

LUZILENA DE SOUSA PRUDÊNCIO ROHDE

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE:
Percepção das Mulheres quanto ao Acesso à Assistência Pré-natal.

FLORIANÓPOLIS/SC
2008

Catálogo na fonte elaborada por M. Margarete Elbert CRB14/167

R737c Rohde, Luzilena de Sousa Prudêncio

Comunidades quilombolas e o direito à saúde : percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal / Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde ; orientadora: Marta Verdi. – Florianópolis, 2008.

121 f. : il.

Inclui bibliografia

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008

1. Bioética. 2. Serviços de saúde para mulheres – Brasil. 3. Quilombolas - Direitos humanos. 4. Direito à saúde. 5. Cuidado Pré-natal – Aspectos políticos. 6. Quilombos – Condições sociais. I. Verdi, Marta. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU: 361.1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE:
percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública,
da Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Ciências Humanas e
Políticas Públicas em Saúde.
Linha de Pesquisa: Bioética.

MESTRANDA

Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde

ORIENTADORA

Dra. Prof^ª. Marta Verdi
Universidade Federal de Santa Catarina

FLORIANÓPOLIS, SC
2008



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: Percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal.

AUTORA: Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde

ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:
MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Marta Verdi
(Presidente)

Prof.^ª Dr.^ª Flávia Regina Sousa Ramos
(Membro)

Prof.^ª Dr.^ª Sandra Noemi Caponi
(Membro)

Prof.^ª Dr.^ª Eliana Elisabeth Diehl
(Suplente)

Prof.^ª Dr.^ª Elza Berger Salema Coelho
(Membro)

FLORIANÓPOLIS, SC
2008

AGRADECIMENTOS

A viagem ainda não terminou, mas já é tempo de agradecer:

À Deus, pela saúde, sorte e disposição para trilhar os caminhos dessa viagem.

Aos meus pais, Luiz e Madalena, por acreditarem e investirem na educação dos filhos, como caminho para mudança de uma realidade.

Ao meu filho, Carlos Gabriel, por estar superando a distância e renovar meu espírito nos momentos de cansaço e angústia, sua alegria é contagiante e faz-me forte para seguir as trilhas dessa viagem.

Ao meu marido, Jakson César, por me acompanhar, entender as minhas aflições e ausência.

Aos meus irmãos por fazer parte da minha vida e pela vitória que cada um de nos está trilhando, Emanuel, Luzineide, Luziene, Luzielda e Luiz Filho. Entendam que a Educação é o caminho para mudança da nossa realidade, da realidade de nossos filhos.

Aos meus sobrinhos Rafael, Manu, Gabi, Izabela, Larissa, Fernando, Matheus, Victor, Maria Clara, Maria Eduarda, Maria Gabriela, Maria Fernanda. A saudade é imensa, mas o motivo da distância é justo.

À Francila Miranda e Alcides Cavalcante de Miranda por me acolherem em sua casa na minha adolescência, quando em minha cidade natal não havia escolas de formação de qualidade para o ensino fundamental. Aprendi e entendi que, o melhor caminho a seguir seria através dos estudos. O exemplo de seus filhos inspirou-me a seguir um caminho semelhante.

À Grande Loja Maçônica Heitor Corrêa de Melo, pelos sábios ensinamentos ofertados ao meu pai. Creio que esses ensinamentos contribuíram para fortalecer meu pai e minha mãe nos momentos difíceis dessa jornada de criação e educação dos filhos.

À minha orientadora, Marta Verdi, pela disponibilidade na realização de um sonho, pela sua atenção, carinho e, sobretudo pela ética que permeou todo o seu modo especial em orientar-me nessa pesquisa, bem como o modo sutil como me ajudou a trilhar os caminhos da Bioética, fazendo dessa viagem uma prazerosa rota na busca de conhecimentos.

À UFSC pelo acolhimento e oportunidade de estar concluindo uma etapa da trilha dessa caminhada.

Ao professor Marcos Leite dos Santos, por ter me falado com tanta emoção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, quando eu ainda estava no Amapá. Você foi um anjo, que abriu uma porta e mostrou-me o melhor caminho a seguir.

Aos amigos que deixei no Amapá e que, durante essa viagem, suas mensagens de incentivo me ajudaram a trilhar esse caminho, dentre eles Tereza Castro, Rosilda Chamilco, Ilma Pedro, Nely Dayse, Tereza Cristina França, Gracinete Espíndola, Liudmila Myar e Carlos Henrique Chagas.

Às amigas, Célia Träsel e Aldine Ramalho, pela amizade e oportunidades profissionais que me foram proporcionadas;

A todos os meus colegas de trabalho da Secretaria de Estado de Saúde do Amapá e Universidade Federal do Amapá

Ao Governo do Estado do Amapá, através da gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amapá e Universidade Federal do Amapá, pela liberação para instrução, pois sem isso não seria possível concluir essa caminhada.

Aos novos amigos pela receptividade, acolhimento e aprendizado, em especial: Lacita Skalinsk, Carla Carrib, Juliano Tibola, Ludmilla Malta, Rosiléia Rosa, Daniela Nickel, Carolina Borges, Patrícia Martins, Evandro Russo, Fernando Hellman, Ione Schneider, Evelise Cristina.

Meu agradecimento especial a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC.

