbitos por tipo de parto de mulheres brancas e negras ficou prejudicada, pois somente 7 (sete) óbitos tem o registro por raça/cor (BRASIL, 2011b).

Assim, as desigualdades originadas das diferenças raciais e sociais demandam intervenções organizadas na perspectiva de equidade, da qualidade de vida e da saúde, principalmente quando se trata da gestação. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial crônica, diabetes não gestacional, anemia, infecção pela sífilis e pelo HIV (DOMINGUES et al, 2012).

Cunha (2004) discorre sobre o efeito de variáveis identificadas como condicionantes da morte de menores de um ano e concernentes às características dos nascidos vivos, apontando que os escores APGAR e peso ao nascer se apresentam como os mais significativos, seguindo em ordem de importância as variáveis ligadas às condições socioeconômicas da mãe e do período gravídico, como a instrução, tipo de gestação, tipo de parto ou número de consultas no atendimento pré-natal.

Com esse cenário percebe-se que a assistência pré-natal pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além

de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES et al, 2012).

Paes (2010) estudou sobre as estatísticas de nascimento e os fatores maternos de criança no Nordeste brasileiro, no qual identificou como condições favoráveis para o nascimento mães com considerável nível de instrução, número elevado de consultas pré-natais, mães com idades entre 20-29 anos, já que, atribui-se nessa faixa etária um risco menor de ter um recém-nascido de baixo peso e mães com menos de 42 semanas de gestação. As variáveis como estado civil das mães nas categorias casada, separada e viúva determinou que essas mães possuíam algum tipo de rede de apoio favorecendo um parto com condições mais estáveis, diferentemente das mães solteiras. Enfim, essas características estavam ligadas a questões estruturais e diretamente relacionadas ao nível de desenvolvimento humano.

Ao reportar-se a mulheres negras a atenção deve ser ainda maior, já que, algumas dessas doenças ainda são mais frequentes na população negra. Como agravante, depara-se com o desconhecimento dessas doenças pela própria população. A comunidade quilombola de Caiana Criolos, por exemplo, desconhece informações básicas a respeito de doenças e agravos prevalentes na população negra, tais como anemia falciforme e hipertensão (SILVA, 2007).

A saúde da mulher negra no período da gestação pode ser agravada devido à dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e suas precárias condições de vida, nível de instrução, entre outros, o que pode refletir diretamente nas condições de saúde de seus conceitos.

Essa é a dura verdade visualizada no cenário nacional, em que o acesso é seletivo, excludente e focalizado que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social (ASSIS, 2003).

As falhas na estrutura da assistência perinatal no Brasil é uma questão histórica, que nasce desde o tempo colonial pela falta de uma política nacional efetiva de atenção a esses grupos mais vulneráveis, no que diz respeito à distribuição de renda, alocação de recursos e acesso à saúde.

Assim, o Governo Federal, em ação coordenada pela secretaria especial de políticas de promoção da igualdade e reparação racial, conceitua na apresentação do programa *Brasil quilombola* as comunidades quilombolas como grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. Quando se fala em identidade étnica trata-se de um processo de autoidentificação que não se reduz a elementos materiais ou traços biológicos peculiares, por exemplo, cor da pele (BRASIL, 2004). A noção de identidade quilombola está

estritamente ligada a ideia de pertença e trazem, na memória, todo o histórico da cultura negra (SOUZA, 2006).

Identificam-se que nas comunidades quilombolas suas condições de saúde, devido as condições sociais em que geralmente vivem, são piores que as condições da população negra em geral, já que, por sua constituição histórica vivem em situações precárias de políticas sociais e de saúde que podem influenciar as condições de nascer, viver e morrer dessa população.

Segundo Nery (2004), essas comunidades vêm resistindo às influências externas, buscando manter e/ou reproduzir seus modos de vida, na tentativa de preservar sua identidade pela experiência vivida e pela socialização de suas diversas trajetórias históricas.

Observa-se ainda que poucos são os estudos que abordam as condições de saúde e possíveis repercussões nas condições de nascimento da população quilombola. Nesse contexto, estudos que abordem esta temática são de suma importância para a efetivação da equidade no Sistema Único de Saúde.

Em estudo relacionado à condição de saúde da comunidade quilombola Caiana dos Criolos há relato que o sustento da comunidade é obtido, principalmente, por meio de plantações de subsistência e a inexistência de condições sanitárias apropriadas, como água corrente limpa para consumo humano e esgoto sanitário tratado (SILVA, 2007). Situação semelhante é encontrada em Ilha de Maré, *locus* do presente estudo, com baixos níveis de renda, desempenhando atividades econômicas majoritariamente informais, de natureza extrativista primária, sendo que a principal fonte de renda está ligada a pesca e a mariscagem apresentando ainda condições sanitárias inadequadas (SEIXAS, 2013).

Predebon (2010) refere que informações mais detalhadas de características ambientais e da população residente em diferentes espaços geográficos permitem a identificação das condições sociais no momento em que se analisam os dados, relacionando o contexto histórico estrutural em que se construiu a comunidade. Considera-se, portanto, que a incorporação do espaço como fator relevante nas pesquisas sobre saúde possibilita avanços no conhecimento, como também da determinação social do processo saúde-doença e das desigualdades em saúde.

Atrelado a esse contexto, observa-se que o reconhecimento da associação entre o processo assistencial e os desfechos perinatais não alcançou no Brasil a visibilidade devida (LANSKY, 2014), além do que, a maior parte do conhecimento sobre natalidade no Brasil vem de informações geradas pelos censos e registros vitais. É importante salientar que a qualidade das informações e as condições em que os nascimentos ocorrem têm sido uma

questão central e persistente (PAES, 2010). Porém, esses dados não permite a análise com os dados específicos da população vulnerável, em especial a comunidade quilombola.

Assim, o interesse por esta temática se deu por observar as lacunas relacionadas às condições de saúde dos neonatos em comunidade quilombola. Durante a graduação em Enfermagem pude vivenciar o cuidado com o neonato, prestando assistência em sala de parto, berçário, alojamento conjunto e unidade canguru no componente curricular Estágio Supervisionado na cidade de Feira de Santana-Bahia. Em alguns desses ambientes de prática existia o contato com as puérperas, em que pude promover várias atividades de integração e conhecer o cotidiano dessas mulheres em suas comunidades que poderiam interferir nas condições de nascimento dos recém-nascidos. Posteriormente, como enfermeira assistencial, na residência profissional em saúde da Universidade do Estado da Bahia núcleo de Neonatologia em 2007, pude aprimorar os meus conhecimentos na área de neonatologia com ênfase nos cuidados intensivos neonatais associados às condições perinatais.

O trabalho em comunidade foi oportunizado com o serviço de Internação domiciliar do Estado no período de 4 (quatro) anos, onde pude conhecer o cotidiano das famílias e suas práticas de cuidado amparado na cultura popular.

A atuação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em uma Maternidade de Referência de Salvador possibilitou-me prestar assistência de saúde de média a alta complexidade a neonatos. Essa experiência instigou-me a desenvolver um estudo, explorando as condições de nascimento que permitiria fornecer dados e ampliar discussões para o desenvolvimento de atividades no período perinatal, subsidiando políticas e práticas locais positivas para o nascimento.

A delimitação, neste estudo, pela comunidade quilombola deve-se ao fato dessa possuir condições de saúde específicas como já relatadas anteriormente e, conseqüentemente, ter condições próprias para gestação e nascimento, somando-se a carência de estudos sobre a realidade dessas comunidades, apesar de sua importância histórica para a realidade brasileira. Essa motivação foi reforçada por ser integrante do Grupo de Estudo sobre a Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER/UFBA), que já desenvolve pesquisas no local desde 2002, e que possibilitou minha inserção na comunidade quilombola de Praia Grande e facilitou a formação de laços de confiabilidade tão importantes em pesquisas com enfoque etno-cultural.

Nesse momento de aprofundamento científico, em minha vida profissional, busquei focar as condições de nascimento de crianças em comunidade quilombola, com a finalidade de otimizar a assistência obstétrica e neonatal, subsidiando programas que impactam na

prestação de serviços à gestante no pré-parto, parto, pós-parto imediato e ao recém-nascido em comunidades quilombolas.

O conhecimento da condição de nascimento de um determinado lugar se constitui em um fator determinante da dinâmica populacional, já que, os nascimentos fazem parte da composição de inúmeros indicadores demográficos e epidemiológicos (PAES, 2010). Assim, com base no que é preconizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e atendendo ainda a uma proposta do Ministério da Saúde, que é a pesquisa ampliada sobre a saúde das famílias quilombolas (BRASIL, 2012a), este estudo buscará trazer a tona a realidade das comunidades de Ilha de Maré-Bahia. Nessa conjuntura, pretende-se auxiliar na implementação de políticas locais e municipais no cuidado dessas crianças.

Assim, faz-se necessário o estudo das condições sociodemográficas e as condições perinatais como a idade gestacional, acompanhamento pré-natal, peso ao nascer, escore de apgar e afecções perinatais relacionadas ao nascimento, visando, de forma mais ampla, implementar estratégias de combate às desigualdades. Desta forma, busca-se responder: Quais as condições de nascimento das crianças das comunidades quilombolas de Ilha de Maré? Apresento os seguintes Objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as condições de nascimento de crianças das comunidades quilombolas de Ilha de Maré.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Caracterizar as condições de nascimento das crianças das comunidades quilombolas em estudo, segundo as condições sociodemográficas das famílias;
2. Investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças no momento do nascimento;
3. Analisar como se dá o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais por mães quilombolas;

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura possibilita que o pesquisador amplie seus conhecimentos referentes ao objeto estudado, identificando as lacunas existentes. Assim, faz-se necessário conhecer o estado da arte sobre as condições de nascimento de crianças com enfoque em comunidades quilombolas. A revisão foi realizada nas bases de dados do Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e outras formas de divulgação do conhecimento, na tentativa de apreender/conhecer o fenômeno em estudo. Como forma mais didática de apresentação dividiu-se este capítulo em três eixos temáticos, assim denominados: Política de Saúde Materno e Infantil: perspectiva para um nascimento seguro; Comunidade Quilombola e o seu Contexto Histórico; Condições de Nascimento: o caminho para um nascimento saudável”.

2.1 POLÍTICA MATERNO E INFANTIL: perspectiva para um nascimento seguro

As políticas de saúde materno-infantil são fundamentais para que se possam traçar estratégias que impactem na redução das taxas de morbimortalidade neonatal, principalmente em países pobres e em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

A luta por melhores condições de saúde materno e infantil iniciou-se no Brasil, com maior representatividade política a partir de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança que coloca em evidência os cuidados referentes a gravidez e a amamentação (SANTOS NETO et al, 2008).

Após 1940, há consenso entre os estudiosos de que as descobertas tecnológicas na área de saúde intensificaram o processo de queda da mortalidade infantil, passando pelas ações explícitas de saúde pública especialmente pelo combate a malária e outras doenças infecciosas e endêmicas, por meio de campanhas de imunização, utilização de antibióticos, pulverização com inseticidas para erradicar as doenças causadas por insetos transmissores, clorificação da água, suplementação alimentar, entre outros (IBGE, 1999).

Nessa perspectiva, observa-se que o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo transformações, acarretando mudanças significativas nos perfis epidemiológico e demográfico da população infantil (GAIVA, 2012). Dessa forma, a criança e mais especificadamente o período neonatal está no escopo dos pesquisadores dessa área, mobilizando ações no campo das políticas públicas de saúde.

Referindo ao contexto histórico da política materno e infantil, na maior parte do século XX, as políticas nacionais de saúde da mulher estiveram voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. Em 1974/1975 o Ministério da Saúde reformulou as diretrizes gerais da assistência à saúde sendo implementado a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil, instituída por meio do Programa Materno-Infantil (PMI). Posteriormente, com os avanços relacionados a hospitalização dos partos, o Ministério da Saúde criou, em 1978, o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivos e obstétricos (LEITE E PAES, 2009).

Em 1983, a Divisão Nacional Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança o PAISMC. Posteriormente, em 1984 como resultado da luta do movimento feminista, houve a dissociação dos programas, com a formulação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (TAVARES,2009; MACHIN,2011). O ineditismo desse programa foi que a mulher deixou de ser vista apenas no contexto do binômio mãe e filho e passou a ser enfocada em sua totalidade e abrangência (FREITAS et al, 2009; SANTOS NETO et al, 2008), representando, portanto, uma das maiores políticas de atenção a mulher.

Contudo, o PAISM, na promoção da saúde neonatal, é de suma importância, pois, está intimamente relacionada com a saúde da criança e a humanização do nascimento, contempla, por exemplo, planejamento reprodutivo e as infecções sexualmente transmissíveis, que podem ser diagnosticadas precocemente auxiliando a prevenção da transmissão vertical de doenças para o recém-nascido.

Em 1984, também foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) com o intuito de ser o elo entre a população infantil e os serviços de saúde, utilizando como metodologia para a organização da assistência infantil, o acompanhamento sistemático de seu crescimento e desenvolvimento. Tem como objetivo promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no 1º ano de vida; aumentar os níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde; identificar precocemente os processos patológicos, favorecendo diagnósticos precoce e tratamentos oportunos (BRASIL, 1984).

A Constituição da República, promulgada em outubro de 1988, reconhece no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, as políticas sociais e econômicas passam a ser elaboradas visando a garantia desses direitos a toda a população brasileira e representando um grande marco no amparo à saúde da mulher e da criança,

representado em diversos artigos fundamentaram e constituíram a base do direito reprodutivo (EDSON NETO, 2008).

A partir da década de 1990, com a aprovação das leis orgânicas da saúde n°. 8.080 e n°. 8.142, torna-se visível a forma como o SUS seria operacionalizado por intermédio de ações, de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasado na participação e controle social. Nesse mesmo ano, houve a aprovação do estatuto da criança e do adolescente que também buscou promover a atenção à gestante quanto ao recém-nascido no sistema público de saúde (EDSON NETO, 2008).

Na tentativa de reduzir as taxas de mortalidade infantil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado inicialmente no estado de Ceará. Em 1991 e em 1994, iniciou-se a implementação das ações do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganização da atenção básica (EDSON NETO, 2008).

O PSF se caracterizou como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, visando à ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012), buscando dessa forma, atender a comunidade de forma mais personalizada, com identificação da família e seu ambiente de vida.

Neste mesmo período, além da reformulação da atenção básica iniciou-se a reformulação da atenção hospitalar, como forma de melhorar as condições de saúde do recém-nascido. O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM N° 1016, de 26 de Agosto de 1993, aprova as normas básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto" que propicia a diminuição do risco de infecção hospitalar e contribui para evitar as complicações maternas e do recém-nascido (BRASIL, 1993).

O alojamento conjunto propõe o contato imediato da mãe com seu filho, além dos outros familiares, estreitando o tempo de adaptação a essa nova realidade. Possibilita uma melhor visualização do cuidado prestado ao recém-nascido pela genitora, sendo possível incentivar o cuidado, promover o aleitamento materno, se for da vontade da puérpera, além de possibilitar as práticas de educação em saúde, dirimindo as dúvidas relacionadas aos cuidados essenciais e encaminhamentos para o recém-nascido.

Em 8 de dezembro de 1999, foi oficialmente apresentada, pelo Ministro da Saúde, a Norma de atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru – disseminado por meio de normas e protocolos e de um amplo processo de capacitação coordenado pelo Ministério da Saúde, apoiado em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2002).

Posteriormente, foi instituído o Programa de humanização do pré-natal e nascimento (PNHPN) pelo ministério da saúde, por meio da portaria GM/ nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas necessidades de atenção específica a gestante, ao neonato e a puérpera (BRASIL, 2002). Esse programa tinha como objetivo primordial reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal no país.

No ano de 2001, a Portaria n.º 822 do MS, instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Triagem Neonatal, garantindo, a todos os recém-nascidos brasileiros, igual acesso aos testes de triagem de vários distúrbios metabólicos (RAMALHO, 2002). Essa conquista possibilitou a descoberta precoce dos portadores desses distúrbios, contribuindo para o tratamento mais eficazes. Esse programa é realizado em parceria com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Esse Programa iniciou-se com o teste do pezinho, evoluindo para a identificação precoce de várias outras anormalidades. A triagem neonatal é um meio de se diagnosticar precocemente diversas doenças congênitas que não apresentam sintomas no período neonatal, a fim de intervir no seu curso natural, impedindo a instalação dos sintomas decorrentes dessas (RAMALHO, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde propõe que seja priorizado a promoção da saúde da mulher, assim foi elaborada em parceria com diversos setores da sociedade a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) com enfoque em princípios e diretrizes para os anos de 2004 e 2007 (FREITAS et al., 2009; EDSON NETO, 2008). Nesse sentido, a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, no que diz respeito ao ciclo gravídico-puerperal oportunizou a elevação da qualidade da assistência e, conseqüentemente, a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal (MONTE,2013).

Resgatando implementações em relação a triagem neonatal, o “teste da orelhinha” ou triagem auditiva foi outro exame que começou a ser exigido pelo governo federal, Lei Federal nº 12.303/2010. Tornou obrigatória e gratuita a realização do exame e espera-se que todos os hospitais e maternidades do Brasil ofereçam o teste (BRASIL, 2010). Consiste na avaliação da acuidade auditiva dessas crianças, possibilitando o diagnóstico e tratamento precoce das anomalias auditivas. É muito importante principalmente para os recém-nascidos que são prematuros e/ou que ficaram internados em unidades neonatais pela grande exposição a ruídos de equipamentos e por sofrerem manipulações excessivas.

Pode-se citar, também, o “teste do olhinho” que ainda não é realizado em grande escala, porém, é considerado uma grande evolução no cuidado neonatal por avaliar,

diagnosticar e prevenir a retinopatia da prematuridade, muito comum em prematuros, além de outras doenças oftálmicas de acuidade visual por ausência de intervenção.

Diversas estratégias foram traçadas ao longo dos anos em prol da promoção da saúde materna e infantil, dentre elas, pode-se citar a agenda de Compromissos para a Saúde Integral da criança e redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004).

Em 2008, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que traz na sua subagenda de pesquisa em saúde: saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; promoção da saúde; sistemas e políticas de saúde; gestão do trabalho e educação em saúde para que as prioridades das pesquisas estejam de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a pesquisa fornece o respaldo científico para a construção das políticas públicas. Estas são definidas a partir das inadequações e problemas de saúde, com base nas discussões nos diversos espaços de construção de saber.

Dessa forma, o olhar diferenciado e ações coerentes com cada contexto contribui para um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável, possibilita uma precoce intervenção nas doenças transmissíveis e/ou não transmissíveis, além de trabalhar na promoção da saúde e melhoria da situação encontrada.

Com esse panorama, foi lançada em março de 2011, pelo Governo Federal, a Rede Cegonha, que é uma estratégia que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2011d).

O Ministério da saúde propõe com a rede cegonha assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, possibilitando, assim, a realização de um trabalho educativo mais eficaz, prestando um cuidado individualizado e, em relação às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento, e ao desenvolvimento saudável. Nessa perspectiva, com a humanização do parto e a promoção da assistência no período gravídico-puerperal potencializam as ações do cuidado ao recém-nascido, minimizando os partos com distorcias e, conseqüentemente, diminuindo também as complicações para o bebê.

Portanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da portaria Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015, busca integrar as diversas ações já existentes, e tem como objetivo promover a saúde da criança, por meio do incentivo ao aleitamento materno, promoção da atenção humanizada e assistência qualificada na gestação,

parto e nascimento, com especial atenção às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e em situação de rua (BRASIL, 2015).

Inserido nas diversas políticas citadas existem instrumentos que fortalecem e amparam as ações de saúde materno-infantil que são utilizados nas instituições de saúde, no intuito de colaborar com a otimização da assistência ao neonato. Como exemplo destes instrumentos, podemos citar os manuais e cadernos de atenção à saúde, e, em especial, a caderneta da criança que possui dados pertinentes como informações sobre o recém-nascido como peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico, apgar, raça/cor, tipo de parto, local de realização do parto, além do calendário de imunização.

Isso aponta para uma grande evolução no âmbito das políticas públicas no Brasil, que repercute na mudança das condições sanitárias e de saúde, principalmente materno-infantil. Dentre elas, a expansão do saneamento básico, que ainda não é acessível a toda população, porém, atualmente, o setor tem recebido novos investimentos para serem aplicados de forma sustentável (LEONETI, 2011), e a queda da fecundidade com diminuição da taxa total apresentada no país nas últimas décadas (AMARAL, 2015; BERQUÓ, 2014).

Mesmo com a contribuição dessas intervenções de forma substancial para diminuição morbimortalidade neonatal no país como um todo, essa realidade está muito aquém das nossas necessidades, contudo denunciam a magnitude e relevância dos problemas sociais e acentua a necessidade de continuar a discussão no que concerne a assistência neonatal.

É importante salientar que as causas da mortalidade infantil se alteraram nas últimas décadas, reduzindo-se as causas infectocontagiosas e elevando-se as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gestação, partos e nascimento (ARRUÉ et al, 2013).

Assim, o acompanhamento da evolução de indicadores materno-infantil é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, como também os avanços ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde (GURGEL et al, 2009).

Os problemas na área da saúde são evidenciados no nosso cotidiano sendo divulgados nos diversos meios de comunicação, como falta de vagas, hospitais superlotados, dificuldade de atendimento ambulatorial, e *deficit* na estratégia de cuidado preventivo para população vulnerável. Quando o enfoque é na comunidade negra quilombola a dificuldade de acesso à bens e serviços são ainda mais evidentes, principalmente, na assistência perinatal.

2.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA E O SEU CONTEXTO HISTÓRICO

As comunidades quilombolas fazem parte de uma das grandes questões emergenciais da sociedade brasileira. Estas foram formadas ao longo de séculos pela população negra de grupos remanescentes de escravos africanos no Brasil, geralmente organizada em comunidades rurais (MARQUES, 2014; SOARES, 2013). É importante salientar que a história do negro foi construída em cima do preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e iniquidade, além do racismo institucionalizado. Este ainda foi privado de oportunidades que propiciassem melhores condições de vida, sendo renegado o valor simbólico das tradições, saberes e fazeres do povo afrodescendente (VIEIRA, 2013; FREITAS, 2011). Hoje se vivencia um cenário de luta para reparação social.

Ao longo do tempo, essas comunidades intituladas quilombolas refugiavam-se em terras onde tentavam reconstruir a sua identidade étnica e cultural com oportunidade do exercício de cidadania como forma de resistência (SOARES, 2013; ANJOS, 2009).

Atualmente, existem ainda conflitos relacionados a titulação de terras quilombolas, com isso a pertença da identidade étnica e da terra fortalece a comunidade em busca do reconhecimento e de conquistas como cidadãos de direitos.

Nesse sentido, o território é na sua essência um fato físico, político, social, econômico, categorizável, possível de dimensionamento, onde, comumente, o Estado está presente e estão gravadas as referências culturais e simbólicas da população. Sendo assim, o território étnico seria o espaço estabelecido, materializado a partir das referências de identidade e pertencimento territorial, e, geralmente, a sua população tem um traço de origem comum (ANJOS, 2009). Assim, faz-se necessário o entendimento dos conceitos e o contexto histórico da comunidade quilombola para se ter maior entendimento do que é vivenciado hoje.

O quilombo foi definido inicialmente como esconderijo, aldeia, cidade ou conjunto de povoações em que se abrigavam escravos fugidos (ALMEIDA, 1989). Com a política escravista de negros no Brasil colonial ocorreu vários conflitos, os negros fugitivos se escondiam na mata, criando, dessa forma, os quilombos, implantado uma estrutura política na qual encontravam todos os oprimidos, nesse local, conseguiam levar uma vida livre. Schmitt (2002) refere que além de identificá-los como oposição ao sistema escravista, o quilombo, com o passar do tempo, foi identificado como espaço de resistência e de isolamento da população negra.

A palavra quilombo deriva de povos de etiologia Bantu (MUNANGA, 1996; LEITE, 2008; FREITAS, 2011). Seus habitantes atualmente são considerados grupos étnicos

denominados comunidades remanescentes de quilombos, quilombolas, comunidades negras rurais. Constituídos pelos descendentes de escravos (ALMEIDA,1989).

Com ampliação do conceito em 1994, a Fundação Cultural Palmares, que foi a primeira instituição pública federal voltada para promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira, construiu um novo conceito para quilombos, estes passaram a ser definidos como toda comunidade negra rural, que seja descendente de escravos vivendo sob a cultura de subsistência, além de preservar as manifestações culturais intergeracional (ARRUTI, 2009; NERY, 2004).

Atualmente, a comunidade quilombola é autoidentificada, sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com alguns ramos desses povos bantu, cujos membros foram trazidos e escravizados nessa terra (MUNANGA, 1996), com ampliação do significado para os libertos, em sua trajetória de conquistas (FREITAS, 2011).

Enfim, os quilombos, a princípio comunidades autônomas de escravos fugitivos, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade e cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, em que negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2007).

É importante salientar que o início do desenvolvimento de políticas de reparação, em relação ao período escravagista promovendo o processo de democratização e reconhecimento de novos direitos, foi a partir da Constituição Brasileira de 1988. Dentre eles, destacam-se a possibilidade de titulação coletiva de terras das comunidades negras tradicionais reconhecidas como: remanescentes de quilombos (FERREIRA, 2013; MATTOS, 2011), além do acesso a outros bens tutelados pela constituição federal como direitos e garantias fundamentais, sem que se desvinculem do espaço em que constituíram seu patrimônio cultural na tentativa de resgate das tradições por meio da justiça social.

A construção do atual quadro de políticas de promoção da igualdade racial vem sendo delineada desde esse período. Sendo criada em 2003 a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), a qual pretende, entre os seus objetivos de acompanhar e coordenar políticas de diferentes ministérios e outros órgãos do governo brasileiro para a promoção da igualdade racial. Em 2004, é implantado dentre as ações governamentais o Programa Brasil Quilombola que é um conjunto de medidas descentralizadas entre instituições governamentais nos âmbitos federal, estadual, municipal e organizações da sociedade civil, co-ordenadas pela Seppir por meio da Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais (RODRIGUES, 2010).

Contudo, o grande marco para a população negra quilombola, que trouxe estratégias de combate às iniquidades sociais a qual essa população é exposta, por meio do Decreto Nº 6040 de 07 de fevereiro de 2007 do Governo Federal, foi a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT). Enquadram-se neste conceito os indígenas, os quilombolas e os pescadores artesanais, entre outros (BRASIL, 2007).

Essa política busca promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

Essa conquista colocou as comunidades quilombolas em evidência. Com isso, muitos estudos foram surgindo para preencher as lacunas existentes, a exemplo de estudo que propõe o conhecimento da trajetória histórica dos sujeitos das comunidades quilombolas com resgate do saber popular das comunidades (SANTOS, 2009); Estudo a respeito das plantas medicinais para auxílio no cuidado em saúde (FERREIRA, 2014; SILVA 2012); Estudos sobre a condição de saúde e sanitária da comunidade quilombola (FREITAS, 2011; FERREIRA, 2011; DAMAZIO, 2013; AMORIM, 2013); Sobre cuidado e saúde da criança quilombola (SIQUEIRA, 2014; MORAIS, 2013; MARTINS, 2014) que ainda estão aquém para que se possa ter um panorama de saúde, além dos que relatam a aproximação das comunidades quilombolas aos serviços já utilizados pela população no geral como a inclusão digital (SOARES, 2013).

Esses estudos reforçam a importância das intervenções que caracterizam a reparação social da população negra, mesmo sendo incipiente frente a desigualdade que existe ainda nesse país, esta perpassa os direitos civis de qualquer cidadão, se tornando ainda mais difícil pela sua formação histórica.

Não é possível mais esconder que no Brasil existem diferenças sociais, econômicas, territoriais, seculares e estruturais, para as quais as soluções ainda estão chegando e ainda não contemplam efetivamente todas as demandas. Dessa maneira, ser descendente do continente africano, no Brasil, continua sendo um fator de risco, um desafio para a manutenção da sobrevivência humana, um esforço adicional para ter visibilidade no sistema dominante e, sobretudo, para ser e estar inserido. É uma luta secular contra a exclusão territorial, social e econômica (ANJOS, 2009).

Enfim, nesse processo de luta por seus direitos e seus desdobramentos, considerando que se trata, sobretudo, de um reconhecimento realizado pelo Estado, os quilombolas vão

superando a invisibilidade e evidenciando mais uma face da diversidade sociocultural do Brasil (VIEIRA, 2013; FERREIRA, 2013).

Hoje já foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) 2474 comunidades quilombolas com emissão de 2007 certidões de autodefinição de comunidade quilombola, sendo 494 na Bahia (FCP, 2015). Para a cultura, formatada a partir de ações e relações cotidianas, a titulação é primordial para a conceituação do que sejam comunidades de remanescentes de quilombos, além do que, seguir o ideológico precede a identificação desse grupo como quilombolas.

Pelo Decreto 4.887/2003 foi posto que para o reconhecimento e titulação da terra quilombola, é preciso que passe por uma inspeção onde será feita a identificação, o reconhecimento, a delimitação e a demarcação das terras, a qual deverá ser realizada pelo Instituto Nacional de Credenciamento e Reforma Agrária – INCRA, sendo esse intitulado como órgão competente, na esfera federal, para a titulação dos territórios quilombolas. A comunidade quilombola é formada por grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotadas de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência e opressão histórica sofrida (BRASIL, 2012c).

Dentro dessa organização política e social das comunidades quilombolas, os aspectos relacionados à saúde sempre estão em evidência, pois, tradicionalmente, o cuidado intergeracional são respeitados. Na cultura africana existe um número expressivo de curandeiros, rezadoras e raizeiros, que praticam a arte de cuidar por meio de conhecimentos tradicionais.

Porém, além do saber popular é necessário do saber científico representado pelas políticas, estratégias e serviços de saúde. Entende-se que são saberes que podem ficar em sintonia para a melhora da condição de saúde dessa comunidade.

Com essa premissa é que hoje a população quilombola ainda luta por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde pública no nosso país (FREITAS, 2011).

Dentre as conquistas da população negra coloca-se em evidência a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que é instrumento que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, garante o acesso à população negra, em particular a quilombola, aos serviços de saúde. Essa estratégia inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de

conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007).

Essa política é compartilhada pelas três esferas de governo, envolvendo diversas secretarias tanto no âmbito da saúde quanto de outras áreas convergentes, essa interlocução é importante para que se possa implementar as atividades da maneira mais abrangente possível.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde é o espaço oportuno para avaliação e aprofundamento das políticas de saúde para as comunidades quilombolas, população indígena e populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades (BRASIL, 2007).

Como reflexo dessas políticas, hoje já se tem unidades de saúde da família em muitas comunidades quilombolas, porém, por viverem geralmente em áreas rurais ainda sentem dificuldades no acesso à saúde. É importante salientar que mesmo com acesso à atenção primária não implica em mudança de modelo de atenção à saúde, pode-se perpetuar, de forma velada, a situação de exclusão e abandono dessas comunidades, o que reitera a ideia do racismo institucional (MARQUES, 2014; VIEIRA, 2013).

Sendo assim, é importante a realização de estudos sobre as condições de vida da população negra e quilombola, pois, por meio destes serão evidenciados a vulnerabilidade dessa população (MARQUES, 2014), já que, existem fatores que são determinantes para definição do cenário na comunidade.

A partir das condições de vida, com o fortalecimento da participação social junto a equipe de saúde, há maior contribuição dos usuários na identificação das necessidades da comunidade em prol da diminuição das divergências de saúde (REIS, 2013). Essa ainda é a melhor forma de controle para que se consiga a melhora da assistência prestada.

A condição de vida é um fator que contribui para definição da saúde da comunidade quilombola. Nesse sentido, em alguns estudos com essa temática identificou-se condição de saúde insatisfatória, como exemplo a obesidade e sobrepeso, evidenciando também que ser do sexo feminino, o consumo de frango, carne com gordura aparente e hipertensão aumentam a chance para esse quadro (SOARES, 2014).

Observa-se que nessas comunidades, as parasitoses intestinais são frequentes e estão associadas as condições sociodemográficas limitantes e condições sanitárias precárias, confirmando a necessidade de melhoria das condições de saneamento básico e de acesso ao serviço de saúde (DAMAZIO, 2013; ANDRADE, 2011; CABRAL-MIRANDA, 2010).

Por isso, as características da população estudada mostram que as crianças quilombolas vivem em condições socioeconômicas precárias, moram em locais desconfortáveis e suas famílias possuem poucos recursos de acesso aos bens e serviços em

geral. É possível supor que, no cenário apresentado, as condições de saúde não sejam as melhores possíveis e, conseqüentemente, que essas necessidades sejam grandes, particularmente, para as crianças (MARQUES, 2014).

A condição de nutrição das crianças quilombolas muitas vezes é inadequada com *deficit* estatural, que é um indicativo de desnutrição crônica, sobrepeso e anemia (FERREIRA, 2011).

Como estudos sobre crianças quilombolas são escassos utiliza-se dados de pesquisas sobre população negra, para que se tenha um retrato o mais próximo do objeto de estudo.

Nessa perspectiva, quando relacionado às condições de nascimento e óbito em menores de 1(um) ano nas diversas pesquisas na área da pediatria emerge a importância de se atentar para o quesito raça/cor. O estudo de Cunha (2004) refere que as diferenças raciais, o impacto da condição socioeconômica do negro, além de outras especificidades desse grupo racial tem maior interferência que o fato de serem, na sua grande maioria, população pobre quando associada a algumas características de nascimentos e óbitos em menores de 1(um) ano.

Em estudo sobre diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil no Brasil constatou-se que a maior determinação da mortalidade infantil foi fatores biológicos, porém, destaca-se a condição sociodemográfica representada pela escolaridade da mãe, estado civil e raça/cor, assim como, a constatação de que a grande maioria das gestantes realiza um número insuficiente de consultas pré-natais. Foi identificado ainda que o número de mães com idades extremas e a assistência pública a gestante e do recém-nascido são determinantes para a mortalidade infantil uma vez que são fatores passíveis de mudança garantida por implementações das políticas públicas (MAIA; SOUZA; MENDES, 2012).

Essa é a demonstração plena que a iniquidade social é um aspecto que precisa de uma grande intervenção governamental, pois, interfere na condição de saúde das crianças.

Já se tem estudos avaliativos que busquem aferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto aos grupos mais vulneráveis da população brasileira, incluindo-se aí as comunidades negras e quilombolas, representando um compromisso social e apoio profissional na construção da equidade (MARQUES, 2014, FREITAS 2011). Enfim, entende-se que a temática saúde de quilombolas é recente e apresenta muitas lacunas que precisam ser preenchidas para avançar nesse caminho (FREITAS, 2011).

Assim, espera-se mais ações afirmativas em prol da reparação social, além do incentivo ao reconhecimento como quilombola dos sujeitos dessas comunidades, com respeito pela sua cultura, suas manifestações artísticas e os direitos sociais. É sabido a dificuldade da

promoção do processo inclusivo, porém, essa prática pode refletir em uma melhor qualidade de vida para toda a comunidade, principalmente, para as crianças no seu nascimento.

2.3 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO: O caminho para um nascimento saudável

A atenção ao recém-nascido (RN) vem em um crescente processo evolutivo tanto pelos equipamentos utilizados, quanto pelos recursos humanos que cada vez mais se especializam. Hoje entende-se que a melhor forma de nascer é aquela que anula ou diminui os riscos e contribui para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Assim, a condição de nascimento, que é definida pela tríade da condição anatofisiológica do recém-nascido no pós-parto imediato, dados obstétricos e condições sociodemográficas revelam os aspectos favoráveis e desfavoráveis para a vitalidade adequada do recém-nascido no nascimento. É a associação das características sociodemográficas e obstétricas das mães dos recém-nascidos com as características dos recém-nascidos (CALDEIRÃO, 2014).

2.3.1 Condições Sociodemográficas e Reprodutivas

O conceito de saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde como completo bem-estar biopsicosocial não só a ausência de doença (OMS, 1946). Assim, a saúde das populações se define a partir das formas de organização social e de produção, podendo gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (RANGEL, 2014). Dessa forma, entende-se que dentre os fatores que influenciam a saúde de uma população está à condição sociodemográfica. Enfim, atualmente, a saúde também é definida por um conjunto de fatores que interagem e sofrem influência de cada período histórico e do território que cada indivíduo pertence (LOURENÇO, 2012; PASCOAL, 2013).

Como fatores sociodemográficos pode-se citar renda familiar, nível de escolaridade dos pais, número de moradores do domicílio, estado civil, questões relacionadas ao saneamento básico, tipo de moradia, hábitos pessoais, entre outros. O conhecimento desses fatores fornece subsídio para traçar estratégias para a melhora da assistência prestada nos serviços de saúde e afins, já que, permite entender o perfil da população abordada.

Quando se fala na promoção de saúde para os grupos populacionais, em destaque à população negra, tem que levar em conta suas condições de vulnerabilidade que tem como

causa principal a exclusão histórica, vivenciada por essas populações e contribuindo para a perpetuação das desigualdades sociais.

A vulnerabilidade social é entendida como todo e qualquer processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais (PALMA, 2001). Ademais, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional (SÁNCHEZ, 2007).

Assim, com base nos conceitos supracitados, ao nos reportarmos a população negra, é importante à averiguação das condições habitacionais, sanitárias na qual estão inseridas para avaliação da sua condição sociodemográfica e relacioná-las a condição de saúde da população, essa associação contribui para nortear novas intervenções para promoção da saúde.

Em relação às comunidades quilombolas constata-se que geralmente nesses locais, principalmente, quando estão mais afastadas das áreas urbanas, o abastecimento de água é inadequado, com ausência de água encanada, os dejetos são desprezados em fossa séptica e, não possuindo sanitários, os dejetos são eliminados no solo na maioria dos domicílios (SILVA, 2007, AMORIM, 2013). Algumas comunidades não dispõem de depósito nem de serviço de coleta de resíduos sólidos domiciliares nas comunidades, estes são queimados pelos próprios moradores ou jogados em terrenos baldios (SILVA, 2007, AMORIM, 2013; BEZERRA *et al*, 2014), outras já dispõem de coleta regular de lixo fornecida pelo serviço público (BEZERRA *et al*, 2014; SIQUEIRA, 2014) e possuem o fornecimento de energia elétrica adequado (SILVA, 2007, AMORIM, 2013; BEZERRA *et al*, 2014).

Com esse panorama descrito observa-se uma condição estrutural e sanitária que coloca em risco a saúde de uma parte significativa da população quilombola. Somando-se às condições estruturais e sanitárias outros aspectos também influenciam na saúde dessa população, como por exemplo, a baixa renda, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a baixa escolaridade, entre outros.

Xavier *et al* (2013), em estudo relacionando risco reprodutivo e renda familiar, concluiu a importância da avaliação do contexto de vulnerabilidade, principalmente, a partir da análise do nível de renda da população, local de residência, perfil de risco reprodutivo em relação à idade, a história reprodutiva anterior e as condições clínicas preexistentes, pois permitem realizar uma reflexão sobre o acesso, a oferta e a demanda do serviço de saúde.

Em relação à assistência pré-natal é possível encontrar diversos problemas relacionados a assistência quando comparado com o que é preconizada pelo Programa de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), esta difere da que é vivenciada pelas mulheres brasileiras, principalmente, as provenientes de comunidades vulneráveis. Diversos estudos evidenciam o início do pré-natal tardio (HAIDAR, 2001; DOMINGUES, 2012) e maiores dificuldades de acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, tais como hipertensão arterial, diabetes, anemia, infecção sexualmente transmissível. O pré-natal iniciado precocemente possibilita uma estimativa mais precisa da idade gestacional, melhora o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fetal, além de possibilitar melhor respaldo para decisões relacionadas a uma possível interrupção da gravidez (DOMINGUES, 2012).

Entretanto, sabe-se que as mulheres de comunidades quilombolas, devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ao baixo nível de informações sobre o cuidado a saúde, entre outras causas, podem iniciar tardiamente os cuidados pré-natais.

É importante salientar que o início da gravidez é um dos momentos mais importantes para se planejar o nascimento de uma criança saudável, por isso a necessidade do início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre.

Dessa forma, acompanhar as condições de nascimento é uma estratégia de reduzir os riscos no início da vida do recém-nascido, contribuindo para um desfecho favorável ao final do processo de parturição independente do tipo de parto ao qual a gestante foi submetida.

A abordagem dos profissionais de saúde na perspectiva da equidade e integralidade da assistência é de fundamental importância para promoção da saúde no período gestacional. Xavier *et al* (2013) relata que nas consultas pouco se abordam questões relacionadas à vida das mulheres e pouca atenção se dá a situações como dupla jornada de trabalho, violência doméstica, assédio sexual ou moral no trabalho, dependência econômica, chefia de lar monoparental e outras que podem condicionar as práticas de cuidado, o acesso e a utilização de serviços e, enfim, a satisfação das necessidades em saúde.

As omissões relacionadas à identificação do perfil sociodemográfico que interferem nas condições de vida da mulher na consulta pré-natal fazem com que se perca a grande oportunidade de colaborar para o nascimento saudável do concepto.

O acompanhamento gestacional por profissionais de saúde, além do pré-natal efetivo, é uma importante medida preventiva para condições de nascimento insatisfatória, isso poderia minimizar os riscos de complicações durante o parto, ou pelo menos, prevenir que aconteça o nascimento em caráter emergencial, pois, permite a elaboração de um histórico de saúde da mãe e da criança, podendo indicar uma gravidez de risco. (CRUZ,2007; ARRUE et al, 2013).

A história materna deve incluir a idade, número de gestações, paridade, época e tipo de perdas fetais prévias, questões gerais de fertilidade e partos prematuros e seus resultados, doenças maternas antes e durante a gravidez, extensão e local da assistência pré-natal resultados de quaisquer exames laboratoriais do pré-natal. Essas informações impactam na saúde neonatal, como no caso de ser portadoras da Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis, diabetes mellitus, hepatite, sobre as doenças associadas a gravidez como a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes gestacional (NARVEY, 2010).

Conforme evidenciado em Haidar (2001), o histórico obstétrico identificado pelo menor padrão socioeconômico, o baixo peso materno, início mais tardio do pré-natal ou menor qualidade deste e a menor escolaridade materna está associado ao baixo peso ao nascer.

A escolaridade materna também interfere no tipo de parto, pois, constatou-se que a mãe com maior escolaridade tem 6 vezes mais chance de ter parto cesário (HAIDAR, 2001) além do que, o grau de instrução elevado apresentou associação a condição de nascimento favorável (PAES, 2010).

Foi identificado ainda que o número elevado de consultas pré-natais e a idade materna entre 20-29 anos foram outras variáveis fundamentais para um desfecho favorável, pois atribui-se nesta faixa etária um risco menor de ter um recém-nascido de baixo peso (PAES, 2010).

No contexto da comunidade quilombola, o perfil sociodemográfico está associado às condições de nascimento através de alguns aspectos a constar: a atividade laboral exercida, que pela sua constituição histórica é a extrativista, baixa renda, condições sanitárias insatisfatórias, dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Essa situação explicita a vulnerabilidade social das comunidades quilombolas que reflete negativamente em seu processo de saúde e doença.

Os princípios do SUS, no que diz respeito à universalidade de acesso aos serviços de saúde, a equidade e a integralidade na assistência prestada, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como, racismo, sexismo, condições socioeconômicas e culturais definindo o indivíduo mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde.

Nessa perspectiva, se insere ainda a necessidade de recursos para prestação de assistência, a exemplo de equipamentos, profissionais de saúde e instalações adequadas, além de tempo e informações necessárias para chegar ao serviço e dele fazer uso. Dessa forma, os riscos reprodutivos são influenciados por questões que ultrapassam o âmbito biomédico e diz

respeito às vulnerabilidades sociais. Cabe então a instituição de saúde ultrapassar os limites das práticas assistenciais focadas exclusivamente em doenças ou riscos biológicos e desenvolver abordagens que possam enfrentar as desigualdades sociais em saúde (XAVIER, 2013; GOES, 2013).

No estudo de Gomes *et al* (2013) que aborda a utilização de serviço de saúde em uma comunidade quilombola foi detectado que o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera contribui para menor prevalência na utilização de serviços de saúde, como um todo, sendo que as mulheres utilizam mais do que os homens. Observou-se também a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos. Além do que, a baixa adesão ao serviço não está associada ao indicador de renda e escolaridade, considerando a homogeneidade da população estudada nesse aspecto.

Ressalta-se que acesso é definido pela oferta do serviço proveniente da junção dos fatores que qualificam o serviço e a utilização propriamente dita do serviço (REIS, 2013). Já a acessibilidade trata da adequação entre a distribuição geográfica dos serviços em relação ao usuário. Além do que, não se restringe apenas ao uso dos serviços, mas inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos de saúde (TRAD, 2012; ARAGÃO, 2011). É importante salientar que muitos estudos tratam acesso e acessibilidade como sinônimos (OLIVEIRA, 2012; SANTOS, 2012).

Dessa forma, o acesso e acessibilidade ao serviço de saúde das mulheres quilombolas no processo de parturição com assistência adequada podem interferir no desfecho do nascimento. Entende-se que a percepção acerca do cuidado obstétrico inserido no cotidiano dessas mulheres, com a identificação dos problemas existentes no sistema de saúde e adoção das ações construtivas, possibilita a melhora da qualidade da assistência prestada (DIAS *et al*, 2014). O acesso e acessibilidade implicam em quebra de obstáculos de qualquer natureza que possa impedir a obtenção de direito e/ou serviço que lhe é garantido constitucionalmente (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, ao entender que o trabalho de parto é um processo exaustivo alguns temas devem ser discutidos no pré-natal como calendário de imunização, o comportamento frente a alimentação do recém-nascido, a profilaxia com vitamina K, a credeização, além da avaliação para prevenção das distorcias e outras complicações para um parto mais seguro para mãe e para o recém-nascido.

O novo paradigma da saúde no Brasil, em consonância com as mudanças sociodemográficas, encontra entraves na garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade

para a população, principalmente, quando se fala de população vulnerável a qual não recebe assistência equânime ao resto da população. Assim, o acesso e acessibilidade ao serviço de saúde é o grande desafio para o planejamento da atenção à saúde.