Às professoras Flávia Regina Sousa Ramos e Elisabeth Diehl por aceitarem compor essa banca de defesa de dissertação, meus agradecimentos, pela disponibilidade em ler a minha dissertação e dar-me a honra de receber as suas contribuições.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação do projeto de pesquisa em junho de 2007, pelas contribuições valiosas, Marta Verdi, Sandra Caponi e Elza Berger e que hoje, agosto de 2008, também compõe a banca de defesa da minha dissertação de mestrado. Agradeço por aceitarem estar aqui, mais uma vez, contribuindo com meu processo de aprendizado. Seus ensinamentos foram fundamentais na realização dessa pesquisa. É uma honra dizer que fui, que sou, aluna de vocês.

O meu obrigada!

Pela oportunidade de hoje estar aqui, após uma longa e maravilhosa viagem.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Luiz e Madalena,
por acreditarem em mim e
investirem as suas vidas na
criação dos filhos, ensinando-me o
valor da família e da educação.*

RECONHECIMENTO

Gostaria de expressar toda minha gratidão e admiração à Professora, Dr.^a. Marta Verdi, pelo seu profissionalismo e compromisso em difundir os preceitos da Bioética.

Sua paciência e amizade, além de uma singular habilidade em dizer as palavras certas, nos momentos certos, me deram força e motivação para seguir as trilhas dos caminhos dessa viagem, rumo à conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública.

Saiba que nos momentos de angústia, insegurança e saudade, você foi um porto seguro, amparando-me com suas sábias palavras envolvidas por carinho e atenção.

*Acredite, é hora de vencer.
Essa força vem de dentro de você,
Você pode até tocar os céus se crer.*

*Acredite, que nenhum de nós,
Já nasceu com jeito pra super-herói,
Nossos sonhos a gente é quem constrói,
É vencendo os limites, escalando fortalezas,
Conquistando o impossível pela fé.*

*Campeão, vencedor.
Deus dá asas faz teu vôo.
Campeão, vencedor.
Essa fé que te faz imbatível e mostra o seu valor.*

(Jamily)

“A capacidade definitiva de um homem não está nos momentos de conforto e conveniência, mas nos períodos de desafios e controvérsias.”

(Martin Luther King)

RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar, à luz da Bioética, os discursos produzidos por mulheres quilombolas acerca do acesso à assistência pré-natal nos serviços de saúde como direito de cidadania. Saúde como direito, foco deste estudo, é parte integrante dessa pesquisa. A metodologia adotada caracterizou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa e design descritivo exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com dezoito mulheres residentes em uma Comunidade Quilombola no Estado do Amapá. No processo analítico foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1997), que resultou em cinco categorias. *Acesso ao pré-natal como governo de si, obrigação ou direito; Acesso à assistência pré-natal: caminhos percorridos, dificuldades enfrentadas, exclusão social ou utopia; Saberes culturais e modelo biomédico sob a ótica das mulheres quilombolas: as parteiras e o serviço de saúde; A função dos gestores sob a ótica das mulheres; Comunidades quilombolas e o direito à saúde.* Através desse estudo percebe-se que há uma necessidade emergencial de uma ação abrangente e planejada, que permita reduzir ou até mesmo anular, os efeitos acumulados da omissão do direito à saúde ao povo brasileiro, em especial os Quilombolas, foco desse estudo.

Palavras-chave: Quilombo, direito à saúde, acesso aos serviços de saúde, pré-natal, bioética.

ABSTRACT

This study sought review, in the light of Bioethics, the speeches produced by quilombolas women about access to prenatal care, in health care, as a right of citizenship. Health as a right, focus of this study is part of this search. The methodology was a qualitative approach and descriptive-exploratory design. Data were collected through semi-structured interviews conducted with eighteen women living in a quilombo community in the state of Amapá. In the analytical process was used the technique of content analysis, proposed by Bardin (1997), which resulted in five categories: Access to prenatal care as the government itself, obligation or right; Access to prenatal care: paths traveled, difficulties found, social exclusion or utopia; cultural knowledge and biomedical model from the viewpoint of quilombolas woman, the midwives and health service; The role of managers from the viewpoint of women, quilombolas communities and the right to health. Through this study we find that there is an emergency need for a comprehensive and planned action, that can reduce or even cancel the accumulated effects of omission of the right to health to the Brazilian people, especially the quilombolas, focus of this study.

Keywords: Quilombo, right to health, health services accessibility, prenatal, bioethics.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	12
PARTE I - PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO	13
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1. SOBRE A ESCRAVIDÃO, QUILOMBOS E QUILOMBOLAS NO BRASIL	20
3.1.1. A Escravidão no Brasil Colônia: a formação dos quilombos e o enigma dos Palmares	20
3.1.2. A política do reconhecimento dos remanescentes de comunidades quilombolas	23
3.1.3. Sobre Etnia e Etnicidade: teorias e críticas.	27
3.2. DIREITOS HUMANOS E SAÚDE COMO DIREITO	29
3.3. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DIREITO À SAÚDE	35
3.3.1. A População Negra e o Acesso a Serviços de Saúde	41
3.4. A SAÚDE DAS MULHERES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	45
3.4.1. Do Aconselhamento à Gestante à Assistência Pré-Natal: da literatura à normatização da atenção à gestante	45
3.4.2. Saúde da Mulher: breve histórico e conquistas	47
3.4.3 Acesso à Assistência Pré-Natal como Direito à Saúde	52
4. PERCURSO METODOLÓGICO	58
4.1. TIPO DE ESTUDO.	58
4.2. CENÁRIO DA PESQUISA.	58
4.3. SUJEITOS DA PESQUISA.	60
4.3.1. PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	65
4.3.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	68
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	73
4.5. PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	74
REFERÊNCIAS	77