2.3.2 Condições Perinatais do Recém-Nascido

Apesar dos índices de mortalidade neonatal ter decrescido no Brasil nos últimos anos, ainda é alta a incidência de óbitos neonatais por causas preveníveis. Sendo assim, em consonância com alguns dos objetivos do desenvolvimento do Milênio estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a redução da mortalidade infantil e a melhora da saúde da gestante (UNICEF, 2015), torna-se relevante o cuidado ao recém-nascido desde o início do período perinatal.

A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado é indispensável para redução desse índice (BRASIL, 2011).

Em estudo sobre perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido verificou-se que a taxa de mortalidade foi 11,1 por mil; sendo a maior incidência nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas. Como principais fatores associados ao óbito neonatal foram apresentados o baixo peso ao nascer, o risco gestacional e as condições do recém-nascido, o tempo gasto entre o domicílio e o hospital, a prematuridade, além da inadequação da assistência pré-natal e da atenção ao parto (SCHREINER, 2010; LANSKY, 2014; NASCIMENTO, 2012)

Dentre as condições insatisfatórias dos recém-nascidos estão as afecções respiratórias que são as principais causas de morte no período neonatal e está intimamente correlacionado com as condições de assistência oferecidas no momento do parto, como a presença de profissionais qualificados para assistir ao recém-nascido (SCHREINER, 2010).

Outro fator preditor para condição de nascimento insatisfatória é a alta incidência de cesariana mesmo com a recomendação do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OMS) para redução desses índices para aproximadamente 15% de cesária em relação ao número de partos (BRASIL, 2010). O Brasil é um dos países que apresenta maiores taxas de cesariana no mundo (BRASIL, 2012).

No Brasil, o número de cesária é aumentado com a justificativa da redução da morbimortalidade neonatal, além do que, foi observado que a mulher com histórico de cesariana prévia, em conjunto com outros fatores, tem mais chances de realizar o mesmo tipo

de parto na gestação atual. É importante salientar que as taxas de mortalidade e morbidade maternas e neonatais não apresentam diminuição em razão do aumento das operações cesarianas (BRASIL, 2012; OSAVA, 2011).

No contexto da comunidade quilombola é importante afastar a necessidade pré-determinada pelo modelo biomédico do parto cesáreo, incentivando o parto natural. Com essa prática é possível promover o resgate da prática tradicional com o auxílio de parteiras da própria comunidade. Além do que, essas comunidades encontram-se, em sua maioria, afastadas das áreas urbanas, muitas vezes locais com difícil acesso, longe de unidades hospitalares, enfim o parto natural proporciona maiores chances de um desfecho favorável do nascimento.

A medicalização do parto é uma prática comum nos países ocidentais tanto com as cesarianas quanto com os partos naturais que são realizados também em posição horizontal, este fato se dá pelos fatores culturais aliados a falta de evidências científicas que efetivamente contraindique essa posição. Já se sabe que a permanência nessa posição por longo período favorece a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, prejudicando as trocas gasosas entre mãe e feto, diminuindo a efetividade das contrações uterinas. É importante salientar que durante o parto é imprescindível o encaixe adequado do feto possibilitando mobilidade pélvica, além da posição materna adequada que proporciona a utilização do efeito da força gravidade (MOUTA, 2008).

Entende-se que o parto com a complexidade da sua fisiologia é tão importante quanto a realidade vivenciada no período gestacional, pois são momentos vitais marcantes, experienciados de modo diferente conforme a vivência cultural de cada um. Essas diferenças culturais, principalmente quando o parto é hospitalar, podem trazer desconforto inerente a institucionalização e as relações constituídas nesse ambiente.

Assim, as condições intraparto também influenciam as condições de nascimento, faz-se necessário que a equipe de saúde e/ou família promova um ambiente tranquilo, seguro e possível de proporcionar o aconchego para os recém-nascidos, porém sem deixar em segundo plano as atividades assistenciais necessárias para manutenção da saúde dessas crianças. Enfim, a preocupação essencial é acolher bem o recém-nascido, suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extrauterino (CRUZ, 2007).

Nessa perspectiva, independente do local do parto é preciso escolher sempre a melhor forma de nascer. Em estudo sobre a vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar referem que os partos que ocorriam no domicílio foram rápidos, com evolução fisiológica, sem intervenções e, principalmente, sem complicações para a mãe e o RN. Já os partos que

aconteceram no hospital foram laboriosos e mais demorados, com muitas intervenções traumáticas e desnecessárias, motivos pelos quais as mulheres optaram pelo parto normal domiciliar como a melhor experiência vivenciada (CRIZÓSTOMO, 2007).

Em relação às condições clínicas do RN com amparo na evolução da assistência neonatal, no que concerne a existência de novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas, houve uma contribuição para a diminuição da taxa de mortalidade neste grupo e, conseqüentemente, para um aumento da sobrevivência destes. Nesse cenário desvelam os cuidados imediatos ao recém-nascido que consiste tanto na avaliação clínica neonatal que deve ser rápida, pois, até os RNs saudáveis não toleram a manipulação excessiva no exame físico, quanto nas mensurações e administração de medicamentos, identificação e demais cuidados inerentes para vitalidade do recém-nascido.

Em relação aos aspectos clínicos, após o nascimento, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade no nascimento seja posicionado sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical, pois contribui para melhores índices hematológicos (ALMEIDA, 2011).

A partir desse momento as condições fisiológicas e anatômicas do nascimento são avaliadas no pós-parto imediato de modo a verificar os parâmetros do recém-nascido, avaliando se está dentro da normalidade. Essa avaliação dos aspectos anatomofisiológicos se dá por meio de exame físico, medidas antropométricas, como peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico, abdominal, índice de apgar, e idade gestacional, além de promover a manutenção da temperatura (CRUZ, 2007).

A avaliação e registro de todos esses parâmetros são importantes para definição da condição de nascimento e condição de saúde da criança, mas geralmente não ocorre em partos domiciliares nas comunidades vulneráveis, como é o caso das comunidades quilombolas.

Noronha (2012) refere que o peso ao nascer é um dos fatores que influenciam de forma considerável o estado de saúde de uma criança, no aspecto clínico de cada indivíduo como também a nível populacional. O peso corporal médio do RN é de 3400 gramas, RN com peso abaixo de 2500 gramas é considerado baixo peso. Pela OMS deve-se considerar como peso muito baixo ao nascer menos de 1500g; peso extremamente baixo ao nascer menos de 1000g (BRASIL, 2008). Esse indicador, além de ser um dos aspectos utilizados para avaliação da saúde da criança, possibilita associações com a saúde da genitora. Estudos revelam que a subnutrição materna interfere no crescimento fetal no final da gravidez (NOVO, 2012).

Outro indicador é o cálculo da idade gestacional que deve ser realizado nas primeiras 24 horas com o estabelecimento da melhor estimativa da gestação e como foi calculada. Pelo

Ministério da Saúde a idade gestacional é definida como o tempo medido a partir do primeiro dia do último período menstrual normal. A idade gestacional é expressa em dias e/ou semanas seguindo a classificação: O RN Pré-termo tem menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação; O RN Termo tem de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação; O RN Pós-termo 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) de gestação (BRASIL, 2008).

Existem vários métodos para definição da idade gestacional com objetivo de estabelecer se o nascimento ocorreu dentro do período estabelecido pela evidência científica como adequado. O mais adequado método é o de Capurro, pois, a avaliação é realizada por meio de métodos clínicos pós-natais avaliando fatores somáticos e neurológicos (SANTOS, 2006). Outro escore que podem ser utilizados como o escore de Ballard e utilização da Data de início da Última Menstruação (DUM) materna e a ultrassonografia, principalmente, na prematuridade extrema (NARVEY, 2010).

Com o conhecimento do método fica em evidência a sua especificidade ou necessidade de uma avaliação clínica minuciosa das características do recém-nascido.

Concomitante a essa avaliação têm-se as características antropométricas que tem a mesma importância nesse contexto. Assim, quanto as características antropométricas os recém-nascido a termo apresenta perímetro cefálico médio de 33 a 37 centímetros, perímetro torácico é cerca de 2 cm menor que o perímetro cefálico. A estatura média é de 48 a 53 centímetros (BRASIL, 2011c)

Narvey (2010) refere que para interpretações dos parâmetros de crescimento faz-se necessário o registro das medições em gráficos de percentis. Dessa forma, se o peso ao nascer estiver dentre dos percentis 10 e 90 para uma dada idade gestacional, o RN é Adequado para a Idade Gestacional (AIG); se estiver abaixo do percentil 10, o bebê é pequeno para idade gestacional (PIG) e acima do percentil 90 ele é grande para idade gestacional (GIG) (CORREIA, 2014). Conforme ao que foi referenciado, a adequação do peso no nascimento é um fator preditivo da morbimortalidade infantil nos primeiros anos de vida (ANGRISANI, 2012).

A utilização desses gráficos de percentis já utilizada pelo MS por meio da cartilha da criança. Contudo, se faz necessário a colaboração dos profissionais de saúde para esse registro com identificação da curva para que assim se tenha uma visão ampliada do perfil dessa criança.

Em relação à temperatura, o ambiente intrauterino é termoestável. Ao nascimento, a transição do ambiente intrauterino, com temperatura em torno de 37,5c°, após o nascimento, a

temperatura cutânea do RN diminui rapidamente, em torno de $0,3^{\circ}$ por minuto (BRASIL 2012b). Assim, a manutenção da temperatura corpórea é facilitada com o cuidado ao receber o recém-nascido com pano estéril ou limpo quando em ambiente não hospitalar, com a realização de limpeza sem necessariamente ter que dar banho, enfim tomar todas as medidas que promova a manutenção da temperatura.

No contexto do ambiente hospitalar, para avaliação da vitalidade imediatamente após o nascimento e definição da necessidade de reanimação deve-se realizar apreciação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do conceito, sendo feitos questionamentos sobre a idade gestacional, a presença de mecônio no líquido amniótico, o choro e a frequência respiratória bem como se apresenta tônus muscular. Se a avaliação desses itens for positiva a criança tem boa vitalidade e não necessita de reanimação (BRASIL, 2012b).

Utiliza-se também o escore de apgar que é um dos mecanismos para se avaliar as funções vitais do recém-nascido, é útil e deve ser utilizado objetivamente para definir as condições clínicas em determinados momentos (1^o e 5^o minutos) após o nascimento. (SANCHES, 2005). O escore trabalha com pontuação de 0 a 2 para cada indicador, analisando frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa, cor, podendo ser pontuado de 0 a 10. Pontuação de 0 a 3 indica dificuldade severa, de 4 a 6 dificuldade moderada, de 7 a 10 ausência de dificuldade nas suas funções fisiológicas (SANCHES, 2005; KILSZTAJN, 2007).

O escore apgar é aplicado no primeiro minuto após o nascimento e reaplicado 5 minutos depois. A comparação dos dois resultados mostrará, entre outras coisas, a capacidade de adaptação do bebê à nova condição de vida extrauterina. Porém, esse teste não deve ser utilizado para determinar uma reanimação e sim para acompanhamento do recém-nascido por um período maior.

É importante salientar que tão importante quanto a avaliação do apgar é o registro desses dados tanto na Declaração de Nascido (DN), colaborando para traçar o perfil de nascimento de forma ampla, quanto na caderneta da criança, para ser de conhecimento dos profissionais que o acompanharem do crescimento e desenvolvimento.

No parto domiciliar a avaliação do teste de apgar é possível quando existem pessoas devidamente capacitadas, porém, quando o parto é realizado por pessoas leigas no assunto, avalia-se os aspectos clínicos possíveis como: se o recém-nascido nasceu respirando, corado, ativo, com choro forte, se foi colocado logo ao seio e teve boa sucção.

Vale ressaltar que a frequência cardíaca é o principal sinal vital, este define a necessidade de indicar as várias manobras de reanimação. Assim, logo após o nascimento, o

ideal é que o recém-nascido respire de maneira regular e suficiente para manter a frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto (BRASIL, 2012b). Quando no ambiente do domicílio avalia-se a sua presença, identificando os outros aspectos clínicos supracitados sem necessariamente aferir a frequência cardíaca caso não seja possível essa verificação.

Em relação às intercorrências possíveis no nascimento uma que merece destaque é aspiração de mecônio, presente geralmente no momento da primeira respiração, principalmente, quando não há desobstrução rápida das vias aéreas ou até na vida intrauterina em decorrência de movimentos respiratórios fetais tipo *gasping*, secundário a um processo hipóxico isquêmico (SANCHES, 2005).

Por isso, o parto deve ser realizado na idade gestacional (IG) entre 37 a 41 semanas e 6 dias, pois diminui o risco de sofrimento fetal e, conseqüentemente, a contaminação do líquido amniótico com mecônio, o que acarreta possível aspiração do mesmo.

A maioria das doenças respiratórias neonatais, com exceção da aspiração de mecônio, é identificada no nascimento de forma inespecífica com sinais e sintomas comuns a diversas patologias, contudo é possível alcançar o diagnóstico correto a partir da análise cuidadosa da história obstétrica e da clínica do parto (MIYOSHI, 2008). As doenças respiratórias estão geralmente associadas à prematuridade, o que acarreta a imaturidade pulmonar.

Outro aspecto relevante relacionado à saúde do RN no nascimento é relacionado à alimentação, pois, a prática de aleitamento materno na primeira hora de vida incentiva a produção de leite materno mais precocemente, reduzindo o risco de hipoglicemia, irritação gástrica, desenvolvimento de enterocolites, além de possibilitar a avaliação de vitalidade do neonato. A amamentação diminui de forma importante a mortalidade neonatal, trazendo ainda repercussões positivas na duração da amamentação (BELO, 2014), porém as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão sobre essa prática nas maternidades, dependem do perfil de cada instituição (BOCCOLINI, 2011).

Como já relatado anteriormente, os primeiros minutos de vida de um recém-nascido são críticos, nesse momento, além da vitalidade do recém-nascido, avalia-se a existência de doenças congênitas, as más formações, que podem ser ou não identificadas no período pré-natal. O conhecimento de algumas doenças, em especial, as anomalias congênitas são relevantes, já que, com esse diagnóstico, além da reanimação, outros procedimentos podem ser instituídos logo após o nascimento (BRASIL, 2012b). Existem anomalias que se não forem identificadas precocemente põem em risco a saúde do concepto (SIEDERSBERGER NETO, 2012). Em estudo sobre mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido ficou evidenciado que o perfil predominante de causa de óbitos neonatais

foi de recém-nascidos de muito baixo peso e de prematuros, seguido pela malformação congênita (LANSKY, 2014).

Nesse contexto, após a estabilização do recém-nascido existem cuidados de rotina, principalmente nas unidades hospitalares, que devem ser seguidos e mesmo no nascimento domiciliar deve ser incentivado a realização. Esses cuidados, segundo preconização do MS, incluem profilaxia da oftalmia gonocócica para qualquer tipo de parto com administração de nitrato de prata a 1%, prevenção do sangramento por deficiência de vitamina K e, conseqüentemente, a doença hemorrágica do Recém-nascido (DHRN) que pode causar morbidade e mortalidade neonatais significativas; detecção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal; realização da sorologia para sífilis e HIV identificação do RN (BRASIL, 2012b; LAING, 2010).

Por fim, faz-se necessário a avaliação da presença da icterícia que constitui em um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia proveniente geralmente das doenças hemolíticas hereditárias como a incompatibilidade sanguínea Rh, incompatibilidade ABO e Antígenos eritrocitários irregulares (BRASIL, 2011).

É importante salientar a importância das rotinas de cuidado ao recém-nascido no nascimento, além da relevância da presença de profissionais de saúde com experiência que permitam a identificação imediata de qualquer problema quando em unidade hospitalar, porém não se pode deixar de lado a importância das pessoas da comunidade que exercem esse papel quando o nascimento é no domicílio.

Quando o nascimento não ocorre de forma adequada e/ou o RN apresenta alguma patologia serão necessários cuidados especiais, podendo mãe e filho necessitarem de internamento por maior período. Isso ressalta a importância de atenção perinatal adequada na unidade de saúde da família e/ou serviço especializado, considerando que esta é a porta de entrada aos serviços de saúde das comunidades quilombolas.

A Reflexão sobre as condições de nascimento é fundamental para o planejamento de políticas e ações na área materno-infantil. Para Moreira (2010), as condições de saúde no início da vida são fortes determinantes da saúde do adulto.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, o qual permitiu conhecer as condições de nascimento das crianças nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré. Realizado no período Março de 2015 e término em Julho de 2015.

A pesquisa quantitativa foi empregada neste estudo, pois, buscou-se pesquisar um grande número de indivíduos e analisar muitas de suas características, definindo padrões e identificando relações entre muitos casos, além de testar teorias e fazer previsões (CERVI, 2009).

Assim, a pesquisa quantitativa é utilizada para observar, registrar, analisar e correlacionar eventos ou fenômenos sem manipulá-los. Identifica as variáveis, transformando-as em indicadores representativos da dinâmica social, para descrever como os fenômenos acontecem (CERVI, 2009; CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada nas comunidades Quilombolas de Ilha de Maré, situada na Baía de Todos os Santos no município de Salvador-Bahia (Figura 1), muito embora esteja bem mais próxima dos municípios de Candeias e Madre de Deus. Há onze comunidades distribuídas em 13,87 km², possui uma população em torno de 12.000 habitantes, majoritariamente por pessoas negras de baixa renda (RODRIGUES, 2012; SILVA, 2012), sendo cinco comunidades quilombolas na ilha que são tituladas pela Fundação Cultural Palmares: Bananeiras, com data de publicação em (10/12/2004), Praia Grande (25/05/2005), Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos em (12/09/2005).

Figura 1 Mapa Croqui de Ilha de Mare, Salvador- BA



Fonte: google.com.br/maps

Ilha de Maré é famosa pelo seu artesanato em renda de bilro e seu doce de banana na palha. É um local ainda primitivo, com belas praias e vilas de casinhas à beira-mar. A vegetação é densa, com vasta extensão de Mata Atlântica, mangueiras, coqueiros e a cana brava, que serve de matéria-prima para o artesanato de cestaria.

Os três maiores povoados são: Santana, Itamoabo e Praia Grande. Em todas, há presença de pedras e mangues. A praia das Neves, com aproximadamente 300 m de extensão, tem águas límpidas, mar calmo e vegetação ao longo da costa. A principal fonte de renda dessas comunidades está relacionada principalmente à atividade extrativista: pesca, mariscagem e agricultura familiar, na qual são cultivadas bananas, fruta-pão, manga, sapoti e sapota (SILVA,2012). Pode ser citado ainda como fonte de renda, a produção de barcos no único estaleiro da Ilha e artesanato com fibras naturais da cana-brava, dendê, além da produção de doces de banana na palha. Nessa comunidade está sendo instalada uma fábrica de placas acústicas, pela Universidade Federal da Bahia e parceria de uma das Associações locais, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável da região.

Por estarem situadas em uma ilha sofrem também com a dificuldade de acesso ao serviço de saúde de média e alta complexidade, pois, só existe uma unidade de atenção primária de saúde composta por duas equipes da estratégia de saúde da família que está localizada em Praia Grande. A saída da ilha é feita por barcos que gera custo para comunidade na maioria das vezes, assim, as crianças nascem nas maternidades em Salvador ou em casa, com auxílio de parteira. Em relação ao saneamento básico, há o predomínio de fossas sépticas

nos quintais das casas e a população convive com o esgoto a céu aberto. A maioria das casas tem água encanada e luz elétrica.

Considerando que a coleta de dados se deu, principalmente, nas residências dos participantes, buscou-se contato também com os agentes comunitários. Para tanto, foi realizada visita prévia a Unidade Básica de Saúde, onde o projeto foi apresentado no intuito de estabelecer parceria na identificação dos recém-nascidos e em outras atividades que se fizeram necessárias.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

As participantes do estudo foram mães de crianças de 0 a 2 anos, nativas de uma das 5 (cinco) comunidades quilombolas de Ilha de Maré.

Em razão do número de crianças de 0 a 2 anos ser pequeno não trabalhou-se com amostra e sim com todas as mães que se encaixavam nos critérios de inclusão, foram encontradas nas visitas à Ilha de Maré e concordaram em participar da pesquisa.

3.3.1 Critérios de Seleção e Inclusão

Serem nativas das comunidades quilombolas de Ilha de Maré; mães de crianças de 0 a 2 anos; que permanecessem no domicílio com a criança nesses 2 anos; aceitassem participar livremente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O período de 0 a 2 anos foi escolhido considerando minimizar o viés de memória das mães, por ser o período de maior vínculo mãe-bebê quando a mãe permanece no domicílio para cuidado da criança.

3.3.2 Critérios de Exclusão do Estudo

Mães que estivessem incapazes de responder as perguntas.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa tem apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio de concessão de Pesquisa Financiada pelo seguinte editais: Edital nº

020/2013 – Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS – BA, MS/CNPq/FAPESB/SESAB, com o projeto intitulado: “Acesso e assistência à saúde infantil em comunidades quilombolas: caminhos para a equidade no SUS”. Processo número: 8394/2013. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia por meio do Parecer Substanciado 367.474.

O termo de consentimento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, portanto, garantiu os princípios de autonomia, confidencialidade, equidade e justiça aos indivíduos da pesquisa. Conforme Polit e Beck (2011), o termo traz informações sobre o escopo do estudo, expectativas relacionadas com a participação de natureza voluntária da participação e possíveis benefícios e malefícios.

A pesquisa manteve o critério de justiça que é observada no equilíbrio entre a beneficência e não-maleficência para o grupo pesquisado, visou manter um alto grau de beneficência e diminuindo a maleficência à menor ocorrência possível, tratando-as, assim, de forma equitativa.

Qualquer pesquisa com seres humanos só pode ser feita mediante consentimento, o consentimento torna o que seria simples uso de pessoa em participação consciente dessa pessoa num empreendimento científico. (MARTINS, 2001).

O consentimento não tem natureza legal, porém ético. É de suma importância que as mães tenham conhecimento sobre a pesquisa, sendo da competência da pesquisadora informá-la de forma simples, exata para uma boa compreensão e para que sua decisão de participar seja tomada com plena consciência do objetivo da pesquisa. Obtendo assim o consentimento esclarecido da participante. Isso é exigido pela resolução 466/ 12 do Ministério da Saúde.

As pessoas não foram identificadas, a divulgação dos resultados será por meio de gráficos, tabelas e textos que não será identificado nome dos participantes.

A elaboração do termo de consentimento (Apêndice A e B) incluiu a justificativa, objetivo e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. Constando também desconfortos e/ou riscos possíveis, benefícios esperados, garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, tendo ainda liberdade do sujeito da pesquisa de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Os dados obtidos somente serão usados dentro do propósito da pesquisa e, ao se publicar os resultados, a sua exatidão será preservada.

3.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário, baseado em um instrumento validado pelo Ministério da Saúde intitulado Vigilância de fatores de Risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito Telefônico (Vigitel), em consonância com questões do manual de atenção à saúde do recém-nascido e manual de pré-natal (Apêndice C). Dessa forma, buscou-se informações clínicas e sociodemográficas das mães e dos recém-nascidos em estudo.