APÊNDICES	88
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Pós Informado.....	90
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Pós Gravação da entrevista.....	91
APÊNDICE IV - Roteiro da Entrevista Semi-estruturada.....	91
ANEXO	92
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá – CEP/UNIFAP	93
PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO	95
COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: Percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal	96
Introdução	97
Percurso Metodológico	99
Conhecendo a percepção das mulheres sobre direito à saúde	99
Acesso ao pré-natal: Auto-cuidado, obrigação ou direito.....	100
Acesso à assistência pré-natal: caminhos percorridos, exclusão social ou utopia...	102
Saberes populares e modelo biomédico sob a ótica das mulheres quilombolas: as parteiras e o serviço de saúde	104
A função dos gestores sob a ótica das mulheres quilombolas	106
Comunidades quilombolas e o direito à saúde	107
Considerações Finais	108
Referências	110

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

O Regimento do Programa estabelece que o resultado final da pesquisa seja apresentado na forma de um ou mais artigos científicos, a ser submetido à publicação por uma revista especializada da área.

Nesse sentido, a estrutura desta dissertação apresenta duas partes, a saber:

✓ **PARTE I - PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO:**

Qualificado em Junho de 2007 por uma banca examinadora, composta por professores do programa. Em seguida o projeto foi avaliado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá e em agosto de 2007 realizado a pesquisa de campo. No Projeto de Pesquisa Ampliado está disposto a revisão de literatura pertinente ao tema, os objetivos, percurso metodológico e referências bibliográficas, apêndices e anexo.

✓ **PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO:**

Nessa etapa, apresentamos a análise dos dados da pesquisa, disposta na forma de um artigo científico, que será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública.

PARTE I - PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS registra uma importante conquista da sociedade e um marco histórico nas políticas públicas de saúde no Brasil. Pela primeira vez no país, a saúde foi considerada direito de todo cidadão e dever do Estado brasileiro, garantido por meio constitucional e reafirmado na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90. Até então, os diferentes sistemas de saúde organizados no Brasil baseavam-se em acesso limitado, dirigido a determinados grupos populacionais, o que sempre evidenciou a face excludente de tais políticas públicas.

A emergência do SUS marcou um novo modelo cujos princípios fundamentais evidenciam a conquista de direitos sociais, destacando-se a universalidade de acesso, a equidade e a integralidade da assistência que orientam toda a organização do sistema. Esses princípios e diretrizes organizativas comprometem o Estado brasileiro com a garantia de saúde pública e políticas que favoreçam o acesso do cidadão aos serviços de assistência à saúde de qualidade e resolutivos.

De 1990 para cá, passados 18 anos de processo contínuo de implantação do SUS, observa-se que ainda há grande distância entre o que se considera uma conquista social, uma garantia legal e a realidade concreta da atenção à saúde da população brasileira, em especial, das populações consideradas mais vulneráveis e/ou historicamente excluídas do acesso às políticas públicas.

Como problema de saúde pública, a dificuldade de acesso à assistência à saúde, do ponto de vista ético, implica em discutir e revelar a responsabilidade pública frente à garantia do direito à saúde e às situações de fragilidade de grupos populacionais, principalmente os considerados mais vulneráveis, dentre eles a população do campo, os negros, os índios, os portadores de necessidades especiais, os presidiários, entre outras.

Quanto à população negra, em especial a quilombola¹, composta de escravos refugiados em quilombos, foco desse estudo, ressalta-se sua trajetória de injustiças e exclusão, ao longo de sua história em terras brasileiras. Considerando as atrocidades e iniquidades a que esse povo foi e “continua” sendo exposto, em função da condição escrava a que foram submetidos, em 1988, foi formulado e aprovado o Artigo 68, das Disposições Transitórias da Constituição

¹ População quilombola – designação comum aos escravos refugiados em quilombos, entendidos como o local, aldeia ou conjunto de povoações onde se abrigavam os escravos fugidos do sistema escravagista predominante no Brasil Colônia (FERREIRA, 2004).

Federal, que dispõe quanto "aos remanescentes das comunidades de quilombos, que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva devendo ao Estado emitir-lhes os títulos respectivos".

Trata-se do primeiro reconhecimento do Estado frente às injustiças sofridas, ou seja, uma política compensatória.

Considerando que o tema escravidão nos remete à luta por direitos humanos, buscamos os escritos do Bioeticista Giovanni Berlinguer (1996), quando cita que ao longo da história da humanidade, sobretudo nos últimos séculos, percebe-se que a luta por direitos sempre foi uma realidade presente, em maior ou menor grau, na sociedade. No entanto, evidencia-se uma distância entre as necessidades e os direitos, pois uma necessidade pode se transformar em direito apenas quando existem condições históricas para dar respostas.

A evolução histórica da conquista de direitos na sociedade nos mostra que tal conquista não depende exclusivamente da consciência pública, mas também dos avanços da capacidade de produção, das técnicas, da ciência e da medicina. Os avanços relacionados à garantia de direitos no campo da saúde, alcançadas desde o século XVIII, não foram apenas conquistas terapêuticas, mas também preventivas e sociais (BOBBIO, 1992).

A bioética nos leva a refletir sobre direitos no campo da saúde, pois possibilita desviarmos nosso olhar dos conflitos limites para os conflitos cotidianos. Possibilita focalizarmos nossa atenção em problemas que cruzam nossas vidas cotidianamente, envolvem milhões de pessoas e passam despercebidos por nós ao invés de limitarmos nossos sentidos em direção a situações limites (VERDI, 2002).

Dentre os direitos preconizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saúde aparece no artigo 25: "Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica [...]" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/ONU, 1948).

De acordo com a legislação do SUS, saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2003 p.20).

Do processo de construção da Reforma Sanitária até a Constituição Brasileira de 1988, art.196, consolida o consenso em que "Saúde é direito de todos e dever do Estado". Destaca-se, ainda nesse artigo, a acessibilidade: "garantida mediante políticas sociais e econômicas

que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Considerando o exposto, entendemos que, em quase duas décadas de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) muitos avanços foram alcançados, porém ainda vivenciamos um período de consolidação do SUS, onde a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constitui o principal desafio para os seus gestores nas três esferas de governo, pois ainda são necessárias ações de poder público para combater problemas como a desigualdade social e iniquidade no acesso aos serviços de saúde.

As desigualdades sociais e econômicas ainda são importantes fatores responsáveis pela diferenciação das condições de saúde da população. Alguns indivíduos e grupos sociais têm pior situação de saúde e são expostos a todo um conjunto de iniquidades sociais. Cor, etnia, gênero e região colaboram para tais condições de iniquidade.

Com o surgimento dos movimentos sociais na esfera pública do Brasil no final dos anos 70, o movimento feminista ganhou corpo, conseguindo trazer para o debate público, os temas referentes à saúde e aos direitos reprodutivos, que até então não faziam parte das agendas de discussão. Nessa mesma década cresceu a influência das feministas nos partidos de oposição e, com a realização das eleições e uma vitória expressiva da oposição em grandes centros, como SP, MG e RJ – criam-se os primeiros espaços governamentais, que são os conselhos, com o objetivo de implantar políticas públicas na perspectiva de gênero (PITANGUY, 1999).

Buscando romper com as diferenciações nas condições de saúde da população feminina, o movimento de mulheres iniciou, por volta de 1975, denúncias à precariedade da assistência à saúde das mulheres no Brasil, abrindo debates sobre todas as formas de discriminação à mulher, típicas da época. A busca por esse rompimento das desigualdades com que as mulheres eram impostas ocorreu nas últimas décadas, quando a mulher conquistou o seu papel social no mercado de trabalho e começou a refletir sobre seus direitos na participação do processo de gestação e exigir dos homens maior envolvimento e participação na educação dos filhos.

Na sociedade brasileira, a trajetória das mulheres feministas para o interior do Estado se fez com grande desafio, conflitos e com muita articulação política. A história da luta do movimento feminista no Brasil está intrinsecamente ligada ao controle da população e ao planejamento familiar. As feministas criticavam as tendências pró-natalistas ou controlistas calcadas em preceitos religiosos, econômicos, geopolíticos ou demográficos (PITANGUY, 1999 *apud* ROCHA, 2004). Incorporaram uma ética própria, em que as questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos se tornaram os objetos centrais e estruturantes de sua

ótica.

A crítica desenvolvida pelas organizações feministas aos programas oficiais de atenção à mulher ensejou propostas inovadoras e democráticas. No debate do que hoje se denomina “saúde reprodutiva”, incluía-se tanto a possibilidade de acesso legal aos métodos contraceptivos como a necessidade de uma visão de integralidade na atenção à mulher na prática assistencial dos serviços de pré-natal, parto e puerpério (ROCHA, 2004).

Atualmente, apesar das políticas e programas específicos implantados e desenvolvidos no âmbito do SUS, a questão do acesso à assistência pré-natal ainda se constitui num grave problema a ser enfrentado pela gestão do sistema – embora avanços sejam reconhecidos. Apesar destes avanços relativos à cobertura assistencial e da ampliação das ações voltadas para a atenção à saúde da mulher, que vem evidenciando melhorias nos indicadores de cobertura e no número médio de consultas de pré-natal, ainda persistem grandes desigualdades no acesso ao pré-natal. É o que se observa, por exemplo, em relação às mulheres quilombolas, o que motivou a realização desse estudo.

A experiência de acompanhar um grupo de mulheres residentes num quilombo localizado no município de Macapá, estado do Amapá, através de atividades da supervisão de estágio de acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem, possibilitou-nos observar a situação de saúde deste grupo populacional e, sobretudo, perceber a precariedade e mesmo ausência dos serviços de saúde como mecanismo de garantia de um direito indicado constitucionalmente: o acesso aos serviços de saúde.

A Unidade de Saúde de referência para aquela comunidade é classificada como um Posto de Saúde, oferecendo assistência, apenas, com administração de medicamentos e pequenos curativos aos usuários da comunidade, não dispondo de estrutura física para oferecer assistência pré-natal às mulheres da comunidade, quando estão grávidas. Esta condição faz com que procurem assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde à distância de cerca de 8 km da sede da comunidade, o que muitas vezes favorece o abandono ao pré-natal.

Esta situação motivou-nos a conhecer a percepção das mulheres quilombolas sobre o direito ao acesso à assistência pré-natal. Nesse sentido, pautamos a proposta deste trabalho, pois consideramos fundamental a reflexão sobre o cotidiano de nossas vivências, enquanto agentes sociais, convertendo em ações transformadoras a realidade de um povo que ainda está muito à margem das políticas públicas, os Quilombolas.