Esse instrumento foi dividido em módulos: no primeiro traçou-se o perfil sociodemográfico das mães entrevistadas; O segundo módulo foi relacionado com as condições de saúde da mãe, acesso e acessibilidade aos serviços perinatais; O terceiro módulo enfocou as condições de saúde do recém-nascido.

O instrumento piloto foi testado com 10 mães de crianças de 0 a 2 anos, que são nativas de Ilha de Maré e que não fizeram parte da pesquisa, no intuito de avaliar a linguagem empregada e conteúdo instrumento. Após a aplicação do piloto, notou-se a necessidade de ajustes do instrumento para que melhor respondesse os objetivos desse estudo.

Além da aplicação do questionário, junto às mães participantes do estudo, foi utilizado como fonte de dados complementares o cartão de acompanhamento do pré-natal da gestante, a caderneta da criança, dados da DN fornecido pelo Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e os prontuários das mães e crianças fornecidos pela USF da Ilha. Essas fontes secundárias foram utilizadas buscando complementar os dados relacionados ao APGAR, no primeiro e quinto minuto de vida, os dados antropométricos do RN, bem como as condições de saúde da mãe no período gestacional.

3.6 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis a serem avaliadas foram: condições sociodemográficas (idade; sexo; tempo de estudo em anos; renda familiar, número de residentes no domicílio, cor da pele autoreferida segundo classificação da Organização Mundial de Saúde; ocupação; estado civil, naturalidade, número de residentes no domicílio), condição de saúde materna, histórico obstétrico, acesso ao serviço de saúde; condições clínicas da criança.

3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em bancos construídos com o auxílio do programa STATA VER. 12.0.

Foi realizada análise descritiva por meio de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas: média com desvio padrão ou mediana com intervalo interquartis, a depender da distribuição da variável. As variáveis categóricas foram apresentadas em números e percentuais.

Segundo GIL (1999 p.168), “a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação”.

Para definição se a condição de nascimento foi satisfatória ou não foi identificado a vitalidade do conceito por meio do score de Apgar, valores antropométricos e idade gestacional no nascimento, além de outros aspectos que definem a condição de saúde, conforme definido no manual de atenção à saúde do recém-nascido.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados em forma de dois manuscritos formatados de acordo com as normas dos periódicos escolhidos para submissão. A temática definida para cada manuscrito contempla os objetivos propostos neste estudo. Assim, no intuito de responder o primeiro objetivo, caracterizar as condições de nascimento de crianças das comunidades quilombolas em estudo segundo as condições sociodemográficas das famílias em estudo foi contemplado nos dois manuscritos.

Para atender o segundo objetivo, investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças no momento do nascimento; 1 “Comunidades quilombolas: dados obstétricos e características das crianças ao nascimento”, conforme instruções da revista Eletrônica de Enfermagem, URL para instruções: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/docs/normas.htm.

Para responder o terceiro objetivo, analisar como se dá o acesso e acessibilidade aos perinatais por mães quilombolas foi apresentado o manuscrito 2 “Acesso e Acessibilidade aos Serviços Perinatais: vivência da comunidade quilombola de Ilha de Maré”, conforme instrução da revista Ciência e Saúde Coletiva, URL para instruções: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/instrucoes_pt.pdf.

Enfim, o objetivo geral, conhecer as condições de nascimento de crianças em comunidades quilombolas de Ilha de Maré foi contemplado nos dois manuscritos apresentados com os resultados da pesquisa.

Autoria dos manuscritos:

Lorena Fernanda Nascimento Santos¹

Climene Laura de Camargo²

Ridalva Martins Felzemburgh³

¹Mestranda e autora desta dissertação. Participou de todas as fases que deram origem a este estudo, desde a idealização do projeto até a coleta e análise dos dados e a discussão dos resultados, assim como da escrita da dissertação.

²Orientadora desta dissertação. Participou na idealização deste estudo, bem como na análise dos dados e na escrita deste trabalho.

³Coorientadora desta dissertação. Participou na idealização deste estudo, bem como na análise dos dados e na escrita deste trabalho.

4.1 Manuscrito 1

Comunidades quilombolas: dados obstétricos e características das crianças ao nascimento

Lorena Fernanda Nascimento Santos¹, Climene Laura de Camargo², Ridalva Martins Felzemburgh³

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER). Salvador-BA, Brasil. e-mail:lorenafnasc@yahoo.com.br.

² Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da EEUFBA. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER). Salvador-BA, Brasil. email:climenecamargo@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da EEUFBA. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER). Salvador-BA. E-mail: ridalva@gmail.com

Resumo

O presente estudo, de natureza descritiva, quantitativa teve como objetivo investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças momento do nascimento. A população estudada foi de 59 mães com 60 crianças de 0 a 2 anos nativas das comunidades quilombolas. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2015. Observou-se que 71,2% estavam na faixa etária de 21 a 35 anos; 68,3% tinham de 8 a 11 anos de estudos; 64,4% apresentaram idade gestacional entre 37 e 41 semanas no parto; 67,8% foram partos vaginais. Em relação as crianças, 76,7% apresentaram peso entre 2500 e 3999g, 85,0% apresentaram índice de Apgar entre 7 e 10 no 1º minuto e 95,0% apresentaram índice entre 7 e 10 no 5º minuto. Os resultados apontam a necessidade de maiores esforços em prol da atenção à saúde da mulher e da criança, em especial ao nascimento.

Descritores: População Vulnerável, População negra, saúde da criança, saúde da mulher.

Introdução

A evolução contínua das políticas públicas, bem como, mudanças significativas no comportamento da população influencia na definição das estratégias para promoção da saúde. Infere ainda, a preocupação em tecer um novo paradigma que envolva ações integradas e integrativas voltadas para a promoção e educação da saúde em todos seus aspectos biopsicossocial⁽¹⁻²⁾. Nesse sentido, no que diz respeito a condição de saúde materna e a vitalidade da criança no nascimento, observa-se o empenho para formulação e implementação de políticas em prol da redução da morbimortalidade materno e infantil.

Nesse estudo, a saúde materno-infantil, será discutida por meio de dados obstétricos e das condições de vitalidade do Recém-nascido, tendo como lócus as comunidades quilombolas.

Comunidades quilombolas, são constituídas por descendentes de negros escravizados e negros libertos que se refugiavam nos quilombos, situados, geralmente, distantes das áreas urbanas, de difícil acesso, buscando dessa forma, uma defesa preventiva contra possíveis iniciativas de recaptura, expulsão ou de tomada de suas terras⁽³⁻⁵⁾.

Salienta-se que no Brasil, nas últimas três décadas, houve diversas mudanças positivas no que concerne ao desenvolvimento socioeconômico, urbanização, condições sanitárias e atenção à saúde da população⁽⁶⁾, porém, quando considera-se o cenário das comunidades quilombolas, percebe-se as iniquidades sociais e de saúde vivenciadas por esta população. As mudanças, ocorridas até o momento não impactaram ao ponto de proporcionar adequada assistência à gestação e ao nascimento a toda a população brasileira de forma equânime.

Para análise das condições de saúde, nível de desenvolvimento e qualidade de vida, o indicador mais utilizado é o coeficiente de óbitos neonatais, já que, está intimamente relacionado com a qualidade da assistência perinatal^(7,8). A averiguação sob esta ótica aponta avanços na redução da mortalidade neonatal, bem como, na morte materna, cujos problemas assistenciais relacionados são semelhantes, e dependem da consolidação de uma rede perinatal integrada, hierarquizada e regionalizada, e da qualificação dos processos assistenciais, em especial ao parto e nascimento^(8,9).

Vale considerar, que por muitos anos a saúde materna e infantil não foi analisada na perspectiva étnica/ racial, ocultando assim, as desigualdades na atenção à saúde da mulher e da criança⁽¹⁰⁾. Esta situação torna-se mais grave, quando enfoca-se a saúde materno-infantil em comunidades quilombolas, considerando as precárias condições de vida experienciada por esta população.

O interesse em realizar este estudo, nasceu durante minha aproximação com comunidades quilombolas, enquanto integrante do grupo de estudo da saúde da criança e do adolescente Crescer- UFBA. Nesta oportunidade pude observar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres da região, no que tange ao acesso e acessibilidade aos serviços perinatais, o que me levaram a fazer o seguinte questionamentos: Quais os dados obstétricos de mães quilombolas e as condições de vitalidade de seus filhos no momento do nascimento?

Considerando que os dados obstétricos e condições de nascimento são importantes indicadores da qualidade da assistência prestada e das condições de saúde materno infantil, este estudo traz como objetivo: Investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças momento do nascimento

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa realizado nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré, Salvador- Bahia. A população estudada foi

constituída por mães de crianças de 0 a 2 anos nativas das comunidades quilombolas de Praia Grande, Porto dos Cavalos, Bananeiras, Martelo, Ponta Grossa, todas tituladas como comunidade quilombola pela Fundação Cultural Palmares⁽¹¹⁾. Foram identificadas 59 mães com 60 crianças que atendiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, não foi realizado cálculo amostral pela possibilidade de utilizar o total populacional.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser mãe de crianças de 0 a 2 anos de idade, ser nativa das comunidades quilombolas de Ilha de Maré. O critério de exclusão foi: mães que não foram encontradas após 3 (três) visitas no domicílio. Foi utilizado um instrumento elaborado embasado pelos manuais de atenção humanizada ao recém-nascido, manual do pré-natal, da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e o VIGITEL. A coleta foi realizada no período de janeiro a junho de 2015 dentro dos padrões éticos preconizados em consonância com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para preenchimento do questionário foi realizada entrevista com as mães, além da utilização da caderneta da criança, prontuários fornecidos pela USF de Ilha de Maré, e dados das DNVs quando necessário. O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do Stata versão 12.0. A análise dos dados foi realizada através de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e de medidas de tendência central (média) e de dispersão (Desvio Padrão) para as variáveis contínuas.

A dissertação que originou o presente estudo foi intitulada "Condições de Nascimento de Crianças Quilombolas" fazendo parte de um Projeto Guarda-chuva intitulado "Acesso e assistência à saúde infantil em comunidades quilombolas: caminhos para a equidade no SUS" aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia por meio do Parecer Substanciado 367.474.

Resultados

Inicialmente foram identificadas 62 mães com 63 crianças de 0 a 2 anos nativas das comunidades quilombolas de Ilha de Maré, das quais uma não aceitou participar da pesquisa e duas não foram encontradas após 3 (três) visitas no domicílio, totalizando assim 59 mães participantes com 60 crianças.

A tabela 1 trata as características de mães de crianças quilombolas de 0 a 2 anos, verificou-se que a faixa etária predominante foi de 21 a 35 anos (71,2%), média de 25,8 anos. Em relação a profissão/ ocupação 61,7% eram marisqueiras, seguido de dona de casa (30,0%). A média de *renda per capita* (R\$178,00) foi inferior ao salário mínimo (R\$788,00) da região. Quanto à situação conjugal, 66,7% referiram ser casadas ou terem união estável. A cor predominante foi a preta (66,7%) e a parda (25,0%) e apenas 5,0% se autodeclararam brancas. No que refere ao nível educacional 68,3% tinha

entre 8 e 11 anos de estudo, média de 9,1 anos; 30,0% apresentava entre 4 e 7 anos de estudo.

Tabela 1. Caracterização de Mães de crianças de 0 a 2 anos de Ilha de Maré, Salvador-Bahia, 2015

Variáveis	Nº % Média DP
Idade(anos)	
21-35	42 (71,2)
<21	11 (18,6)
>35	6 (10,2)
Profissão/Ocupação	
Marisqueira	36 (61,0)
Dona de casa	18 (30,5)
Estudante	2 (3,4)
Empregada doméstica	1 (1,7)
Professora	1 (1,7)
Vendedora	1 (1,7)
Renda familiar <i>percapita</i>	178,00(154,43)
Situação conjugal	
Casada/união estável	40 (67,8)
Solteira com parceiro	10 (16,9)
Solteira sem parceiro	9 (15,3)
Cor	
Preta	40 (67,8)
Parda	15 (25,4)
Branca	3 (5,1)
NS/NR	1 (1,7)
Anos de estudo	
12 anos ou mais	1 (1,7)
8-11anos	40 (68,3)
4-7anos	18 (30,0)

Fonte: Elaboração própria * No. Número, % Percentual; DP Desvio Padrão

A tabela 2 refere a condição de saúde e hábitos de vida de mães de crianças de 0 a 2 anos. Demonstra que 83,3% das mães realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal. Foi observado que 64,4% apresentaram idade gestacional no nascimento da criança entre 37 e 41 semanas. Com relação ao número de gestações e partos houve equilíbrio nos dados, já que, 50,8% das mulheres eram primigesta/ primíparas e 49,2% eram multigesta/múltipara, observa-se ainda que 96,6% tiveram gravidez única. Em relação ao tipo de parto 67,8% foram partos vaginais e 32,2% parto cesário, desses 47,4% foram realizados antes do início do trabalho de parto além do que 49,2% sofreram indução do parto. 91,7% dos recém-nascidos dessas mães tiveram apresentação cefálica, 96,6% não tem histórico de natimorto e 89,8% não tem histórico de aborto. 98,3% dos partos foram realizados em ambiente hospitalar. Em relação ao habito de vida não referiram uso de drogas inclusive o uso de cigarro além do que, 86,4% negaram uso de álcool. No que diz respeito a doença na gestação, 57,6% não referiram ter apresentado doença gestacional, com relação a orientação no pré-natal, 89,8% recebeu orientação sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 84,7% receberam orientações sobre a transmissão vertical das ISTs e 94,9% receberam orientação sobre a importância do aleitamento materno. Em relação a imunização no período gestacional, 91,5% utilizaram a vacina dT, 16,9% referiram o uso da dTpa; 61% referiram o uso da vacina hepatite B e 69,5% foram vacinadas contra a Influenza.

Tabela 2 Dados Obstétricos, hábitos de vida e orientações recebidas por mães de crianças quilombolas de Ilha de Maré

Variáveis	Nº , (%) Média,DP
Número de consulta pré-natal	
< 6 consultas	10 (16,7)
≥ 6 consultas	49 (83,3)
Duração da gestação (semanas)	
37 a 41	38 (64,4)
32 a 36	3 (5,1)
42	1 (1,7)
NS/NR	17 (28,8)
Número de gestações /partos	
Primígesta/ Primípara	30 (50,8)
Multígesta/ Múltipara	29 (49,2)
Tipo de Gravidez	

Única	57 (96,6)
Dupla	1 (1,7)
NS/NR	1 (1,7)
Tipo de Parto	
Cesário	19 (32,2)
Vaginal	40 (67,8)
Apresentação	
Cefálica	55 (91,7)
Pélvica ou podálica	2 (3,3)
Transversa	1 (1,7)
NS/NR	2 (3,3)
Indução do parto	
Sim	29 (49,2)
Não	28 (47,5)
NS/NR	2 (3,3)
Cesária antes do início do trabalho de parto(n= 19)	
Sim	9 (47,4)
Não	9 (47,4)
Não se aplica	40 (67,8)
NS/NR	1 (5,2)
Local de ocorrência do parto	
Hospital	58 (98,3)
Via pública	1 (1,7)
Histórico Natimorto	
Sim	2 (3,4)
Não	57 (96,6)

Tabela com continuação

Tabela 2 Dados Obstétricos, hábitos de vida e orientações recebidas por mães de crianças quilombolas de Ilha de Maré (Continuação)

Variáveis N° , (%) Média,DP

Histórico de Aborto	
Sim	5 (8,5)
Não	53 (89,8)
Não quis responder	1 (1,7)
Uso de drogas (incluso cigarro)	
Não	59 (100,0)
Uso de álcool	
Sim (mais frequente: cerveja)	8 (13,6)
Não	51(86,4)
Doenças na última gestação	
Sim	25 (42,4)
Não	34 (57,6)
Se sim, qual# (percentual de n=27)	
Infecção urinária	17 (63,0)
Hipertensão	8 (29,6)
Diabetes	1 (3,7)
Outra doença	1 (3,7)
Orientação sobre IST	
Sim	53(89,8)
Não	6(10,2)
Orientação sobre transmissão vertical de IST	
Sim	50(84,7)
Não	9(15,3)
Orientação sobre aleitamento materno	
Sim	56(94,9)
Não	3(5,1)
Vacinação	
Dt	54(91,5)
DTpa	10(16,9)
Hepatite B	36(61,0)

Influenza 41(69,5)

Fonte: Elaboração própria.* No. Número, % Percentual; DP Desvio Padrão

Uma mesma mulher pode ter referido mais de uma doença na última gestação.

Na tabela 3 são apresentadas as características do nascimento de crianças quilombolas de 0 a 2 anos. Não houve diferença significativa em relação ao sexo, 51,7% foram do sexo masculino, e 48,3% do sexo feminino. Apresentaram peso entre 2500 e 3999 (76,7%). Em relação as medidas antropométricas foi identificado que 70,0% tinham estatura maior ou igual a 45 centímetros e 51,7% das crianças nasceram com perímetro cefálico entre 33 e 35 centímetros. A Anomalia congênita só foi identificado que 1,7% das crianças. No que diz respeito a complicação no parto/nascimento observou-se que 71,7% não apresentaram complicações. 88,3% das mães não referiram tocotrauma. 96,7% não referiram lesões no recém-nascido decorrente do parto. No que concerne o escore de Apgar, foi registrado que as 85,0% das crianças apresentaram índice entre 7 e 10 no 1º minuto e 95,0% apresentaram índice entre 7 e 10 no 5º minuto.

Tabela 3 Características do Nascimento de Crianças Quilombolas de 0 a 2 anos de Ilha de Maré 2015

VARIÁVEIS	Nº , (%) Média,DP
Sexo	
Masculino	31 (51,7)
Feminino	29 (48,3)
Peso ao nascer(g)	
2500 a 3999	46 (76,7)
1500 a 2499	3 (5,0)
4000 ou mais	4 (6,7)
SR/NR	7 (11,6)
Estatura(cm)	
< 45	3 (5,0)
≥ 45	42 (70,0)
SR/NR	15 (25,0)
Perímetro cefálico(cm)	
<33	5 (8,3)

33-35	31 (51,7)
> 35	6 (10)
SR/NR	18 (30)

Anomalia Congênita

Sim	1 (1,7)
Não	59 (98,3)

Complicações no parto/nascimento

Sim	17 (28,3)
Não	43 (71,7)
Rompimento prematuro de membranas	3 (14,3)
Trabalho de parto prolongado	8 (42,1)
Posição anormal do feto	2 (10,5)
Bolsa Rota	2 (22,2)
Circular de cordão	1 (11,1)
Parada cardiorrespiratória do RN	1 (11,1)
RN com cianose	1 (11,1)
Dilatação cervical impérvia	3 (33,4)
Distorcia	1 (11,1)
Aspiração de líquido amniótico	1 (11,1)

Tocotrauma

Sim	5 (8,3)
Não	53 (88,3)
NS/SR	2 (3,3)

Lesão do RN decorrente do parto

Sim	2 (3,3)
Não	58 (96,7)
Se sim, qual?	
Deslocamento de Clavícula	1 (50,0)
Hematoma cefálico	1 (50,0)

Tabela com continuação

Tabela 3 Características do Nascimento de Crianças Quilombolas de 0 a 2 anos de ilha de Maré 2015 (continuação)

VARIÁVEIS	Nº , (%) Média,DP
Índice de Apgar no 1º minuto	
7 a 10	51 (85%)
0 a 6	6 (10,0)
Sem registro	3 (5,0)
Índice de Apgar no 5º minuto	
7 a 10	57 (95,0)
Sem registro	3 (5,0)

Fonte: Elaboração própria.* No. Número, % Percentual; DP Desvio Padrão

Discussão

Com base nos dados obtidos, as características sociodemográficas das mães estudadas podem ser definidas por mulheres jovens com grau de escolaridade elevado (68,3% tinha entre 8 e 11 anos de estudo) considerando ser provenientes de comunidade vulnerável). É importante salientar que a escolaridade materna é considerada um fator de risco obstétrico e está relacionada a adesão as consultas pré-natal⁽¹²⁾. Em relação a situação marital a maioria são casadas ou em união estável, corroborando com outros estudos com foco em saúde reprodutiva e perfil de gestantes^(12,13).

A profissão/ocupação exercida por essas mulheres foi predominante de marisqueira, o que caracteriza o trabalho informal. Nesse aspecto, as comunidades tradicionais operam com pouca ou nenhuma acumulação de capital, e sem fazer uso do trabalho. As atividades econômicas são de pequena escala e baseadas na utilização de recursos naturais renováveis existentes no ecossistema local^(4,14).

Em relação ao quesito cor a predominância são de mães pretas e pardas, esses dados são semelhantes a outras comunidades quilombolas estudados^(3,14).

Entre os aspectos mais importantes em relação aos cuidados com a saúde das mães desse estudo, destaca-se que a maioria realizava consulta pré-natal, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾. Em outros estudos também foi observado que a maioria das mulheres realizam mais de 6 consultas pré-natal^(10, 16). Em estudo a situação de saúde de mulheres e crianças em uma comunidade quilombola do Nordeste brasileiro foi evidenciado melhora na adesão do serviço pré-natal após certificação da comunidade⁽⁵⁾.

Em relação a duração da gestação, este estudo corrobora com os achados de o Silva⁽¹⁷⁾ que identificou que a idade gestacional superior a 37 semanas foi um fator de proteção para a mortalidade neonatal. Porém, deve haver cautela em condutas assistenciais em relação às gestações de 41 a 42 semanas, já que, a presença de sofrimento fetal nesse grupo de estudo foi significativa⁽¹⁸⁾.

No que tange a gestação múltipla, foi identificado um percentual considerável, sendo que estudos apontam este indicador como preditor de risco para mortalidade infantil^(19,8), além de outras características como: ser criança parda e preta, ter mais de 2 filhos ou primípara, histórico de natimorto em gestação prévia, peregrinação para o parto, ausência de boas práticas durante o trabalho e no parto, inadequação da atenção pré-natal, e utilização do hospital público⁽⁸⁾.

Outro aspecto relevante no período gestacional é a presença ou não de doenças nesse período. Nas comunidades em estudo foram poucos os casos relatados. As doenças mais referidas no período gestacional foram: diabetes, anemia, hipertensão e infecções urinárias. São as mais referidas também em outras realidades ⁽²⁰⁻²¹⁾.

No que concerne as orientações recebidas nas consultas de pré-natal, foi identificado que temas como promoção do aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis e transmissão vertical dessas doenças, são temas comumente abordados, bem como referem terem feito uso das vacinas indicadas no período. Cabe salientar que a vacina DTpa, foi utilizada apenas 10% das mães estudadas, em decorrência da mesma ter sido implantada no calendário vacinal da gestante em 2014. As práticas assistenciais citadas fazem parte da prerrogativa para pré-natal adequado^(22,23).

No presente estudo a maioria das mulheres tiveram a experiência do parto vaginal. Dado semelhante foi encontrado no estudo de Meller⁽²⁴⁾ onde 57,1% das mulheres tiveram parto normal, e divergente do estudo de Domingues⁽²¹⁾ no qual, foram encontrado índice e 51,5% para parto cesário . Em relação ao trabalho de parto iniciado antes da cesariana, este estudo identificou dados menores que o de Domingues que refere 65,07 de cesarianas sem o início de trabalho de parto. Estes dados confirmam a máxima sobre indicação de cesárias sem necessidade clínica

Conforme a declaração da Organização Mundial de Saúde a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Observa-se que ao longo dos anos, o processo de parir, deixou de ser um evento biológico e se transformou em um acontecimento tecnocratizado, mesmo em culturas tradicionais, como é o caso de comunidades quilombolas.

Grande parte das mortes maternas poderia ser evitada mediante a redução das taxas de cesarianas, com a melhoria na qualidade da atenção obstétrica nos serviços de saúde, no incentivo ao parto vaginal e, principalmente, com a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde (NAGAHAMA ,2011). A maioria das mulheres tem

consciência de que o Parto vaginal é mais seguro para ela e o bebê, porém fatores como o medo da dor tem influenciado na resolução deste processo^(24,23).

No que diz respeito a ocorrência do parto, nas comunidades quilombolas em estudo, estes se deram majoritariamente em unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde, fato também identificado em outras comunidades quilombolas brasileiras^(10,14)

Neste caminho, identifica-se que o ofício de partejar não é mais praticado nessas comunidades caracterizando uma realidade de ruptura das práticas tradicionais gerada pelo parto institucionalizado, situação comum em comunidades tradicionais^(10,14,24).

Em relação as condições de vitalidade da criança no nascimento, neste estudo foi identificado que a maioria apresentou peso adequado entre 2500 e 3999 gramas. Este é um indicador utilizado na avaliação do crescimento intrauterino (IU)⁽¹²⁾, além de ser preditor para crescimento linear no 1º ano de vida^(22,25) e um marcador de risco de morbimortalidade⁽¹²⁾. No estudo de OLIVEIRA⁽¹⁰⁾, realizado em comunidade quilombola do norte de Minas Gerais, foi identificado que 85% das crianças nasceram com peso acima de 2.500 g. Em estudo sobre valores antropométricos e aspectos neonatais de mulheres de baixo peso, o peso médio ao nascer, foi acima de 2500 gramas⁽²⁵⁾. Nesse sentido, pode-se afirmar que o baixo peso materno tem relação, mas não determina o baixo peso do recém-nascido no nascimento^(18,25).

Em relação as medidas antropométricas, a maioria das crianças quilombolas participantes encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade. Registro similar foi encontrado em estudo caso controle de mulheres com baixo peso⁽²⁵⁾ e estudo sobre antropometria e aspectos neonatais de 41 a 42 semanas⁽¹⁸⁾.

No que se refere a anomalia congênita não foi identificado dados expressivos e as complicações no parto/nascimento foram as mesmas evidenciadas em Silva⁽¹⁷⁾, e Oliveira⁽¹⁰⁾: circular de cordão, trabalho de parto prematuro e dilatação cervical impérvia, entre outras.

O índice de Apgar é um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal sendo utilizado em diversos estudos para avaliação da vitalidade. Em estudo sobre mortalidade neonatal ficou evidenciado que o apgar menor que 7 no 5º estava associado ao óbito^(17,25). Neste estudo, a avaliação da vitalidade da criança foi adequada, o que demonstra que as crianças participantes apresentaram boa vitalidade ao nascer.

Conclusão

Em decorrência de sua constituição histórica, as comunidades quilombolas vivem em situações precárias, que influenciam as condições de nascer, viver e morrer de sua população. Os achados sugerem que mesmo em condições insatisfatórias no que diz respeito às condições sociodemográficas, as mulheres possuem dados obstétricos que podem contribuir para um desfecho adequado no nascimento.

A partir dos resultados obtidos, concluiu-se que as mulheres em estudo necessitam de maiores intervenções no que concerne as orientações de saúde relacionado ao uso de álcool, inadequado para o período gestacional e sobre cuidados à saúde relacionado às doenças gestacionais que podem promover um trabalho de parto precoce.

Em relação ao tipo de parto observou-se que o número de partos vaginais está aquém do que recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Ratificando a perpetuação do parto medicalizado e o distanciamento da cultura tradicional que enfatizava a prática do parto domiciliar, com o apoio das parteiras locais.

A maioria das crianças apresentou boa vitalidade ao nascimento no que diz respeito o escore de Apgar, peso e medidas antropométricas, em detrimento das precárias condições de vida das mães.

Os achados sugerem a necessidade de novos estudos, para o aprofundamento da temática, entretanto os resultados apresentados podem ser utilizados como parâmetro de comparação para novas pesquisas sobre o tema, as quais venham a abordar outros aspectos do complexo processo de nascimento de crianças quilombolas.

Faz-se necessária novas práticas assistenciais além da participação da comunidade na atenção à saúde desde o momento do nascimento, considerando que o desenvolvimento de políticas públicas por meio de estratégias sociais e de saúde é primordial para promoção de condições de vida mais adequadas.

Como fator limitante foi identificado o difícil acesso às comunidades prolongando o período da pesquisa e conseqüentemente o custo, além do preenchimento incompleto da caderneta da criança e cartão da gestante que dificultou a coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Lourenço, L et al. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. *História da Enfermagem* [internet]. 2012 [acesso em:05 de out de 2015]1:17-35. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>
2. Dalmolin, BB et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2011; 15.2:389-394.
3. Araújo, sre; foschiera, AA. As contradições entre a realidade socioeconômica da comunidade quilombola mimoso do kalunga e a garantia dos direitos legais de educação e território. *Revista Pegada*. Dez. 2012;13 (2):203-227
4. Jorge, al; Brandão, A. Comunidades quilombolas, reconhecimento e proteção social. *VÉRTICES*, Campos dos Goytacazes/ RJ. [internet]. 2012; [acesso em: 10 de set de 2015] 14(1):83-101. Disponível em: <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/1809-2667.20120014/1368>.

5. Ferreira, HS; Torres, ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Revista Brasileira de Saúde Materna infantil*, Recife. [internet] 2015; [Acesso em:02 de set de 2015]15(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000200219&script=sci_arttext&tlnq=pt
6. Victora, CG. et al. Saúde no Brasil 2 Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Veja*, v. 6736, n. 11, p. 60138-4, 2011.
7. Noronha, GA et al. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10):2749-2756. 2012 ; [Acesso em:02 de set de 2015]Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n10/23.pdf>
8. Lansky, S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 , [internet], 2014 [Acesso em:02 de set de 2015] Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
9. Carvalho, RAS; Santos, VS; Melo, CM; Gurgel, RQ; Oliveira, CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. [internet]. 2015; [Acesso em: 10 de set de 2015]49(5):1-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/101786/100293>
10. Oliveira, SKM; Pereira, MM; Freitas, DA; Caldeira, AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro. 2014; 22(3):307-13.
11. Fundação Cultural Palmares (FCP). *Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (crqs)* . 2015. [Internet]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>
12. Costa, ES; Pinon, GMB; Costa, TS; Santos, RCA; Nóbrega, AR; Sousa, LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Rev. Rene*. Fortaleza. [internet]. 2010; [Acesso em: 20 de set de 2015] 11(2):86-93. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377/pdf>
13. Xavier, RB; Jannotti, CB; Silva, KSS; Martins, AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2013; [Acesso em: 05 de out de 2015] 18(4):1161-1171. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/29.pdf>
14. Marques, AS; Freitas, DA; Leão, CDA; Oliveira, SKM; Pereira, MM; Caldeira, AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2014; [Acesso em:10 de set de 2015]19(2):365-371. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [Acesso em:10 de set de 2015]Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
16. Segatto, MJ et al. Avaliação da assistência pré-natal em município do Sul do Brasil. *Revista de Enfermagem da UFPI*. [internet]. 2015; [Acesso em: 05 de set de

2015] 4.2: 4-10. Disponível em:

<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3535/pdf>

17. Silva, RCAF; Vieira, GD; Monteiro, PS. Mortalidade perinatal em gestantes de alto risco em um hospital terciário. *Journal of Health & Biological Sciences*. [internet]. 2014; [Acesso em: 10 de ago de 2015] 2(1):23-28. Disponível em:

<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/article/view/41/42>

18. Camargo, LA et al. Antropometria e aspectos neonatais de recém-nascidos de gestações de 41 a 42 semanas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. [internet]. 2014; [Acesso em: 05 de fev de 2015] 16(4): 182-187. Disponível em:

<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/17019>

19. Maia, LTS; Souza, WV; Mendes, ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [internet]. 2012; [Acesso em: 10 de set de 2015] 28(11):2163-2176. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n11/16.pdf>

20. Santos Neto, ET; Leal, MC; Oliveira, AE; Zandonade, E; Gama, SGN. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [internet]. 2012; [Acesso em: 10 de set de 2015] 28(2):256-266. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n2/05.pdf>

21. Domingues, RMSM; Dias, MAB; Nakamura-Pereira, M; Torres, JA; D'Orsi, E; Pereira, APE; Schilithz, AOC; Leal, MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014.

22. Andrade, RD; Santos, JS; Maia, AC; Mello, DF. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro. [internet]. 2015; [Acesso em: 05 de set de 2015] 19(1):181-186. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100181&script=sci_arttext

23. Meller, FO; Schäfer, AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet] . 2011; [Acesso em: 05 de set de 2015]16(9): 3829-3835. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&extAction=lnk&exprSearch=600748&indexSearch=ID>

24. Carneiro, LMA et al. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. [internet]. 2015; [Acesso em: 10 de set de 2015] 5(2):1574-1585 Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/744>

25. Novo, JLVG; Pires, LGG; Dias, NP; Oshiro, CGS; Novo, NF; Rozas, A. Parâmetros antropométricos e aspectos neonatais de recém-nascidos de parturientes de baixo peso. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. [internet]. 2012; [Acesso em: 23 de set de 2015] 14(1):8-18. Disponível em:

<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/5173/pdf>

4.2 Manuscrito 2

Acesso e Acessibilidade aos Serviços Perinatais: vivência da comunidade quilombola de Ilha de Maré

Lorena Fernanda Nascimento Santos- Santos, Lorena FN- Universidade Federal da Bahia, Programa de pós-graduação < lorenafnasc@yahoo.com.br>

Co-autores

Climene Laura de Camargo – Camargo, Climene L- Universidade Federal da Bahia, Programa de pós-graduação< climenecamargo@hotmail.com>

Ridalva Dias Martins Felzemburgh- Felzemburgh, Ridalva DM- Universidade Federal da Bahia, Programa de pós-graduação < ridalva@gmail.com>

Resumo

As comunidades quilombolas, pelo cenário de iniquidade em que vivem, deparam-se com dificuldades no que concerne ao acesso e à acessibilidade aos serviços de saúde. Este estudo propõe analisar como se dá o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais por mães quilombolas. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com mães de crianças de 0 a 2 anos. Foram agrupados dados pertinentes ao perfil sociodemográfico e o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde perinatais. Foi utilizado o software Stata, versão 12.0. As variáveis apontam que as 59 mães de crianças quilombolas, mesmo com grau de instrução satisfatória, exercem ocupação informal que reflete em uma *renda percapita* inferior ao salário mínimo. No que tange as questões de acesso e acessibilidade aos serviços perinatais foi observado que as mulheres realizaram pré-natal com enfermeiras e médicos generalistas da Unidade de Saúde da Família (USF). Observa-se, ainda, um itinerário no trabalho de parto desgastante, já que as questões geográficas dificultam o acesso às maternidades. Faz-se necessário a intervenção a partir de estratégias que promovam melhores condições no pré-natal e no trabalho de parto, enfatizando o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais.

Palavras-chave: população vulnerável; população negra; assistência perinatal; acesso aos serviços de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Quilombo communities, former slave refugee camps, confront harsh and deplorable living conditions, and are faced with difficulties regarding access to health services. The aim of this study is to analyze perinatal access and accessibility for these services available to mother's in the Quilombo. This is a descriptive and quantitative study focused on mothers with newborn children and up to 2 years of age. Data were grouped by relevant socio-demographic profiles and access and accessibility to perinatal health services. This study used Stata software, version 12.0. The variables indicate that 59 mother's of Quilombo children have informal employment, despite attaining a satisfactory level of education, which reflects on a per capita income well below the minimum wage. Issues regarding access and accessibility to perinatal services demonstrated that women received prenatal care with general practitioners and nurses from the Unit of Family Health (USF). Additionally, exhausting workloads and schedules were observed, due in part to the geographical challenges that reduce access to maternity hospitals. It is necessary to perform interventions in the form of strategies that promote improved prenatal and labor conditions, emphasizing the access and accessibility of perinatal services.

Keywords: vulnerable population; black population; perinatal care; access to services

INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas, formadas por remanescentes de escravizados africanos no Brasil, na maioria das vezes, vivem isoladas culturalmente e geograficamente¹⁻²⁻³. Sua população continua ceifada dos seus direitos sociais, além de estarem expostas a um cenário de desigualdades em saúde. Nesse sentido, as desigualdades em saúde e as condições

sociodemográficas estão nos escopos das discussões das políticas públicas, além de que influenciam o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde. É importante salientar que o acesso tem diversas faces como a acessibilidade aos serviços, participação popular e o controle social, a equidade e a coerência dos serviços com as necessidades da população⁴. Esses indicadores de qualidade do serviço têm representatividade, principalmente, no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim, são de suma importância para definição de planos e metas sustentáveis na promoção da equidade. A equidade é um dos princípios do SUS, que busca garantir a atenção à saúde no que diz respeito às necessidades de cada pessoa⁴. Porém, mesmo sendo um direito garantido pela Constituição não têm sido suficiente para assegurar às comunidades quilombolas uma política pública eficaz, no sentido de melhorar sua qualidade de vida e inclusão social.

Neste artigo, o acesso é entendido por oferta do serviço, enquanto que a acessibilidade é compreendida pelos aspectos que interferem na obtenção dos serviços de saúde pelo usuário^{5,6}. São conceitos que em muitos estudos são apresentados como sinônimos, mas iremos abordá-los como termos diferentes que podem se complementar.

A dificuldade enfrentada pela população na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde revela a predominância de relações que oscilam entre satisfatórias e conflituosas, no que concerne a resolubilidade, ainda insuficiente, frente às demandas da comunidade⁷. Essa dificuldade é potencializada pela baixa renda e pelo difícil acesso a outros serviços que poderiam suprir a real necessidade para atenção da saúde da comunidade quilombola. Desse modo, a Unidade de Saúde da Família (USF) é a porta de entrada para esses serviços, mesmo que não contemplem todas as demandas da população. Dessa forma, fica o questionamento se a população reconhece realmente a USF como fonte de atenção à saúde ou se a utilização da unidade se dá simplesmente pela restrição de opções⁸.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a USF tem o papel de reorganização da atenção básica, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde¹⁰.

No âmbito dos serviços perinatais, além da utilização dos serviços das USFs com serviço de pré-natal, vacinação e realização de exames laboratoriais faz-se necessário a utilização de outros serviços que complementam a necessidade das mulheres no período gestacional, parto, pós-parto imediato e de crianças no momento do nascimento.

As lacunas de conhecimento e a necessidade de aprofundamento sobre as condições de acesso e acessibilidade de mulheres quilombolas aos serviços perinatais, foram determinantes para a escolha deste tema.

Assim, delimita-se a seguinte questão da pesquisa: Quais as condições de acesso e acessibilidade de mães de crianças quilombolas aos serviços perinatais? Para tanto, o estudo teve como objetivo avaliar o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais das mães de crianças quilombolas, identificando os elementos estruturais e processuais que fortalecem ou dificultam a concretização do uso desses serviços

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré, Salvador-Bahia: Praia Grande, Porto dos Cavalos, Bananeiras, Martelo, Ponta Grossa, todas tituladas como comunidade quilombola pela Fundação Cultural Palmares¹⁰. A ilha possui uma Unidade de Saúde da Família, com 2 equipes, situada na comunidade de Praia Grande.

A população estudada foi constituída por todas as mães de crianças quilombolas de 0 a 2, considerando a proposta de atendimento preconizada pela Pastoral da Criança, na

campanha denominada “Toda gestação dura 1000 dias” (270 dias da gestação, 365 dias do 1º ano de vida e 365 dias do 2º ano de vida). Não foi realizado cálculo amostral pela possibilidade de utilizar o total populacional.

Os critérios de inclusão foram: ser mãe de criança quilombola de 0 a 2 anos de idade e ser nativa das comunidades quilombolas de Ilha de Maré. Os critérios de exclusão foram: as que não foram encontradas após 3 (três) visitas no domicílio. A coleta foi realizada no período de janeiro a junho de 2015, dentro dos padrões éticos preconizados em consonância com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi utilizado um instrumento elaborado, embasado pelos manuais de atenção humanizada ao recém-nascido, manual do pré-natal, da Declaração de Nascido (DN). Para preenchimento do questionário, além das entrevistas com as mães, foram utilizados dados do cartão da gestante, caderneta da criança, prontuários da USF e DNs nos casos das crianças que não tinham registro do valor de escore de apgar na caderneta da criança. O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do STATA versão 12.0. A análise dos dados foi realizada através de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e de medidas de tendência central (média) e de dispersão (Desvio Padrão) para as variáveis contínuas.

Este estudo fez parte de um projeto Guarda-Chuva intitulado “Acesso e Assistência à Saúde Infantil em Comunidades Quilombolas: Caminhos para Equidade no SUS”, financiado pela FAPESB, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, por meio do Parecer Consubstanciado 367.474.

RESULTADOS

Inicialmente, foram identificadas 62 mães de crianças de 0 a 2 anos nativas das comunidades quilombolas de Ilha de Maré, das quais uma não aceitou participar da pesquisa e

duas não foram encontradas após 3 (três) visitas no domicílio, totalizando assim 59 mães participantes.

A tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica das mães de crianças quilombolas de 0 a 2 anos de idade, sendo que a média de idade materna foi de 25,8 anos. A profissão/ocupação predominante foi de marisqueira (61,0%), seguida de dona de casa (30,5%). Pôde-se observar que as mulheres, mesmo tendo em sua maioria o 2º grau completo (37,3%), trabalham em atividade informal ou não exercem atividade laboral remunerada. As mães quilombolas se autoidentificam majoritariamente como pretas (67,8%) e pardas (25,5%). Em relação ao estado marital, as mulheres deste estudo são casadas ou tem união estável (67,8%). Quanto a religiosidade, foi identificado que a maioria é protestante (45,8%) e católica (35,6%).

A média da *renda percapita* da família das mulheres em estudo foi inferior ao salário mínimo da região, respectivamente, R\$178,00 e R\$788,00, apesar de a maioria receber os recursos provenientes do programa Bolsa Família. O benefício fornecido pela prefeitura de Salvador intitulado “Primeiro Passo” só foi referido por 1(uma) mãe, isto porque era a única, cujo o filho na idade de 0 a 2 anos frequentava creche ou escola. A renda dessas mulheres é resultante, principalmente, do trabalho de mariscagem (61,0%). Nesse sentido, pode-se afirmar que as mulheres da comunidade quilombola de Ilha de Maré, tem baixo poder aquisitivo.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica de mães de crianças quilombolas de 0 a 2 anos que utilizaram os serviços perinatais. Ilha de Maré, 2015

Variável	Nº ou média (%)*
Idade Materna	25,8 (6,4)
Profissão/Ocupação	
Marisqueira	36 (61,0)
Dona de casa	18 (30,5)

Estudante	2 (3,4)
Empregada doméstica	1 (1,7)
Professora	1 (1,7)
Vendedora	1 (1,7)
Cor	
Preta	40 (67,8)
Parda	15 (25,5)
Branca	3 (5,0)
NS/NR	1 (1,7)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	18 (30,5)
Fundamental completo	5 (8,5)
Ensino médio incompleto	13 (22,0)
Ensino médio completo	22 (37,3)
Superior completo	1 (1,7)
Estado conjugal atual	
Casada /união estável	40 (67,8)
Solteira, com parceiro(a) fixo	10 (16,9)
Solteira, sem parceiro(a) fixo	9 (15,3)
Religião	
Católica	21 (35,6)
Protestante	27 (45,8)
Nenhuma	11 (18,6)
Benefício social	
Bolsa família	44 (74,6)
Bolsa família e primeiro passo	1 (1,7)
Nenhum	14 (23,7)
Renda familiar <i>percapita</i>	
	178,00 (154,43)

*Nº, número; %, percentual; DP, Desvio Padrão.

A tabela 2 faz referência ao uso dos serviços perinatais por mães de crianças em comunidade quilombola. Em relação a consulta pré-natal, 100,0% das mães referiram ter realizado este atendimento, sendo que destas 83,1% realizaram 6 ou mais consultas e 16,9% realizaram menos de 6 consultas de acompanhamento pré-natal. Em relação ao serviço pré-natal utilizado 88,1% foi público, ratificado pelo fato que 91,5% não possuíam plano de saúde.

Em relação aos exames básicos que devem ser realizados no período gestacional, observou-se que (98,3%) das mulheres referiram ter realizados os exames preconizados. Quanto aos profissionais que acompanharam as consultas pré-natais, foram, principalmente, os enfermeiros (83,1%), seguido de médicos generalistas (71,2%), por último os ginecologistas/obstetras (18,6%).

Ainda na tabela 2, visualiza-se que 59,3% das mães iniciaram o pré-natal antes do 1º trimestre; 37,3% entre 1º e 2º trimestre e 3,4% depois do 2º trimestre.

Tabela 2 - Uso dos serviços perinatais por mães de crianças em comunidade quilombola no pré-natal

Variável	Nº. (%) ou média*
Realizou acompanhamento pré-natal	
Sim	59 (100,0)
Número de consultas	
< 6 consultas	10 (16,9)
≥ 6 consultas	49 (83,1)
Local do Pré-Natal	
USF	48 (81,4)
Consultório particular/plano	8 (13,5)
Serviço perinatal público/maternidade	3 (5,1)
O Pré-Natal foi na Ilha?	
Sim	42(71,2)

Não	17(28,8)
O serviço de pré-natal foi público ou particular	
Público	52 (88,1)
Particular/privado	7 (11,9)
Plano de Saúde(convênio particular)	
Sim	5 (8,5)
Não	54 (91,5)
Realização de exames no pré-natal	
Sim	58 (98,3)
Não	1 (1,7)
Acompanhamento profissional no pré-natal	
Enfermeiro	
Sim	49 (83,1)
Não	10 (16,9)
Médico Generalista	
Sim	42 (71,2)
Não	17 (28,8)
Ginecologista/obstetra	
Sim	11 (18,6)
Não	48 (82,4)
Não sabe informar	
Sim	1 (1,7)
Não	58 (98,3)
Início do pré-natal	
Antes dos 3 meses	35 (59,3)
Entre 3 e 6 meses	22 (37,3)
Depois dos 6 meses	2 (3,4)

*Nº, número; %, percentual; DP, Desvio Padrão.