Esta pesquisa tem como objetivo a resposta da seguinte pergunta: **Qual a percepção de mulheres de uma comunidade quilombola sobre o direito ao acesso à assistência pré-natal?**

Com este propósito delimitou-se o seguinte **objeto de estudo**: saúde como direito, a partir da percepção das mulheres residentes em um Quilombo no estado do Amapá, quanto ao acesso à assistência pré-natal, articulando teoria à prática, observando, se as mulheres quilombolas entendiam esse acesso como um direito à cidadania.

A partir do objeto de estudo foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:

- ✓ Quais os mecanismos utilizados, para garantir direito ao acesso das mulheres residentes na comunidade quilombola à assistência pré-natal?
- ✓ Quais os saberes culturais que dão suporte à comunidade na assistência às gestantes, quando não têm acesso à assistência pré-natal oferecida pelas Unidades de Saúde do SUS?
- ✓ Quais os conhecimentos das mulheres da comunidade quilombola sobre acesso, como princípio do SUS e direito de cidadania?
- ✓ Qual a percepção das mulheres sobre o papel do Estado como responsável pela prestação dos serviços de assistência à saúde como direito garantido à população quilombola?

Este trabalho apresenta relevância científica, social e política, por constituir-se em um acervo bibliográfico sobre a temática ainda pouco discutida, subsidiando outras pesquisas como fonte de informação, despertando na população pesquisada seus direitos de acesso aos serviços de saúde, como princípio do Sistema Único de Saúde.

Julgamos, portanto, fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais da saúde pública, a fim de colaborar para a implantação eficaz de um sistema de saúde universal, integral e equânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito ao acesso à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar a percepção das mulheres residentes em um quilombo no Estado do Amapá, quanto ao acesso à assistência pré-natal como direito de cidadania, à luz da bioética.

2.2 Objetivos Específicos:

- 2.2.1 Descrever os mecanismos utilizados pelas mulheres, para garantir o acesso à assistência Pré-natal, na Unidade de Saúde de referência para o Quilombo do Curiaú, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde;
- 2.2.2 Conhecer o tipo de assistência pré-natal que as gestantes estão recebendo em um quilombo no Estado do Amapá;
- 2.2.3 Investigar os saberes culturais que dão suporte à comunidade na assistência às gestantes, quando não têm acesso à assistência pré-natal oferecida pelas Unidades de Saúde do SUS;
- 2.2.4 Identificar o conhecimento das mulheres sobre direito ao acesso como princípio do SUS e a busca de assistência à saúde como direito de cidadania;
- 2.2.5 Identificar a percepção das mulheres sobre o dever do Estado pela garantia de direito à prestação dos serviços de assistência à saúde às comunidades quilombolas;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SOBRE A ESCRAVIDÃO, QUILOMBOS E QUILOMBOLAS NO BRASIL.

3.1.1 A escravidão no Brasil colônia: a formação dos quilombos e o enigma dos Palmares

A história da humanidade revela, em diferentes épocas e sociedades, distintos modos de organização social e do trabalho, sendo a escravidão um dos sistemas perversos de exploração humana que persistiu ao longo dos séculos. A trajetória histórica da escravidão no Brasil incorpora elementos importantes da história da expansão europeia ocidental no continente americano.

Quanto às idéias que acompanharam a escravidão Giovanni Berlinguer (2004) fala dos argumentos apresentados no passado para justificar a escravidão: a sua necessidade para o bem comum, e a condição natural imposta de inferioridade aos escravos. Um dos argumentos mais usados, e talvez um dos mais populares, consistiu nas vantagens que a escravidão trazia à economia; disso resultava que ela era essencial, irrenunciável e insubstituível em função do “bem comum”.

Nos séculos que se seguiram ao colapso do Império Romano, a escravidão não desapareceu por completo na Europa ocidental e mediterrânea. No entanto, no decorrer da Baixa Idade Média, a escravidão como sistema de trabalho deixou de existir no Ocidente europeu, excetuando-se os países do Mediterrâneo, isto é, das penínsulas Ibérica e Itálica. Mesmo aí, ela foi, nos séculos XIV e XV, tão-somente uma instituição urbana, com importância limitada no conjunto da economia; o emprego em larga escala de cativos na produção agrícola havia se tornado residual nestas últimas regiões (MARQUESE, 2006).

A recriação do escravismo, com o emprego massivo de escravos nas tarefas agrícolas, seria realizada por portugueses e espanhóis só após a segunda metade do século XV, com a introdução da produção açucareira nas ilhas atlânticas orientais (Canárias, Madeira, São Tomé), e, no século XVI, com a colonização da América (MARQUESE, 2006).

Baseada na experiência acumulada com o fabrico do produto nas ilhas da Madeira e de São Tomé, a Coroa portuguesa procurou estimular a construção de unidades açucareiras no Brasil desde a década de 1530. Mas, até os anos 1570, os colonos encontraram grandes dificuldades para fundar em bases sólidas uma rede de engenhos no litoral, com problemas com o recrutamento da mão-de-obra e falta de capitais para financiar a montagem dos engenhos. Essas dificuldades foram superadas com atrelamento da produção brasileira aos

centros mercantis do Norte da Europa e articulação do tráfico de escravos entre África e Brasil. Tornou-se viável o arranque definitivo da indústria de açúcar escravista da América portuguesa, o que ocorreu entre 1580 e 1620, quando o crescimento acelerado da produção brasileira ultrapassou todas as outras regiões abastecedoras do mercado europeu (MARQUESE, 2006).