Ao serem indagadas sobre o uso das ambulanchas (Serviço de atendimento de urgência pré-hospitalar Aquático do SAMU) para o deslocamento da ilha ao continente, no

momento do parto nenhuma das mães referiu a utilização do serviço. Referem utilizar barco alugado (42,4%) e barco familiar (30,5%). Uma outra realidade encontrada é que muitas dessas mulheres (25,4%) utilizam a rede de apoio familiar para o aguardo do início do trabalho de parto na casa de familiares e amigos em Salvador ou em outras localidades onde poderiam ter acesso mais rápido aos serviços perinatais.

O itinerário do trabalho de parto dessas mulheres é árduo na maioria das vezes. Foi identificado que em média elas visitaram 0,6 clínicas; 0,1 USF; 1,5 maternidades durante o trabalho de parto.

Quanto ao local de ocorrência, a maioria se deu em âmbito hospitalar (98,3%), 1,7% ocorreu em via pública, especificadamente, na praça do atracadouro de São Tomé de Paripe, já que não foi possível chegar na maternidade em tempo hábil. Apesar dos obstáculos para o acesso aos serviços hospitalares, neste estudo, não foi identificado parto domiciliar.

Em relação aos profissionais que prestaram assistência ao parto, observou-se que as mães, neste estudo, citaram principalmente os médicos ginecologista/obstetra (78,0%) e enfermeiras (69,5%), além de que somente 1,7% das mães observou a presença do pediatra em sala de parto.

Tabela 3 - Uso dos serviços perinatais por mães de crianças em comunidade quilombola no trabalho de parto

Variável	Nº. (%) ou média (DP)*
Utilização de ambulância	
Não	59 (100,0)
Transporte utilizado	
Barco familiar	18 (30,5)
Barco alugado	25 (42,4)
Não estava na ilha no início do trabalho de parto	15 (25,4)

Outro(NS/NR) 1 (1,7)

Número de instituições de saúde visitadas no trabalho de parto

Clínicas	0,6 (0,25)
USF	0,01 (0,12)
Quantas Maternidades	1,5 (0,72)

Ocorrência do parto

Na rua	1 (1,7)
Maternidade	56 (94,9)
Hospital (exceto maternidade)	2 (3,4)

Profissional que assistiu ao parto

Médico Generalista

Sim	3 (5,1)
Não	56 (94,9)

Enfermeira

Sim	41 (69,5)
Não	18 (30,5)

Ginecologista/obstetra

Sim	46 (78,0)
Não	13 (22,0)

Outros(pediatra)

Sim	1 (1,7)
Não	58 (98,3)

*Nº, número; %, percentual; DP, Desvio Padrão.

DISCUSSÃO

A população brasileira, nas últimas décadas, tem vivido importantes mudanças no seu perfil reprodutivo, principalmente, pelos movimentos feministas que contribuíram para formulação de políticas que enfatizam a rede de cuidados e colocam as mulheres como

protagonistas da sua saúde nos distintos momentos da sua vida^{11,12}, principalmente, no que tange à saúde no período gestacional.

No presente estudo, ficou evidenciado que o acesso e acessibilidade aos serviços perinatais foi dificultado por diversos fatores, dentre eles, as condições sociodemográficas e as poucas condições econômicas da população que tem como atividade laboral predominante a mariscagem e a pesca. Esses dados ratificam o estudo de Pena¹³, realizado nessa comunidade e assemelhando-se a outras comunidades quilombolas rurais, cuja a principal fonte de renda provém de atividades agrícolas^{2,14}, assim confirmando que os recursos naturais são os que trazem maior apoio financeiro para essas comunidades, além dos recursos provenientes dos benefícios sociais².

Em relação à profissão/ocupação, foi identificado que 30% das mães exerciam atividades no próprio lar, corroborando com o estudo de Amaral¹⁵, que aponta que as mulheres que mais procriam não fazem parte do mercado de trabalho formal. É importante salientar que a *renda percapita* dessas famílias foi um valor muito abaixo do salário mínimo, o que caracteriza uma condição financeira precária que influencia na condição de saúde dessa comunidade.

Em relação ao quesito raça/cor a predominância são de mães negras, como foi identificado em outros estudos referente às comunidades quilombolas^{16,17,18} salientando que negro é compreendido pela junção de indivíduos pretos e pardos. Contudo, raça negra não é, necessariamente, condição caracterizadora do “ser quilombola” hoje, haja vista que essa condição não está mais atrelada a pele, mas nas marcas históricas, sobretudo, relacionadas à falta de propriedade da terra¹⁸.

Quanto ao grau de escolaridade elevado apresentado neste estudo, observou-se que foi uma informação positiva para o contexto dessa comunidade, difere do que é apresentado em

comunidades quilombolas em Alagoas, onde a média de anos de estudo do chefe da família foi de ≤ 4 anos; e em comunidade quilombola de Vitória da Conquista-Bahia, cuja a maioria da população tinha ≤ 4 anos de estudo; além do estudo de Marques² realizado em uma comunidade rural quilombola do norte de Minas Gerais, na qual 71,1% das mães possuíam somente o ensino fundamental incompleto. A escolaridade elevada é uma condição satisfatória do nascimento¹⁹, além de que, existe uma maior probabilidade de mortes em menores de um ano entre as crianças nascidas de mães com baixa instrução. A escolaridade materna é tida como um marcador da condição socioeconômica da mãe e de sua família²⁰.

Em relação a faixa etária encontrada, está de acordo com a avaliação dos níveis de fecundidade no Brasil das 3 últimas décadas¹⁵. Paes¹⁹ refere que mulheres na faixa etária entre 20-29 anos tem menor risco de ter um recém-nascido de baixo peso. Nesse sentido, esta faixa é identificada como condição favorável do nascimento. Esses fatores são de extrema importância também para adesão ao programa de pré-natal.

Em relação à orientação religiosa com base no censo demográfico de fecundidade no Brasil ficou evidenciado que as mulheres são maioria católica¹⁵. Dado que corrobora em parte com este estudo, já que, a religião predominante foi a protestante, seguida da religião católica. Em outras comunidades quilombolas também foi identificado o predomínio das religiões católica e protestante^{21, 17}.

No que tange aos serviços perinatais no pré-natal, com *locus* nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré, entende-se que a regionalização com a descentralização das ações e dos serviços de saúde foram fundamentais para a melhora na condição de vida da população local^{22,23}.

A comunidade deste estudo referiu o uso da USF para os serviços perinatais, estando em consonância no que diz respeito a política da atenção básica²⁴. Existe a predominância do

uso do serviço público de saúde principalmente a USF, já que, não possuem plano de saúde. A referência do uso do serviço da ESF foi encontrada em outros estudos com *locus* nas comunidades quilombolas^{2,25}, principalmente, como referência para atenção à saúde da criança, porém, com subutilização de serviços de saúde.

Não se pode afirmar, no caso da comunidade em estudo, se a utilização do serviço da USF pelas mulheres foi por reconhecer a unidade com serviço elegível para sua necessidade ou por se tratar da única opção disponível na ilha. Em inquérito em comunidade quilombola na região Nordeste houve melhora no acesso ao serviço pré-natal, já que, 87,8% das mulheres estudadas realizaram pelo menos 6 consultas pré-natal²⁶ estando em consonância com estudo que identificou que 72,50% das mulheres realizaram as seis consultas de pré-natal preconizadas²⁷.

Em contrapartida, os dados encontrados nas comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais sugerem situações críticas de acesso e atenção à saúde da mulher e da criança. Mais de 20% das mulheres com crianças menores de cinco anos relataram menos de seis consultas pré-natais, associado ao início tardio da assistência pré-natal para um terço das mulheres quilombolas²⁸, demonstrando a existência de entraves no acesso e na acessibilidade de serviços para a comunidade e a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população.

É importante salientar que o Ministério da Saúde preconiza que toda gestante tem o direito de realizar pelo menos seis consultas durante a gestação, tenha acesso a serviço de referência quando necessário, para que tenha uma gestação saudável proporcionando um nascimento seguro²⁹. Promove, dessa forma, a utilização de alguns programas assistenciais que contemplam as demandas principais para, assim, permitir que as políticas públicas se tornem efetivas para incremento do padrão de saúde na comunidade^{24, 26}.

Ainda em relação a acessibilidade, as comunidades de Bananeiras, Porto dos Cavalos, Martelo e Ponta Grossa estão localizadas distantes da sede Praia Grande, onde se localiza a USF, sendo necessárias longas caminhadas e/ou utilização de embarcações, além de que essas comunidades ficam mais próximas geograficamente dos municípios de Candeias e Passé-Bahia. Com este cenário fica caracterizado que mesmo com o aumento do uso dos serviços de saúde, as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários, interferem na utilização do serviço^{25,30}. No tocante aos profissionais que acompanham o pré-natal, houve predominância dos profissionais médico e enfermeiras, justificados pelo uso do programa pré-natal da USF de Praia Grande. Conforme o Manual de Pré-natal, o acompanhamento de gestação de baixo risco por profissionais generalistas não influencia para os desfechos perinatais adversos²⁹.

A prática da realização da consulta pré-natal na comunidade com início precoce possibilita a realização de um maior número de consultas de acompanhamento e exames. Para o pré-natal ser avaliado como adequado é importante que o seu início ocorra no primeiro trimestre como observa os estudos de Domingues³¹, no qual 74,4% das mulheres apresentaram início precoce da assistência pré-natal, e apenas 2% iniciaram o pré-natal no terceiro trimestre gestacional; Segatto²⁷ identificou que 65,14% realizaram a primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação.

O acesso as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às necessidades das populações, garantindo a equidade e a integralidade do cuidado, traçando estratégias para superação dos entraves para a promoção da saúde local^{22,32}. Entende-se que o direito a saúde perpassa a ausência de doença, está associada também ao acesso aos serviços de saúde, principalmente, os serviços perinatais já que está relacionado a vida de um binômio. Assim, as comunidades estudadas utilizam quase que exclusivamente o SUS, situação comum a outras comunidades quilombolas já estudadas^{1, 26, 28}.

Em relação ao itinerário no trabalho de parto, como as comunidades estudadas estão situadas na ilha, ficou evidenciado transtornos que podem ter interferido no processo de parturição. O transporte é realizado por embarcações dos moradores da comunidade que muitas vezes acarretam um custo adicional para essas mulheres. O uso de embarcações é comum em outras comunidades quilombolas^{33,34}. Nesse sentido, é importante salientar que o município de Salvador dispõe de ambulanchas do Serviço do Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) para a prestação de cuidados emergenciais, entretanto, este serviço não foi utilizado pelas mulheres desse estudo. O SAMU é um componente da rede de atenção à urgência e conta com recursos³⁵, dentre estes a ambulancha, uma embarcação que teoricamente deveria ser equipada para dar suporte a pessoas em locais de difícil acesso por via terrestre, bem como para o transporte para o continente, promovendo o transporte para a instituição de saúde mais adequada à necessidade do indivíduo. Entretanto, na prática, este serviço não atende a contento às necessidades da população³⁶.

Além do percurso realizado pelo mar, ao chegar ao continente essas mulheres precisam de transporte até as unidades hospitalares, enfrentam uma jornada estressante na maioria das vezes, por não terem acesso imediato às maternidades onde realizarão os partos. O itinerário de mulheres na gestação foi discutido em diversos estudos, denotando situações de vulnerabilidade, afetam o itinerário de cuidados, incluindo a dificuldade de acesso a serviços especializados³⁷, elas precisam peregrinar pelas oportunidades de vagas nas unidades hospitalares do município.

A dificuldade de acesso perpassa a baixa acessibilidade pelo sistema fragmentado, focalizado com a descentralização e regionalização da rede de assistência, dificuldade no acolhimento, além da excludente capacidade financeira⁴. Enfim, utilização dos serviços de saúde é desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais elevada em detrimento às comunidades de menor poder aquisitivo³⁸.

Apesar dos problemas acima referidos, a assistência à saúde da mulher, no que se refere ao parto, conta atualmente com equipes multiprofissionais, o que possibilita melhor atendimento de suas necessidades³⁹.

No presente estudo, foi referida a presença predominante de médicos obstetras e enfermeiras no parto. O médico pediatra, que geralmente está presente em sala de parto, pouco foi referido. Em estudos^{40,39} sobre a humanização e assistência ao parto, foi demonstrada a satisfação de mulheres quanto ao atendimento recebido na chegada à maternidade. As mesmas foram orientadas pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem no decorrer da assistência e receberam algum tipo de apoio psicológico.

O panorama evidenciado nos estudos supracitados não é vivenciado pela maioria das mulheres, visto que estas referem a existência de práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas, colocando-as em condição de vulnerabilidade por conta da inexistência de humanização do atendimento^{41,42}.

Neste estudo, a assistência pré-natal apresentada caracteriza o acesso na atenção básica aquém das necessidades da população nesse período, já que, não é condizente com as diretrizes da estratégia da Rede Cegonha. No que se refere ao itinerário percorrido para receber atendimento no momento do parto, houve descontinuidade da assistência, visto que não foi identificado uma rede integrada que promovesse a vinculação da gestante à unidade de referência e nem suporte para realização de um transporte seguro conforme preconizado⁴³.

Por fim, a literatura sobre acesso e acessibilidade aos serviços de saúde pela população quilombola no Brasil é escassa, principalmente, no que refere aos serviços de maior complexidade, suas condições de saúde também são pouco exploradas. Não obstante, os estudos disponíveis revelam que esse grupo vive em situação de vulnerabilidade, decorrente

ainda do processo histórico de escravização, que reflete em desigualdades sociais e de saúde, menor acesso a bens e serviços^{44, 38, 28, 45}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades quilombolas até pouco tempo eram desconhecidas no cenário das pesquisas, principalmente, no âmbito materno e infantil. Assim, esta pesquisa buscou atenuar a lacuna presente na literatura.

Foi observado que as condições sociodemográficas estão aquém das necessidades da população, promovendo, dessa forma, iniquidades sociais e de saúde que comprometem a condição de vida dessa comunidade.

A atenção à saúde das mulheres na gestação e parto foi comprometida pela deficiência na referência de atendimento à saúde, visto que o acesso aos serviços perinatais de média e alta complexidade, só disponibilizados no continente, foi dificultado pelas questões geográficas, pela baixa renda da população, pela ausência de um sistema integrado que possibilite maior resolubilidade para as necessidades das gestantes e seus conceptos.

Observa-se ainda um itinerário no trabalho de parto desgastante, já que, essas mulheres moram na Ilha e seus partos acontecem nas maternidades situadas no continente.

Um grande desafio em prol dos avanços no que diz respeito às melhores condições de acesso a saúde é fazer com que estratégias preconizadas pelas políticas públicas alcancem as populações com iniquidades sociais, como é o caso das comunidades quilombolas de Ilha de Maré.

Em paralelo, a avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento merece maior aprofundamento, principalmente, no que concerne ao acolhimento e assistência humanizada uma vez que este é o local predominante dos partos das mulheres quilombolas.

Outro aspecto que merece atenção foi a ausência de prática do cuidado domiciliar no trabalho de parto que poderia minimizar os transtornos causado pelo itinerário vivenciado por essas mulheres.

Assim, a situação identificada precisa de intervenção a partir de estratégias que promovam melhores condições de pré-natal, no trabalho de parto, enfatizando o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais.

Diante do exposto, a divulgação mais intensa sobre as condições de vida das comunidades quilombolas é de suma importância, pois poderá subsidiar as políticas públicas, além de contribuir para o reconhecimento das necessidades dessa população.

Portanto, deve ser dada atenção especial à saúde da população negra, principalmente, em comunidades quilombolas com incentivo ao empoderamento dessas mulheres sobre o processo de parturição, o nascimento. Esses aspectos podem auxiliar na promoção de um parto seguro com condições favoráveis de nascimento. É possível a construção de uma rede temática e estratégica de atenção à gestante e puérpera com o objetivo de discutir como e quando intervir frente as peculiaridades de comunidade quilombola, promovendo um espaço de discussão e proposição de ações.

Como limitações do estudo foi identificado a ausência de alguns dados que deveriam estar registrados no cartão pré-natal e caderneta da criança, o difícil acesso às comunidades quilombolas, principalmente, por ser uma ilha de extensa territorialidade, demandando tempo maior para aplicação dos questionários, além do custo elevado pela utilização do transporte marítimo.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, ACCLA; ASSIS, MMA; SANTOS, AM; JORGE, MSB; SERVO, MLS. PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ORIENTADORAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE? *Texto Contexto Enferm.* [periódico na internet] 2014 [acessado em 15 set 2015]. Out-Dez; 23(4):1077-86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf.

2. MARQUES, AS; FREITAS, DA; LEÃO, CDA; OLIVEIRA, SKM; PEREIRA, MM; CALDEIRA, AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva.* [periódico na internet] 2014. [acessado em 10 de ago]19(2):365-371. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>

3. SOARES, LRS; TÁRREGA, MCVB. Inclusão Digital de Comunidades Isoladas e a Efetivação dos Direitos Sociais previstos na Constituição Federal: a comunidade quilombola kalunga e o direito à educação. IN: I congresso brasileiro de processo coletivo e cidadania universidade de ribeirão preto. [Acessado em 12 set. 2015], n. 1, p. 97-102, out. 2013. Disponível em: [.http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/cbpcc/article/view/271/277](http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/cbpcc/article/view/271/277)

4. ASSIS, MMA; JESUS, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva.* [periódico na internet] 2012. [acessado em 10 jan 2015] 17(11):2865-2875. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>

5. SANCHEZ, RM; CICONELLI, RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* [periódico na internet] 2012. [acessado em 05 ago 2014]. 31(3):260–8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>.

6. CASTRO, SS; LEFÈVRE, F; LEFÈVERE, AMC; CESAR, CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Publica* 2011;45(1):99-105. Acesso em 03 de nov. 2015 Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32934/35511>

7. AMORIM,ACCLA; ASSIS, MMA; SANTOS, AM; JORGE, MSB; SERVO, MLS. PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ORIENTADORAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE? *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 1077-86. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01077.pdf>. Acesso em 15 de set de 2015

8. REIS, RS; COIMBRA, LC; SILVA, AAM; SANTOS, AM; ALVES, MTSSB; LAMY, ZC; RIBEIRO, SVO; DIAS, MSA; SILVA, RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet] 2013. [acessado em 27 set 2015]. 18(11):3321-3331. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde)*. [acessado em 09 out 2015] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
10. Fundação Cultural Palmares (FCP). *CERTIDÕES EXPEDIDAS ÀS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQs)*. 2015. [Acessado em 13 de jun. 2015.] Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>.
11. MATOS, DS; RODRIGUES, MS; RODRIGUES, TS. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. *Rev. Enfermagem Revista*. [periódico na internet] Jan./Abr. 2013 [Acessado em 03 nov 2015]. v. 16. n.1. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5282/5237>
12. PIO, DAM; DE OLIVEIRA, MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saúde e Sociedade*. [periódico na internet] 2014. [acessado em 15 out 2015]. v. 23, n. 1, p. 313-324. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/84869/87596>.
13. PENA, GLP; FREITAS, MCS; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet] 2011. [acessado em 05 out 2015]. 16(8):3383-3392. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n8/a05v16n8.pdf>.
14. BEZERRA, VM; ANDRADE, ACS; CÉSAR, CC; CAIAFFA, WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados.

Cad. Saúde Pública. [periódico na internet] set. 2013. [acessado em 25 set. 2015] Rio de Janeiro, 29(9):1889-1902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a27v29n9.pdf>.

15. AMARAL, EFL. ; ALMEIDA, ME; GONÇALVES, GQ. CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE FECUNDIDADE NO BRASIL, 1970–2010. *REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE* [periódico na internet]. jan/mar. 2015. Londrina. [Acessado em 03 nov. 2015.] v. 16, n. 1, p. 05-26 | Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20641>

16. SOARES, DA; BARRETO, SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [periódico na internet] fev. 2014. [Acessado em] 30(2):341-354. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0341.pdf>

17. SANTOS, LM. Ecologia de saberes: a experiência do diálogo entre conhecimento científico e conhecimento tradicional na comunidade quilombola da Rocinha. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. [periódico na internet] 2014 [acessado em mar. 2015] 8.2. 243p. Disponível em <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1522>

18. RANGEL, R; MIRANDA, ACM; LARA, LM. POLÍTICA PÚBLICA DE ESPORTE E LAZER NO FEIXO: EXPERIÊNCIAS DE PESQUISA EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO PARANÁ. *Licere*. [periódico na internet] mar. 2014 [acessado em 10 jun 2015]Belo Horizonte, v.17, n.1. Disponível em: <https://seer.lcc.ufmg.br/index.php/licere/article/viewFile/353/249>

19. PAES, Neir Antunes; SANTOS, Carlos Sérgio Araújo dos. As estatísticas de nascimento e os fatores maternos e da criança nas microrregiões do Nordeste brasileiro: uma investigação usando análise fatorial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):311-322, fev, 2010. Acesso em 15 dez de 2014 Disponível Em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/10.pdf>

20. MAIA, LTS; SOUZA, WV; MENDES, ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na internet] nov. 2012. [acessado em 02

ago. 2014]. Rio de Janeiro, 28(11):2163-2176. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n11/16.pdf>.

21. CAMPOS, AP. PARA ALÉM DA ENXADA: AS PRÁTICAS DE LETRAMENTO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO TAQUARAL EM TRÊS CORAÇÕES - MG. *REVISTA MEMENTO. Revista do mestrado em Letras Linguagem, Discurso e Cultura – UNINCOR*. [periódico na internet] jul.-dez. 2013. [Acessado em 20 out 2015] v.4, n.2. Disponível em: <http://www.revistas.unincor.br/index.php/memento/article/view/1321>

22. GRYSCHKEK, ALFPL et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari? São Paulo. *Saúde e Sociedade*. [periódico na internet] 2014. [acessado em] v.

23, n. 2, p. 689-700. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/84900/87636>

23. DUARTE, LS et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*. [periódico na internet] 2015. [acessado em 14 out. 2015] 24.2: 472-485.

Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104821/0>.

24. VITAL, MGR et al. Análise da sala de situação numa USF: um olhar sobre a saúde da mulher. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. [periódico na internet] 2012 [acessado em 05 set. 2015] 2.3: 99- 104. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2927/2192>

25. GOMES, KO; REIS, EA; GUIMARÃES, MDC; CHERCHIGLIA, ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na internet] set. 2013 [acessado em 10 set. 2015] Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>.