Os primeiros escravos africanos começaram a ser importados em meados do século XVI; seu emprego nos engenhos brasileiros, contudo, ocorria basicamente nas atividades especializadas. Por esse motivo, eram bem mais caros que os indígenas: um escravo africano custava, na segunda metade do século XVI, cerca de três vezes mais que um escravo índio. Após 1560, com a ocorrência de várias epidemias no litoral brasileiro (como sarampo e varíola), os escravos índios passaram a morrer em proporções alarmantes, o que exigia reposição constante da força de trabalho nos engenhos. Na década seguinte, em resposta à pressão dos jesuítas, a Coroa portuguesa promulgou leis que coíbiam de forma parcial a escravização de índios (MARQUESE, 2006).

Ao mesmo tempo, os portugueses aprimoravam o funcionamento do tráfico negreiro transatlântico, sobretudo após a conquista definitiva de Angola em fins do século XVI. Nos anos entre 1576 e 1600, desembarcaram em portos brasileiros cerca de 40 mil africanos escravizados e no quarto de século seguinte (1601-1625), esse volume mais que triplicou, passando para cerca de 150 mil os africanos aportados como escravos na América portuguesa, a maior parte deles destinada a trabalhos em canaviais e engenhos de açúcar (ALENCASTRO, 2000).

Com as descobertas auríferas na virada do século XVII para o XVIII, outro campo de uso da mão de obra escrava foi a exploração das minas de ouro, que provocaram um movimento migratório interno intenso em direção ao centro do país. Entre 1701 e 1720, desembarcaram nos portos brasileiros cerca de 290 mil africanos escravizados, em sua maioria destinadas às minas de ouro. Entre 1720 e 1741, novo aumento: 312,4 mil indivíduos. Nas duas décadas seguintes, o tráfico atingiu seu pico máximo: 354 mil africanos escravizados foram introduzidos na América portuguesa entre 1741 e 1760 (MARCÍLIO, 1999).

Em função das condições particulares da atividade mineradora, os escravos tiveram aí maiores oportunidades para exercer sua autonomia e resistir ao controle senhoril. A dispersão espacial das lavras auríferas, a possibilidade de os trabalhadores se apropriarem de parte dos resultados da extração ou o próprio controle que detinham sobre o processo de trabalho ampliaram sobremaneira a autonomia escrava facilitando o acúmulo de numerário e a compra da alforria pelos cativos (SOUZA, 2000).

A existência de canais para o exercício da autonomia escrava não significou tão somente acomodação com os poderes senhoriais, mas também maiores possibilidades para a resistência, fazendo com que os negros se unissem rumo ao ideal da liberdade. Nesse período de escravidão no Brasil (séculos XVII e XVIII), os negros que conseguiam fugir se refugiavam com outros em igual situação em locais escondidos e fortificados no meio das matas, era uma forma de resistência e combate à escravidão. Estes locais eram conhecidos como quilombos. Nestas comunidades, eles viviam de acordo com sua cultura africana, plantando e produzindo em comunidade. Na época colonial, o Brasil chegou a ter centenas destas comunidades, principalmente, pelos atuais Estados da Bahia, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais e Alagoas (BASTIDE, 1973).

Moura (1981) aponta a definição de quilombo conforme o que determinou o Conselho Ultramarino de 1740, segundo o qual, quilombo era "toda habitação de negros fugidos que passem de cinco pessoas".

Para Reis (1996), essa multiplicação da atividade quilombola pode ter sido decorrência da própria sanha repressora da metrópole, pois a "definição mesquinha" de quilombo foi concebida para melhor controlar as fugas, terminou por agigantar o fenômeno aos olhos de seus contemporâneos e de estudiosos posteriores.

Correta ou não a avaliação, o certo é que, dentre a miríade de pequenos ajuntamentos de fugitivos, houve pelo menos dois grandes quilombos em Minas Gerais, cuja população atingiu a casa do milhar: o Quilombo do Ambrósio, derrotado em 1746, e o Quilombo Grande, vencido em 1759. Afora esses dois exemplos, os pesquisadores identificaram ainda três planos de levante escravos (1711, 1719 e 1756), todos desbaratados antes que eclodissem (MARQUESE, 2006).

Entretanto, antes destes quilombos, o Quilombo dos Palmares marcou a história como um dos episódios de resistência escrava mais notável na história da escravidão do Novo Mundo, suas origens datam do início do século XVII. Ainda que as estimativas das fontes dos historiadores sobre o número total de habitantes divergiram bastante, de um mínimo de 6 mil a um máximo de 30 mil pessoas, não há como negar que, dada a extensão territorial e a quantidade de escravos fugitivos que acolheram, Palmares tornou-se o maior quilombo na história da América portuguesa (MARQUESE, 2006).

Antes da revolução escrava de São Domingos (1791-1804) e das grandes revoltas abolicionistas do Caribe inglês no primeiro terço do século XIX, o episódio de Palmares só teve equivalente na I Guerra Maroon da Jamaica (1655-1739) e na Guerra dos Saramaca no Suriname (1685-1762). Nesses dois casos, entretanto, os quilombolas conseguiram vencer as

tropas repressoras, forçando autoridades e senhores a reconhecerem a liberdade dos grupos revoltosos (FREITAS, 1990).

Após Palmares, dizem eles, houve uma progressiva especificação das funções do capitão-do-mato, responsável legal nas diferentes localidades da América portuguesa pela captura de escravos fugitivos, e delimitação, nas letras da lei, do que seria uma comunidade quilombola. A institucionalização da figura do capitão-do-mato e a definição de quilombo como qualquer ajuntamento composto de alguns poucos escravos fugitivos teriam tolhido, já no nascedouro, a formação de comunidades rebeldes com as proporções de Palmares (MARQUESE, 2006).

A história da derrota do grande quilombo palmarino deu origem a um enigma que há certo tempo chama a atenção dos especialistas em escravidão brasileira: por que não houve outros Palmares na história do Brasil? O ponto é importante, pois a atividade quilombola se ampliou no século XVIII (GUIMARÃES, 1988).

3.1.2 A política de reconhecimento dos remanescentes de comunidades quilombolas

A diversidade de formas de constituição das terras de quilombos propiciou a retomada de discussões e pesquisas sobre o conceito de quilombo. As várias pesquisas recentemente realizadas, no entanto, apontam para outras formas de origem de quilombos: doações de terras por antigos proprietários aos seus escravos, decadência da lavoura com a permanência dos escravos nas fazendas após serem abandonados por seus donos, terras doadas a santos e outros.

A interpretação do que vem a ser um quilombo no período atual, no entanto, é uma das problemáticas discutidas desde a formulação do Artigo 68 das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988, onde dispõe que "Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos", conforme já citado.

A definição do Conselho Ultramarino tornou jurídica a questão das fugas de escravos, baseando-a na noção de escravos fugitivos, mas a realidade territorial dos quilombos no período atual nos leva a outras origens, tornando-se um obstáculo à implementação daquele artigo.

A constatação de várias e diversas origens de quilombos no Brasil apresenta-nos um campo de discussão sobre a identidade e a territorialidade. Durante o período escravista e

mesmo após a abolição, a marginalização e as punições aos escravos fugitivos convocavam formas de defesa dos mesmos. Conforme Almeida (1988), admitir ser quilombola equivalia ao risco de ser posto à margem. Daí as narrativas místicas: terras de herança, terras de santo, terras de índio, doações, concessões e aquisições de terras. Cada grupo tem sua história e construiu sua identidade a partir dela.

Os quilombos nos chamam a atenção num momento em que se discute a forma de apropriação dos recursos naturais em áreas protegidas, sobretudo após a assinatura da Convenção da Biodiversidade - CDB, um instrumento de direito internacional, criado durante a reunião das Nações Unidas realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992. Até o final de 1997, 187 países já haviam aderido e, na sua maioria cerca de 169 países haviam ratificado as disposições da Convenção. No Brasil, essa ratificação ocorreu através do Congresso Nacional, em maio de 1994. Somente os Estados Unidos não ratificou até o momento essa convenção (CARRIL, 2002).

A CDB apresenta dois dispositivos importantes: solicita, através do artigo 8 aos Estados-membros que respeitem, preservem e mantenham o conhecimento, as inovações e as práticas das comunidades indígenas e locais que incorporam estilos de vida tradicionais, relevantes para a conservação e o uso sustentado da diversidade biológica; garante, através do artigo 15 aos Estados a soberania sobre seus recursos genéticos e trata dos modos de lhes facilitar o acesso, estipula, entre outras coisas, a necessidade de consentimento prévio (CARRIL, 2002).

Embora as terras indígenas tenham sido citadas textualmente pela CDB, ela também faz menção sobre as comunidades locais, mas não especifica como os quilombos se integram ao documento. Essa questão reforça preocupações sob dois aspectos: em primeiro lugar, a respeito das políticas públicas de caráter ambiental e territorial, as quais vêm interferindo sobre as terras de quilombos impactando o seu modo de vida e a relação dessas comunidades com os recursos presentes em seu território, tendo em vista as lutas pela definição jurídica das terras amparadas pelo Artigo 68 da Constituição, para garantir os seus direitos. O outro aspecto está relacionado à forma como essas comunidades encontram-se inseridas ao mercado (CARRIL, 2002).

A política de reconhecimento dos "remanescentes de comunidades dos quilombolas", expressa na Constituição Brasileira de 1988, introduz um relevante debate para quem se interessa por uma reflexão crítica sobre os limites e as possibilidades de interlocução entre o conhecimento jurídico e o conhecimento antropológico no contexto em que ambos estão voltados à defesa dos grupos sociais que contam com garantias constitucionais. Nesse contexto, o desafio que se apresenta à prática antropológica fundamenta-se em produzir uma

problematização das próprias categorias jurídicas que foram concebidas com um caráter genérico (CHAGAS, 2001).

O exercício de pensar a aplicação desta categoria a casos concretos produziu um campo de debates que colocou lado a lado diferentes áreas de saber, movimentos, atores sociais, na tarefa de tentar participar da definição do conteúdo semântico que estaria sendo atribuído a essa categoria. As discussões têm envolvido tanto o meio jurídico e antropológico quanto os próprios grupos, que seriam o público beneficiário da aplicação desse dispositivo.

Uma das análises que tem pautado algumas dessas discussões, promovidas pelos juristas, é aquela centrada na ascensão crescente que os direitos culturais ou mesmo étnicos vem assumindo nos textos legais, especificamente os constitucionais (CHAGAS, 2001).