26. FERREIRA, HS; TORRES, ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, 15 (2): 219-229 abr. / jun., 2015

27. SEGATTO, MJ; LIMA, SBS; KESSLER, M; EBERHARDT, TD; SOARES, RSA; SILVEIRA, LBTD. Evaluation prenatal care in a Brazil's South city. *Rev Enferm UFPI*. 2015 Apr-Jun;4(2):4-10.
28. OLIVEIRA, SKM; PEREIRA, MM; FREITAS, DA; CALDEIRA, AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.* [periódico na internet] 2014. [acessado em 05 out. 2015]. Rio de Janeiro, 22 (3): 307-133. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>
29. BRASIL, DATASUS. *Informações de Saúde*. Nascidos Vivos, 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>
30. OLIVEIRA, GS; LIMA, MCBM; LYRA, CO; OLIVEIRA, AGRC; FERREIRA, MAF. Desigualdade espacial da mortalidade neonatal no Brasil: 2006 a 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet] 2013. [Acessado em 22 de set 2015]. 18(8):2431-2441. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/28.pdf>
31. DOMINGUES, RMSM; HARTZ, ZMA; DIAS, MAB; LEAL, MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, [periódico na internet] mar, 2012. [Acessado em 12 ago 2015] 28(3):425-437. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/03.pdf>
32. ESPOSTI, CDD; OLIVEIRA, AE; SANTOS NETO, ET; TRAVASSOS, C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde Soc.* [periódico na internet] 2015 [acessado em 20 set. 2015]. São Paulo, v.24, n.3, p.765-779. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104874/103665>
33. OLIVEIRAS, P. MÃE E FILHAS: IDENTIDADES QUILOMBOLAS CONFRONTADAS PELAS DEMANDAS SOCIAIS NA ILHA DE MARAMBAIA. *TRAMAS PARA REENCANTAR O MUNDO*. [periódico na internet]2015 [acessado em 20 set. 2015] n.01. Disponível em: <https://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/tramas/article/view/185/146>

34. YABETA, D; GOMES, F. MEMÓRIA, CIDADANIA E DIREITOS DE COMUNIDADES REMANESCENTES (EM TORNO DE UM DOCUMENTO DA HISTÓRIA DOS QUILOMBOLAS DA MARAMBAIA). *Afro-Ásia*. [periódico na internet] 2013. [acessado em 20 set. 2015]. n. 47, 79-117. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/afro/n47/a03n47.pdf>
35. MACHADO, CV; SALVADOR, FGF; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública*. [periódico na internet] 2011 [acessado em 21 set. 2015]. 45(3):519-28. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n3/2335>
36. SIQUEIRA, SMC. *Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola*. [Dissertação]. Salvador (BA):Universidade Federal da Bahia. [Acessado em as jun. 2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17110>
37. XAVIER, RB; BONAN, C; SILVA, KS; NAKANO, AR. Múltiplas situações de vulnerabilidade afetam o itinerário de cuidados, incluindo dificuldades de acesso a serviços especializados e a relação com os profissionais de saúde. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*. [Periódico na internet] 2015. [acessado em 15 set. 2015]Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140112.pdf>
38. ANDRADE, MV; NORONHA, KVMS; MENEZES, RM; SOUZA, MN; REIS, CB; MARTINS, DRM; GOMES, L. DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS REGIÕES BRASILEIRAS EM 1998 E 2008. *Economia Aplicada*. [periódico na internet] 2013. [acessado em 05 out. 2015]. v. 17, n. 4, 623-645. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v17n4/05.pdf>.
39. REBELLO, M. T. M. P.; NETO RODRIGUES, J. F. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [periódico na internet]. 2012. [acessado em 10 set. 2015] 36: 188-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>
40. SILVA, DC; RODRIGUES, ARGM; PIMENTA, CJL. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. *Revista brasileira de educação e saúde* (Pombal – PB, Brasil), v. 5, n. 2, p. 50-56, abr.-jun., 2015

41. DE AGUIAR, JM; D'OLIVEIRA, AFPL; SCHRAIBER, LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde Institutional. Violence medical authority and power relations in maternity hospitals from the. *Cad. Saúde Pública*. [periódico na internet] 2013 [acessado em 05 out 2015] 29,11: 2287-2296. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010ahead/aop4010>
42. DE OLIVEIRA, MT et al. VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE-PET-SAÚDE. *Gestão e Saúde*. [periódico na internet] 2015 [acessado em 03 jun 2015] 2235 p. Disponível em: http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1326/pdf_1.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. V.2, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf . Acesso em 15 mar. 2015
44. MELO, MFT; SILVA, HP. DOENÇAS CRÔNICAS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL. *Revista da ABPN*. V. 7, N. 16, 2015. Acessado em 19 de set de 2015 Disponível em: <https://abpn1.websiteseguro.com/Revista/index.php/edicoes/article/view/531/438>
45. SOUZA, CL; BARROSO, SM; GUIMARÃES, MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet] 2014 [acessado em 05 jan 2015]19.6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01653.pdf>.

5 CONCLUSÃO

Com a finalização deste estudo, nos remetendo ao desígnio inicial, é possível concluir que os objetivos almejados foram alcançados. O caminho percorrido para coleta de dados em uma comunidade exposta as iniquidades sociais e de saúde permitiu entrar em contato com um cenário que evidenciada as dificuldades vivenciadas não só por mulheres no ciclo gravídico, mas por toda a população, inferindo que a saúde, em seu conceito ampliado, inserindo melhores condições de vida, acesso a bens e serviços, ainda é uma utopia para os moradores das comunidades quilombolas de Ilha de Maré.

A descrição das condições sociodemográficas das famílias, dos dados obstétricos e das características das crianças quilombolas trouxeram informações que poderão subsidiar ações, políticas locais e municipais para esse grupo étnico, contribuindo para o direcionamento de ações na assistência perinatal, e também na condução de ações preventivas relacionadas às gestações de risco, favorecendo para redução da mortalidade neonatal nestas comunidades.

Estudos anteriores apontaram que fatores de risco para a mortalidade como o baixo peso ao nascer, escore de Apgar inadequado, a prematuridade, condições maternas e sociais podem contribuir para o desfecho do óbito neonatal. Nesse sentido, é importante a continuidade das avaliações para que fatores de risco locais sejam identificados e controlados.

Pretende-se também com este estudo inquietar outros estudiosos, profissionais de saúde, acadêmicos de enfermagem e de áreas afins a enveredar por esse eixo temático, na tentativa de construção de conhecimentos teórico-práticos capazes de nortear o cuidado à saúde da população negra em geral e população quilombola, a fim de se prevenir riscos, agravos e danos à saúde dos recém-nascidos, como também, subsidiar a atuação dos profissionais de saúde que lidam diretamente no cuidado às famílias. Assim, colaborando para que os profissionais tenham um olhar abrangente e diferenciado para essas comunidades, muitas vezes discriminadas e excluídas.

Conhecendo as condições de nascimento das crianças quilombolas será possível intervir de maneira eficaz, minimizando o custo com implementações verticalizadas que não impactam de forma efetiva os problemas da população, fortalecendo o empoderamento dessas mulheres sobre o processo de parturição, o nascimento.

As limitações identificadas foram: a ausência de alguns dados que deveriam estar registrados no cartão pré-natal e caderneta da criança e DN's, o difícil acesso as comunidades quilombolas, principalmente, por ser uma ilha de extensa territorialidade, demandando tempo

maior para aplicação dos questionários, além do custo elevado pela utilização do transporte marítimo.

Os resultados demonstram que as condições de vida, são precárias, uma vez que os moradores não têm acesso a serviços satisfatórios, e as projeções para um futuro próximo também são alarmantes, pois, as condições ambientais e sanitárias são deficientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. W. B. Os quilombos e as novas etnia. “ É necessário que nos libertemos da definição arqueológica”. São Luis(MA), 1998.

ALMEIDA, MFB; GUINSBURG R. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaNeonatal-2011-24jan11.pdf>>. Acesso em 14 de dez de 2015.

AMARAL, EFL; ALMEIDA, ME; GONÇALVES, GQ. CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE FECUNDIDADE NO BRASIL, 1970–2010. *Espaço para a Saúde*. 16.2: 5-26. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20641>>. Acesso em 20 out. 2015

AMORIM, MM; TOMAZI, L; SILVA, RAA; GESTINARI, RS; FIGUEIREDO, TB. AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES HABITACIONAIS E DE SAÚDE DA COMUNIDADE QUILOMBOLA BOQUEIRÃO, BAHIA, BRASIL *Biosci. J.*, Uberlândia, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, July/Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/17308/12929>>. Acesso em 25 set. 2015

ANDRADE, EC; LEITE, ICG; VIEIRA, MT; ABRAMO, C; CERRATO, SH; SILVA, PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(3):337-344, jul-set 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a08.pdf>>. Acesso em 10 jul 2015

ANGRISANI, RM; AZEVEDO, MF; CARVALLO, RMM; DINIZ, EMA; MATAS, CG. Estudo eletrofisiológico da audição em recém-nascidos a termo pequenos para a idade gestacional. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(2):162-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v24n2/pt_13.pdf>. Acesso em 23 de mai de 2015

ANJOS, RS. A África Brasileira: população e territorialidade. *Acervo*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-164, jul/dez 2009, p. 147-164. Disponível em: <<http://revistaacervo.an.gov.br/seer/index.php/info/article/view/116/95>>. Acesso em 10 de jan de 2014.

ARAGÃO, AKR; SOUSA, A; SILVA, K; VIEIRA, S; COLARES, V. Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 14 (1): 65-72 jan. / mar., 2014 Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1425/664>>. Acesso em: 10 de set de 2015

ARRUTI, JM. Quilombos. *Revista Jangwa Pana*, 8(1):102-121, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/jangwapana/article/view/48/44>> Acesso em: 20 de mai de 2015

ARRUÉ, AM et al. Caracterização da Morbimortalidade de Recém Nascidos Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Enfermagem UFSM*. 3(1):86-92, Jan/Abril 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5947>>. Acesso em 16 abr 2014.

ASSIS, MMA; VILLA, TCS; NASCIMENTO, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em 08 set 2014.

BERQUÓ, E. Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 7(1): 87-94. 2014. Disponível em: <http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/download/549/pdf_524>. Acesso em 23 ago 2015

BELO, MNM; AZEVEDO, PTACC; BELO, MPM; SERVA, VMSBD; BATISTA FILHO, M; FIGUEIROA, JN; COSTA, MF. Caminha Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 14(1): 65-72 jan./mar., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n1/1519-3829-rbsmi-14-01-0065.pdf>>. Acesso em 12 de mai de 2015

BEZERRA, VM; ANDRADE, ACS; CÉSAR, CC; CAIAFFA, WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1889-1902, set, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a27v29n9.pdf>>. Acesso em: 10 de mai de 2015

BOCCOLINI, CS; CARVALHO, ML; OLIVEIRA, MIC; VASCONCELLOS, AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*;45(1):69-78, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n1/1717>>. Acesso em: 10 de set de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da criança: ações básicas*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro, PORTARIA MS/GM N° 1016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993. *Normas Básicas para a implantação do sistema Alojamento Conjunto*. Programa Nacional do incentivo ao aleitamento materno, grupo de defesa da saúde da criança. Apoio OMS/OPAS-UNICEF. Brasília, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf>. Acesso 02 de fev. 2014.

_____. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil /IBGE*. Departamento da População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf>. Acesso em 10 de out. de 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Humanização do Parto*. Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso 02 de jan 2014

_____. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção a Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso 30 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2. ed. 2. reimpressão. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. v.2, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_aude_v2.pdf>. Acesso em 15 mar. 2015

_____. Ministério da Saúde MS/SVS/DASIS - *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*, Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde MS/SVS/DASIS - *Sistema de Informações sobre Mortalidade – Brasília*, 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>>. Acesso em 10 jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 4 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em 08 jun. 2014

_____. DATASUS. *Informações de Saúde*. Nascidos Vivos, 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em; 12 de jun de 2015

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. **SAÚDE BRASIL 2009**: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: ministério da saúde, 2010

_____. Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007. **POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS POVOS E COMUNIDADES**

TRADICIONAIS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 12 de mar de 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10 de fev de 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em 09 out. 2015.

_____. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 21 set 2015

CABRAL-MIRANDA, G; DATTOLI, VCC; DIAS-LIMA, A. ENTEROPARASITOS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SANITÁRIAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO SEMIÁRIDO BA., 39(1): 48-55. jan.-mar., 2010. Disponível em:<<http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/9498/6574>>. Acesso em 10 de set de 2015

CALDEIRÃO, TD. Condições de nascimento de recém-nascidos a termo em município de médio porte do interior paulista. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, 2014

CERVI, EU. Métodos quantitativos nas ciências sociais: uma abordagem alternativa ao fetichismo dos números e ao debate com qualitativistas. IN: *Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas*. Editora Toda Palavra: Ponta Grossa (PR), 2009.

CERVO, AL; BERVIAN, PA. DA SILVA, R. Técnicas de coleta de dados. In: *Metodologia Científica*. 6. Ed, São Paulo: Persian Prentice Hall, 2007.

CORREIA, SKB; SAUR, AM; LOUREIRO, SR. Comportamento de Escolares Estratificados pelo Peso ao Nascer e Idade Gestacional Universidade de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Abr-Jun 2014, v.30, n.2, p.179-188. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n2/07.pdf>>. Acesso em: 10 de mai de 2015

CRIZÓSTOMO, CD; NERY, IS; LUZ, MHBA. vivência de mulheres no parto

domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*. 11 (1):98 – 104, mar; 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2014

CRUZ, DCS; SUMAM, NS; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 41(4):690-7, 2007. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em jan. 2014

CUNHA, EMGP. Mortalidade infantil por raça/cor. *I Seminário Saúde da População Negra*. 2004. Disponível em: <<http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/103-116Mayra.pdf>>. Acesso em 10 janeiro 2014.

DAMAZIO, SM; LIMA, MS; SOARES, AR; SOUZA, MAA. Parasitos intestinais em comunidade quilombola do Norte do Espírito Santo, Brasil. *Rev. Inst. Med. Trop.*, São Paulo, v.55, n.3, may/jun, 2013. Disponível em:<
http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0036-46652013000300007&pid=S0036-46652013000300179&pdf_path=rimtsp/v55n3/0036-4665-rimtsp-55-03-179.pdf&lang=en>. Acesso em 28 de ago de 2015

DIAS, MAB; DOMINGUES, RMSM; SCHLITZ, AOC; NAKAMURA- PEREIRA, M; DINIZ, CSG; BRUM, IR; MARTINS, AL. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S169-S181, 2014. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>>. Acesso em 10 de set de 2015

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, mar, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso 15 nov. 2014.

FERREIRA, FMC; LOURENÇO, FJC; BALIZA, DP. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais na comunidade quilombola Carreiros, *Mercês – Minas Gerais*, 2014. Disponível em: <http://gvaa.org.br/revista/index.php/RVADS/article/view/2612/pdf_1017>. Acesso em

FERREIRA, HS; TORRES, ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 15 (2): 219-229 abr. / jun., 2015. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0219.pdf>> . Acesso em 12 de out de 2015.

FERREIRA, RC. Etnicidades e Políticas da Identidade: notas sobre o caso dos remanescentes de quilombos no Brasil. *Cuestiones de Población y Sociedad*. v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.cepyd.org.ar/revista/index.php/CPS/article/view/31/28>>. Acesso em: 12 de set de 2015 10 de jul de 2015

FREITAS, DA; CABALLERO, AD; MARQUES, AS; HERNÁNDEZ, CIV; ANTUNES, SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*. 2011 Set-Out; 13(5):937-943. Disponível em: <Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura>. Acesso em: 12 de out de 2015

FREITAS, GL et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(2):424-8. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em 12 out. 2014.

FUNDAÇÃO Cultural Palmares (FCP). *Certidões Expedidas Às Comunidades Remanescentes De Quilombos (CRQs)* . 2015. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>>. Acesso em 13 jun. 2015.

GAIVA, MA M.; DIAS, NS; SIQUEIRA, VCA. Atenção ao Neonato na Estratégia Saúde da Família: Avanços e Desafios para a Atenção Integral. *Cogitare Enfermagem*. 17(4):730-7, Out/Dez, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/30382/19658>>. Acesso em 28 jan. 2014.

GIL, AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5.ed. São Paulo: Atlas,1999.

GOES, EF; NASCIMENTO, ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2014

GOMES, KO; REIS, EA; GUIMARÃES, MDC; CHERCHIGLIA, ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>>. Acesso em: 20 de jun de 2015

GURGEL, RQ; NERY, AMD; ALMEIDA, MLD; OLIVEIRA, ERR; LIMA, DDF; BETTIOL, H; BARBIERI, MA. Characteristics of pregnancies, deliveries and newborns in the Metropolitan Region of Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 9(2), 167-177. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000200006&script=sci_arttext>. Acesso em 21 ago. 2015.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. - 4. ed. - Brasília: Ipea, 2011a. 39 p.: il. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2014

NOVO, JLVG; PIRES, LGG; DIAS, NP; OSHIRO, CGS; NOVO, NF; ROZAS, A. Parâmetros Antropométricos e Aspectos Neonatais De Recém-Nascidos De Parturientes De Baixo Peso. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 14, n. 1, p. 8-18, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/5173/pdf>>. Acesso em: 20 de ago de 2015

GOMES, KRO; SANTOS, ES; SANTOS, GP; MASCARENHAS, MDM. Qualidade do dado referente à idade gestacional no sistema de informação sobre nascidos vivos (sinasc) em Teresina-PI. *Revista baiana de saúde pública*. v.30, n.2, 238-247 jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1363/972>>. Acesso em: 10 de set de 2015

KILSZTAJN, S et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1886-1892, ago, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/15.pdf>>. Acesso 15 jun. 2014

LAING, I. **Assistência Geral**. In: AVERY, GB; FLETCHER, MA; MACDOBALD, M G. Neonatologia- fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. Márcio Moacyr de Vasconcelos, Patricia lydie Voeux (tradução). 6. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

LANSKY, S; FRICHE, AAL; SILVA, AAM; CAMPOS, DC; BITTENCOURT, SDA; CARVALHO, ML; FRIAS, PGF; CAVALCANTE, RS; CUNHA, AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30, 92-207, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 10 de set de 2015

LEITE, ACNMT; PAES, NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.705-714. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>>. Acesso em 18 de dez de 2015.

LEITE, IB. Projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 3, Dez. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v16n3/15.pdf>>. Acesso em 16 Jan. 2014.

LEONETI, AB; PRADO, EL; OLIVEIRA, SVWB. Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. *rap — Rio de Janeiro* 45(2):331-48, mar./abr. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n2/03.pdf>>. Acesso em 12 ago 2015.

LOURENÇO, LFL; DANCKUK, RFT; PAINAZZER, D; PAULA JUNIOR,NF; MAIA, ARCR; SANTOS, EKA. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. *História da Enfermagem*. 2012, n. 1, v. 3, 17-35. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 12 de ago de 2015

MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4503-4512, 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>>. Acesso em: 10 de set de 2015

MAIA, LTS; SOUZA, WV; MENDES, ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(11):2163-2176, nov, 2012. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n11/16.pdf>>. Acesso em: 12 de set de 2015

MARQUES, AS; FREITAS, DA; LEÃO, CDA; OLIVEIRA, SKM; PEREIRA, MM; CALDEIRA, AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):365-371, 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>>. Acesso em: 12 de ago de 2015

MARTINS, LA. *Cuidado ao recém-nascido em comunidade quilombola e a influência intergeracional*. 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

MIYOSHI, MH; KOPELMAN, BI. Distúrbios respiratórios no período neonatal. In: FREIRE, LMS. *Diagnóstico Diferencial em Pediatria*. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.

MONTE, AS; RODRIGUES, DP. Percepção de Profissionais de Saúde e Mulheres Sobre a Assistência Humanizada no Ciclo Gravídico-Puerperal. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador, v. 27, n. 3, p. 265-276, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6577/8386>>. Acesso em: 10 de set de 2015

MORAIS, AC. *O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger*. 2013. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013.

MOREIRA, MEL; GOLDANI, MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, v.15, n.2, 321-327. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a02.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2015.

MOUTA, RJO et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, Integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Revista enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro. 16(4):472-6, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>>. Acesso 30 de jun. 2014.

NARVEY, M; FLETCHER, MA. Avaliação e classificação físicas. In: AVERY, GB; FLETCHER, MA; MACDOBALD, MG. *Neonatologia-fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. Márcio Moacyr de Vasconcelos, Patricia lydie Voeux (Tradução). 6. ed. Rio de Janeiro, 2010.

NERY, TCS. Saneamento: ação de inclusão social. *Estud. av.* v.18, n.50, São Paulo. Jan/Abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a28v1850.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2014

NASCIMENTO, RM; LEITE, AJM; ALMEIDA, NMGS; ALMEIDA, PC; SILVA, CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):559-572, mar, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n3/16.pdf>>. Acesso em: 10 de fev de 2015

NICHIATA, LYI; BERTOLOZZI, MR; TAKAHASHI, RF; FRACOLLI, LA. A Utilização do Conceito “VULNERABILIDADE” pela Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16(5), ste.-out., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20>. Acesso em 21 ago. 2015.

NORONHA, GA et al. Evolução da assistência materno-infantil e do peso ao nascer no Estado de Pernambuco em 1997 e 2006. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v.17, n.10, Out. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/23.pdf>>. Acesso em 06 dez. 2013.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, v.66, n.spe, 158-164. ISSN 0034-7167. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2015

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde - OMS. Carta da Organização Mundial de Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 de fev de 2015

OSAVA, RH; SILVA, FMB; TUESTA, EF; OLIVEIRA, SMJV; AMARAL, MCE. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1046. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2412.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2015.

PAES, NA; SANTOS, CSA. As estatísticas de nascimento e os fatores maternos e da criança nas microrregiões do Nordeste brasileiro: uma investigação usando análise fatorial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):311-322, fev, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n2/10.pdf>>. Acesso em 23 maio 2014

PALMA, A; MATTOS, UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, ciência, saúde*, v. VIII(3). out.-dez, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n3/7645.pdf>>. Acesso em jun. 2015

PASCOAL, RMR. Determinantes, estado e percepção da saúde da população na área de influência do centro hospitalar do Médio Tejo. 2013102f. (Dissertação). INSTITUTO POLITÉCNICO DE TOMAR ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO. Disponível em: < <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6547/1/DETERMINANTES%2c%20ESTADO%20E%20PERCE%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE%20DA%20POPULA%C3%87%C3%83O%20NA%20C3%81R.pdf>>. Acesso em: 15 de mar de 2015

POLIT, DF; BECK, CT. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem*. Denise Regina de Sales (Tradução); revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREDEBON, KM; MATHIAS, TAF; AIDAR, TA; RODRIGUES, AL. Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n.8, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/12.pdf>>. Acesso em 10 jan 2015

RAMALHO, A; MAGNA, LA; SILVA, RBP. A Portaria MS n.º 822/01 e a triagem neonatal das hemoglobinopatias. *Revista Brasileira Hematologia, Hemoterapia*. v.24, n.4, São José do

Rio Preto, Out./Dez 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842002000400002&script=sci_arttext>. Acesso em 01 jan. 2014.

RANGEL, R; MIRANDA, ACM; LARA, LM. Política Pública de esporte e lazer no Feixo: experiências de pesquisa em uma Comunidade Quilombola no Paraná. *Licere*, Belo Horizonte, v.17, n.1, mar/2014. Disponível em: <<https://seer.lcc.ufmg.br/index.php/licere/article/viewFile/353/249>>. Acesso em: 15 de mar de 2015

REIS, RS; COIMBRA, LC; SILVA, AAM. SANTOS, AM; ALVES, MTSSB; LAMY, ZC; RIBEIRO, SVO; DIAS, MSA; SILVA, RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(11):3321-3331, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n11/22.pdf>>. Acesso em: 10 de mar de 2015

RODRIGUES, Vera. Programa Brasil Quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. v. 15, n. 57, 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/viewArticle/3258>>. Acesso em 05 de mar de 2015

SANCHES, AJ; GUILLAUMON, MR; DEUTSCH, AD'A. Reanimação neonatal. In.: KNOBEL, E; STAPE, A; TROSTER, EJ; DEUTSCH, AD'A. *Terapia Intensiva Pediatria e Neonatologia*. Editora Atheneu: São Paulo, 2005.

SÁNCHEZ, AIM; BERTOLOZZI, MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):319-324, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 15 de ago de 2015.

SANTOS NETO, ET; ALVES, KCG; ZORZAL, M; LIMA, RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Social, São Paulo*, v.17, n.2, p.107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>>. Acesso em 10 out 2014.

SANTOS, A. *Entre a colher e a enxada*: interfaces entre a alimentação e a cultura dos quilombolas de Piranga-MG. 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufv.br/handle/123456789/4119>>. Acesso em 10 set. 2014.

SANTOS, L; ANDRADE, LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (11):2876-2880, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a03.pdf>>. Acesso em: 20 de set de 2015
SCHIMITT, A; TURATTI, MCM; CARVALHO, MCP. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Ambiente & Sociedade* -v. 5, n.10, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/n10/16889.pdf>>. Acesso em: 05 de ago de 2015.

SCHREINER, M; COSTA, JSD; OLINTO, MTA; MENEGHEL, SN. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.15,

n.1:1411-1416. 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/051.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2015.

SIEDERSBERGER NETO, P; ZHANG, L; NICOLETTI, D; BARTH, FM. Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008 . *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 56 (2): 129-132, abr.-jun. 2012 . Disponível em:

<<http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original5.pdf>>. Acesso em: 10 de set de 2015.

SILVA, JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e sociedade*. v.16, n.2: 111-124. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/11.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2014.

SILVA, NCB; REGIS, ACD; ESQUIBEL, MA; SANTOS, Jaci ES; ALMEIDA, MZ. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II – Bahia, Brasil. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*. 11 (5): 435 – 453, 2012. ISSN 0717 7917. Disponível em:< www.redalyc.org/pdf/856/85624131006.pdf >. Acesso em: 10 de set de 2015.

SIQUEIRA, SMC. *Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola*. 2014. 236f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

SOARES, DA; BARRETO, SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):341-354, fev, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0341.pdf>>. Acesso em: 10 de set de 2015.

SOARES, LRS; TÁRREGA, MCVB. Inclusão Digital de Comunidades Isoladas e a Efetivação dos Direitos Sociais previstos na Constituição Federal: a comunidade quilombola kalunga e o direito à educação. *i congresso brasileiro de processo coletivo e cidadania universidade de ribeirão preto*, 2013. Disponível em:

<<http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/cbpc/article/view/271/277>>. Acesso em: 10 de set de 2015.

SOUSA, PKR; MIRANDA, KCL; FRANCO, ACF. Vulnerability: concept analysis in the clinical practice of nurses from outpatient HIV/AIDS. *Revista brasileira de enfermagem*, 64, 2:381-384, 2011. Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672011000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[71672011000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672011000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 10 maio 2015.

SOUZA, AL. *Historia, educação e cotidiano de um quilombo chamado Mumbuca/MG*. 2006. 185f .Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000402438>>. Acesso em: 03 maio 2013.

TAVARES, AS; ANDRADE, M; SILVA, JLL. Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: breve histórico.

Promoção da saúde, v.5, n.2, p.30-32, 2009. Disponível em: <

<http://www.uff.br/promocaodasaude/Paism10.pdf>>. Acesso em: 19 de set de 2015.

TRAD, LAB; CASTELLANOS, MEP; GUIMARÃES, MCSG. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 46(6):1007-13, 2012.

UNICEF. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9540.htm>. Acesso em: 05 de out de 2015.

VIEIRA, ABD; MONTEIRO, PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>>. Acesso em: 20 de jan de 2015.

XAVIER, RB et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1161-1171, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/29.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2014.

WALDOW, VR. Atualização do cuidar. *Aquichán*, V.8, n.1, Bogotá, jan/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1657-59972008000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 10 maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, pesquisadoras, Lorena Fernanda Nascimento Santos e Climene Laura de Camargo, viemos por meio deste termo convidá-la a participar da pesquisa intitulada “Condições de nascimento de recém-nascidos de uma comunidade quilombola”. Os objetivos deste estudo são: Objetivo Geral: Conhecer as condições de nascimento de recém-nascidos das comunidades quilombolas de Ilha de Maré. Objetivo Específico: 1. Caracterizar as condições de nascimento das crianças das comunidades quilombolas em estudo, segundo as condições sociodemográficas das famílias; 2. Investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças no momento do nascimento; 3. Analisar como se dá o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais por mães quilombolas. A relevância dessa pesquisa constitui-se no fato de que o conhecimento das condições de nascimento poderão subsidiar estratégias e políticas locais e municipais, visando otimizar a assistência perinatal em comunidades quilombolas. Assim sendo, solicitamos a senhora que responda algumas perguntas relacionadas a esse tema. Se a direção do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir da entrevista sem que haja nenhum tipo de penalidade. Será possível ainda desistir de participar deste estudo em qualquer uma das fases, podendo entrar em contato com as pesquisadoras por e-mail ou telefone que serão disponibilizados no final deste documento. Asseguramos que sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo. Os riscos provenientes deste estudo estão relacionados a alguns constrangimentos que poderá sentir durante as entrevistas. Ademais, informamos que a participação neste estudo não lhe trará expensas nem nenhum tipo de incentivo pecuniário, apenas a certeza de colaboração para o meio científico.

Caso concorde em participar solicito que assine esse termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos e outra com a pesquisadora. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa a qualquer momento que deseje. Este projeto e Termo de consentimento Livre e Esclarecido serão apreciados pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, caso sinta alguma dúvida sobre o mesmo poderá entrar em contato com as seguintes pessoas por meio dos referidos contatos.

E-mail das pesquisadoras:

Lorena Nascimento: e-mail (lorenafnasc@yahoo.com.br)/ (71) 88502176

Climene Camargo: e-mail (climenecamargo@hotmail.com)

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** ter sido informado verbalmente e por escrito dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Salvador _____ de _____ de _____.

 Lorena Fernanda Nascimento Santos Climene Laura de Camargo
 (Pesquisadora Responsável) (Pesquisadora Participante)

 Assinatura da Entrevistada

Impressão
 datiloscópica



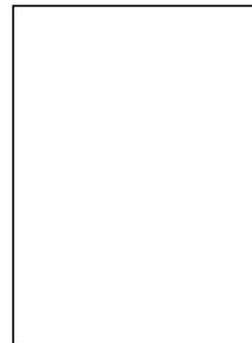
APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Sinto-me suficientemente esclarecida com as orientações fornecidas pela pesquisadora Lorena Fernanda nascimento Santos. Entendi que responderei o questionário sobre Condições de nascimento de recém-nascido da comunidade quilombola, além de utilizar dados do cartão do pré-natal e da caderneta de saúde da criança. Poderei me recusar a participar a qualquer momento da pesquisa. Não terei despesas com o projeto e minha identidade será preservada. Existe a possibilidade de riscos, mas, caso me sinta constrangida poderei interromper a aplicação do questionário sem ônus para mim. Ainda, poderei receber informações a qualquer tempo que achar necessário. Compreendi que os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em dissertações, congressos e em revistas científicas. Ficou claro para mim que este projeto passou por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Diante destas considerações registro o meu de acordo.

Participante



Impressão datiloscópica

E-mail e telefone das pesquisadoras:

Lorena Nascimento: e-mail (lorenafnasc@yahoo.com.br) / (71) 88502176

Climene Camargo: e-mail (climenecamargo@hotmail.com)

Salvador _____ de _____ de _____.

Lorena Fernanda Nascimento Santos
(Pesquisadora Responsável)

Climene Laura de Camargo
(Pesquisadora Participante)

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
lorenafnasc@yahoo.com.br Tel: (71) 3283 7631



QUESTIONÁRIO

Nº: _____

Data da entrevista: ___/___/___

**PESQUISA: CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE CRIANÇAS EM COMUNIDADE
 QUILOMBOLA**

Nome: _____ Apellido: _____

Nome da Criança: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____

A: CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA MÃE

A1. Data de Nascimento: _____

A1.1 IDADE _____

A2. Profissão/ Ocupação: _____

A3. Raça/cor:

1 parda 2 preta 3 branca 4 amarela 5 indígena 9 NS/NR

A4. Qual a sua escolaridade?

1 nunca frequentou escola 2 fundamental incompleto 3 fundamental completo 4 ensino médio incompleto 5 ensino médio completo 6 superior incompleto 7 superior completo 9 NS/NRA4.1. Anos de estudo da mãe? _____ 99 NS/NR

A5. Qual é o seu estado conjugal atual?

1 casada /união estável 2 solteira, com parceiro(a) fixo 3 solteira, sem parceiro(a) fixo 4 separada
5 divorciada 6 viúva 9 NS/NRA6. Qual a sua religião (praticada): 1 católica 2 protestante 3 espírita 4 candomblé5 nenhuma 6 outros 9 NS/NR

A6.1 Se outros, qual _____

A7. Idade do Pai: _____

A8. Profissão/ocupação do pai: _____

A9. Escolaridade do pai?

<p>1<input type="checkbox"/> nunca frequentou escola 2<input type="checkbox"/> fundamental incompleto 3<input type="checkbox"/> fundamental completo 4<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto 5<input type="checkbox"/> ensino médio completo 6<input type="checkbox"/> superior incompleto 7<input type="checkbox"/> superior completo 9<input type="checkbox"/> NS/NR</p> <p>A9.1. Anos de estudo do pai? _____ 99<input type="checkbox"/> NS/NR</p>
<p>A10. Qual a renda Familiar? _____</p> <p>A10.1 Qual o número total de pessoas que vivem em seu domicílio? _____</p>
<p>A11. Tipo de habitação: 1<input type="checkbox"/> própria 2<input type="checkbox"/> alugada 3<input type="checkbox"/> cedida 4<input type="checkbox"/> não sabe 5<input type="checkbox"/> outro</p> <p>A11.1 Se outros, qual?: _____</p>
<p>A12. Quantos cômodos têm no seu domicílio (excluir banheiros e varandas)? _____</p>
<p>A13. Quantos banheiros ? _____</p> <p>A13.1 _____ Internos</p> <p>A13.2 _____ Externo</p>
<p>A14. Quantas Varandas? _____</p>
<p>A15. A água utilizada no seu domicílio vem de onde?</p> <p>1<input type="checkbox"/> da EMBASA canalizada 2<input type="checkbox"/> de poço/nascente 3<input type="checkbox"/> de rio 4<input type="checkbox"/> não sabe 5<input type="checkbox"/> Outro</p> <p>A15.1 Se outros, qual? _____</p>
<p>A16. Qual o Destino do esgoto?</p> <p>1<input type="checkbox"/> esgoto sanitário 2<input type="checkbox"/> fossa séptica 3<input type="checkbox"/> céu aberto 4<input type="checkbox"/> não sabe 5<input type="checkbox"/> outro</p> <p>A16.1 Se outro, qual? _____</p>
<p>A17. A sua rua é pavimentada?</p> <p>1<input type="checkbox"/> sim 2<input type="checkbox"/> não 3<input type="checkbox"/> não sabe</p>
<p>A18. O seu domicílio tem energia elétrica?</p> <p>1<input type="checkbox"/> sim 2<input type="checkbox"/> não 3<input type="checkbox"/> não sabe</p>
<p>A 19. Qual o destino do lixo do seu domicílio?</p> <p>1<input type="checkbox"/> coletado pelo serviço público 2<input type="checkbox"/> queimado 3<input type="checkbox"/> enterrado 4<input type="checkbox"/> jogado em terreno baldio, rio, mar, etc 5<input type="checkbox"/> outro</p> <p>A19.1 Se outro, qual? _____</p>
<p>A20. A Família recebe algum benefício social atualmente (bolsa família, leite, cesta-básica, etc.)?</p> <p>1<input type="checkbox"/> Sim 2<input type="checkbox"/> Não 3<input type="checkbox"/> não sabe</p> <p>A20.1 Se sim, especifique qual: _____</p> <p>A20.2 Se sim, especifique qual: _____</p>
B: CONDIÇÃO DE SAÚDE DA MÃE
Dados Obstétricos:
<p>B1. Pré-Natal última gravidez: 1<input type="checkbox"/> Sim 2<input type="checkbox"/> Não</p>
<p>B2. DUM: _____ <input type="checkbox"/> 99 não sabe informar</p>
<p>B3: DPP: _____ <input type="checkbox"/> 99 não sabe informar</p>
<p>B4. Quantas consultas de pré natal? _____</p>
<p>B5 Local da realização das consultas do pré-natal?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> USF 2 <input type="checkbox"/> consultório particular/plano 3<input type="checkbox"/> Serviço perinatal público/ maternidade 9<input type="checkbox"/> Não sabe informar</p> <p>B5.1 O local de realização do pré-natal é na ilha? 1<input type="checkbox"/> Sim 2<input type="checkbox"/> Não 9<input type="checkbox"/> NS/NR</p> <p>B5.2 O serviço de pré-natal utilizado é público ou particular? 1<input type="checkbox"/> Público 2<input type="checkbox"/> Particular 9<input type="checkbox"/> NS/NR</p>
<p>B6. Núm gestações: _____</p>
<p>B7 Data do término da última gestação: _____</p>
<p>B8. Núm Partos: _____</p>
<p>B9. Tipo de parto (último parto) 1<input type="checkbox"/> Cesárea 2<input type="checkbox"/> Vaginal 9<input type="checkbox"/> NS/NR</p>

B9.1 Quantos partos cesárea: _____ B9.2 Quantos partos vaginal: _____
B10. Natimorto: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe informar/não respondeu (NS/NR) B10.1 Natimorto em qual gestação? 1 <input type="checkbox"/> 1ª gestação 2 <input type="checkbox"/> 2ª gestação 3 <input type="checkbox"/> 3ª gestação 4 <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> Em mais de uma gestação
B11. Quantos Nascidos Vivos em gestações anteriores? _____ B11.1 Quantos sobreviveram após o nascimento? _____ B11.2 Quantos morreram na 1ª semana de vida? _____ B11.3 Quantos morreram após a 1ª semana de vida? _____
B12. Você tem historia de abortamentos? 1 <input type="checkbox"/> sim 2 <input type="checkbox"/> não 3 <input type="checkbox"/> não quis responder 9 <input type="checkbox"/> não se aplica B12.1. Se sim, como foi o abortamento? 1 <input type="checkbox"/> espontâneo 2 <input type="checkbox"/> provocado 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B13. Filho com malformação: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR B13.1 Qual malformação: _____
B14. Uso de drogas? (Incluso cigarro) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR B14.1 Droga 1 _____ B14.2 Droga 2 _____
B15. Uso de álcool? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR B15.1 Qual a bebida mais frequente? _____
B16. Você já foi diagnosticada pelo médico com alguma destas doenças? B16.1 HPV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.2 HTLV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.3 HIV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.4 Sífilis? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.5 Gonorreia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.6 Condiloma? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.7 Herpes genital ou labial? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.8 Candidíase 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.9 Uretites não gonocócicas 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B16.10 Nenhuma doença 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B17. Uso de medicação durante essa gravidez : 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B17.1 Qual medicação 1? _____ B17.2 Qual medicação 2? _____
B18. Complicações durante essa gestação: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B18.1 Qual complicação 1? _____ B18.2 Qual complicação 2? _____
B19. Doenças nessa última gestação: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B19.1 Hipertensão 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B19.2 Diabetes 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B19.3 Infecção urinária 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

B19.4 Doença sistêmica grave 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B19.5 TORCHS 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B19.6 Outra doença 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B19.7 Qual outra doença? _____ TORCHS *toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, HIV, sífilis.
B20. Apresentou alguma doença nas gestações anteriores? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B20.1 Qual doença 1? _____
B20.2 Qual doença 2? _____
B21. Tipagem sanguínea: _____ 9 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
B22. Tipo de gravidez: 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B 23. Apresentação: 1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B24. O trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B25. Tipo de parto: 1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B26. A cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B27. Local de ocorrência do nascimento: 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> domicílio 3 <input type="checkbox"/> outros estabelecimentos de saúde 4 <input type="checkbox"/> outros 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
Acesso e Uso dos Serviços Perinatais de Saúde:
B28. Possui plano de saúde? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B29. Realizou exames no pré-natal? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
B29.1 Teste rápido de sífilis? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B29.2 Teste rápido de HIV? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B29.3 ECG? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B29.4 Sumário de Urina? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B29.5 USG obstétrica 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B29.6 Hemograma 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B30. Foi acompanhada por algum profissional no pré-natal? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal
B30.1. Médico generalista/ médico ESF 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B30.2. Enfermeira 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B30.3. Ginecologista/ Obstetra 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B30.4. Não sabe informar 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B31. Quando começou a fazer o pré-natal? 1 <input type="checkbox"/> antes dos 3 meses 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 e 6 meses

3 <input type="checkbox"/> Depois dos 6 meses 4 <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal 5 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
B32. Recebeu orientações sobre Infecções sexualmente transmissíveis? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B32.1 Recebeu orientações sobre transmissão vertical de IST? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B33. Recebeu orientações sobre aleitamento materno? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
B34. Entrou em trabalho de parto na Ilha? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B34.1 Onde começou o trabalho de parto? _____
B35. Vacinas durante a gestação: B35.1 dT1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B35.2 dTpa 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B35.3 Hepatite B 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B35.4 Influenza 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B35.5 Outra Vacina 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B35.6 Qual vacina 1? _____ B35.7 Qual vacina 2? _____
B36. Utilizou ambulância (SAMU)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B36.1 Se não, qual o transporte utilizado no trabalho de parto? 1 <input type="checkbox"/> Barco familiar 2 <input type="checkbox"/> Barco alugado 3 <input type="checkbox"/> Não estava na ilha no início do trabalho de parto 4 <input type="checkbox"/> Outro
B37. Número de Instituições de saúde visitadas durante o trabalho de parto (Se nenhuma, colocar "0") B37.1 Quantas clínicas? _____ B37.2 Quantas USF? _____ B37.3 Quantas UPAs? _____ B37.4 Quantos Hospitais (exceto maternidade)? _____ B37.5 Quantas Maternidades? _____
B38 Onde ocorreu o parto? 1 <input type="checkbox"/> No domicílio 2 <input type="checkbox"/> Na rua 3 <input type="checkbox"/> Na USF 4 <input type="checkbox"/> Clínica/ consultório 5 <input type="checkbox"/> Maternidade 6 <input type="checkbox"/> Unidade de pronto atendimento 7 <input type="checkbox"/> Hospital (exceto maternidade)
B39. Qual Profissional que acompanhou o parto? B39.1 Médico generalista 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B39.2 Enfermeira 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B39.3 Ginecologista/ Obstetra 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B39.4 Parteira 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B39.5 Outros 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não B39.6 Se outros, qual? _____
C: CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E SAÚDE DA CRIANÇA

C1. IDADE DA CRIANÇA? _____
C2. Data de Nascimento? _____
C3. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> masculino 2 <input type="checkbox"/> feminino 3 <input type="checkbox"/> ignorado
C4. Apgar 1º minuto? _____ 99 <input type="checkbox"/> NS/NR
C4.1 Apgar 5º minuto? _____ 99 <input type="checkbox"/> NS/NR
C5. Idade gestacional: _____ 99 <input type="checkbox"/> NS/NR
C6. Tipagem sanguínea: _____ 99 <input type="checkbox"/> NS/NR
C7. Houve algum tocotrauma? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
C8. Peso: _____ 9 <input type="checkbox"/> Sem registro
C9. Estatura: _____ 9 <input type="checkbox"/> Sem registro
C10. Perímetro Cefálico: _____ 9 <input type="checkbox"/> Sem registro
C11. Perímetro Torácico: _____ 9 <input type="checkbox"/> Sem registro
C12. Perímetro Abdominal: _____ 9 <input type="checkbox"/> Sem registro
C13. Amamentou na 1ª hora de vida? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra
C14. Houve complicação no parto/nascimento: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C14.1 Rompimento prematuro das membranas 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C14.2 Parto pré-termo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.3 Prolapso de cordão umbilical 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.4 Trabalho de parto prolongado 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.5 Parto pós termo 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.6 Posição anormal do feto 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.7 Hemorragia uterina 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C 14.8 Distórcia de ombro 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C14.9 Outra complicação? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C14.10 Qual complicação? _____
C15. O RN teve alguma lesão grave decorrente do parto? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C15.1 Qual lesão? _____
C16. Foi identificada alguma anomalia congênita no nascimento? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C16.1 Qual anomalia? _____
C17. Recebeu encaminhamentos/ realizou exame para triagem neonatal? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
C17.1 Realizou teste da orelhinha? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Não lembra 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C17.1.1 Se não realizou, recebeu encaminhamento? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C17.2 teste do coraçãozinho realizou 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Não lembra 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C17.2.1 Se não, recebeu encaminhamento? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra 8 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
C17.3 Realizou teste do pezinho? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 8 <input type="checkbox"/> Não lembra 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

C17.3.1 Se não, recebeu encaminhamento? 1 Sim 2 Não 3 Não lembra 8 Não se aplica 9 NS/NR

C17.4 Realizou teste do olhinho? 1 Sim 2 Não 8 Não lembra 9 NS/NR

C17.4.1 Se não, recebeu encaminhamento? 1 Sim 2 Não 3 Não lembra 8 Não se aplica 9 NS/NR

APÊNDICE D – Ofício para Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

À Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS)
 Subcoordenação de Capacitação de Desenvolvimento de Pessoal
 Sr^a Maria do Socorro Tanure Telles

Venho por meio desta solicitar a realização da pesquisa intitulada “ Condições de Nascimento de Recém-Nascido de Comunidade Quilombola Os objetivos deste estudo são: Objetivo Geral: Conhecer as condições de nascimento de recém-nascidos das comunidades quilombolas de Ilha de Maré. Objetivo Específico: 1.Caracterizar as condições de nascimento dos recém-nascidos das comunidades quilombolas em estudo segundo as condições sociodemográficas das famílias em estudo; 2. Investigar os dados obstétricos de mães quilombolas e as características das crianças no momento do nascimento; 3. Analisar como se dá o acesso e a acessibilidade aos serviços perinatais por mães quilombolas. Solicito em tempo acesso ao banco de dados do SINASC e SIM de Ilha de Maré, Salvador- Bahia, além de acesso aos prontuários das mães de recém-nascidos estudados. Nos comprometemos a manter sigilo da identidade das participantes . A utilização dos dados será somente para a realização da pesquisa e divulgação dos resultados em periódicos e eventos científicos. A relevância dessa pesquisa constitui-se no fato de que o conhecimento das condições de nascimento poderão subsidiar estratégias e políticas locais e municipais, visando otimizar a assistência perinatal em comunidades quilombolas. Havendo dúvidas relativas ao estudo, em qualquer momento poderá nos procurar em algum dos contatos abaixo.

E-mail e telefone das pesquisadoras:

Lorena Nascimento: e-mail (lorenafnasc@yahoo.com.br); telefone (71) 88502176

Climene Camargo: e-mail (climenecamargo@hotmail.com); telefone (71)8102-8578

Salvador _____ de _____ de _____.

Lorena Fernanda Nascimento Santos
 (Pesquisadora Responsável)

Climene Laura de Camargo
 (Pesquisadora Participante)