Em torno do conceito de quilombo, os estudos antropológicos começaram a produzir um conhecimento crítico, apontando para os imensos problemas contidos em uma imediata e literal tradução da categoria "remanescentes das comunidades dos quilombos" e da tentativa de aplicá-la a qualquer pleito originado das "comunidades negras". A noção de territorialidade negra foi um dos conceitos antropológicos que fez frente ao caráter redutor de algumas interpretações que tomavam a realidade fundiária das diferentes comunidades negras como sendo unívoca (LEITE, 1996).

O próprio conceito de territorialidade negra problematiza certas imagens do senso comum ou dos próprios movimentos sociais como aquelas que vêem estas comunidades enquanto representantes de uma africanidade (VOGT, 1996).

Assim, se pensarmos a partir de uma perspectiva que propicie o enfrentamento dessas questões, vale lembrar a necessidade de abordar as diferentes situações que cobriram a existência de Terras de Quilombos no Brasil. Para isso é imprescindível que sejam afastados os inúmeros entendimentos associados ao termo *Quilombo*, que foram cunhados eminentemente por leituras inadequadas, que tomaram o fenômeno a partir de conteúdos atribuídos pela própria política de repressão oficial, isto é, sem contextualizá-lo. A definição clássica de *Quilombo* é aquela definição formal que remonta ao século XVIII. Na época, esse entendimento jurídico estava impregnado de uma visão intervencionista, calcada na idéia de fuga ou negros fugitivos. Essa visão distorcida figuraria, até hoje, como imagem do Quilombo (CHAGAS, 2001).

A situação que confrontou as Comunidades Negras no Brasil, após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, introduziu-as no centro das discussões travadas sobre a constituição de sujeitos políticos.

Dentro de uma visão ampliada, que considera as diversas origens e histórias destes grupos, uma denominação também possível para estes agrupamentos identificados como *remanescentes de quilombo* seria a de "terras de preto", ou "território negro", tal como é utilizada por vários autores, que enfatizam a sua condição de *coletividades camponesa*, definida pelo compartilhamento de um território e de uma identidade (ALMEIDA, 1999).

A promulgação da constituição e a necessidade de regulamentação do Artigo 68 provocaram discussões de cunho técnico e acadêmico que levaram a esta revisão dos conceitos clássicos que dominavam a historiografia sobre a escravidão, instaurando a relativização e adequação dos critérios para se conceituar quilombo, de modo que a maioria dos grupos que hoje, efetivamente, reivindicam a titulação de suas terras, pudesse ser contemplada por esta categoria, uma vez demonstrada, por meio de estudos científicos, a existência de uma identidade social e étnica por eles compartilhada, bem como a antiguidade da ocupação de suas terras e, ainda, suas práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar (MARQUESE, 2006).

Assim, em consonância com o moderno conceito antropológico aqui disposto, a condição de remanescente de quilombo é também definida de forma dilatada e enfatiza os elementos identidade e território. Com efeito, o termo em questão indica:

"A situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos é utilizada para designar um legado, uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar específico" (SCHWARTZ, 1988 apud MARQUESE, 2006, p.52)

A tarefa de fundamentar teoricamente a atribuição de uma identidade quilombola a um grupo e, por extensão, garantir ainda que formalmente o seu acesso a terra, trouxe à tona a necessidade de redimensionar o próprio conceito de quilombo, a fim de abarcar a gama variada de situações de ocupação de terras por grupos negros e ultrapassar o binômio fuga-resistência, instaurado no pensamento corrente, quando se trata de caracterizar estas conformações sociais.

Ao fazer a crítica do conceito de quilombo estabelecido pelo Conselho Ultramarino, Almeida (1999:14-15) mostra que aquela definição constitui-se basicamente de cinco elementos: 1) a fuga; 2) uma quantidade mínima de fugitivos; 3) o isolamento geográfico, em locais de difícil acesso e mais próximos de uma "natureza selvagem" que da chamada civilização; 4) moradia habitual, referida no termo "rancho"; 5) auto-consumo e capacidade de

reprodução, simbolizados na imagem do pilão de arroz. Para ele, com os instrumentos da observação etnográfica.

"Se pode reinterpretar criticamente o conceito e asseverar que a situação de quilombo existe onde há autonomia, existe onde há uma produção autônoma que não passa pelo grande proprietário ou pelo senhor de escravos como mediador efetivo, embora simbolicamente tal mediação possa ser estrategicamente mantida numa reapropriação do mito do "bom senhor", tal como se detecta hoje em algumas situações de aforamento" (ALMEIDA, 1999, p. 30).

Os grupos que hoje são considerados remanescentes de comunidades de quilombos constituíram-se a partir de uma grande diversidade de processos, que incluem as fugas com ocupação de terras livres e geralmente isoladas, mas também as heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, a simples permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades, bem como a compra de terras, tanto durante a vigência do sistema escravocrata quanto após a sua extinção (ALMEIDA, 1999 e GUSMÃO, 1995).

3.1.3. Sobre etnia e etnicidade: teorias e críticas.

A palavra “étnico” para designar contrastivamente e muitas vezes negativamente povos “outros” é congruente com as raízes etimológicas do termo etnicidade (*etnikos*). No mundo grego o termo *ethnos* fazia referência aos povos bárbaros ou aos povos gregos não organizados segundo o modelo da Cidade-Estado. (HUGHES AND MAC GILL HUGHES, 1952, p.137 *apud* BART, 1998).

No século XIX, os autores tentam responder a questão de como abranger princípios sobre os quais se fundam a atração e a separação entre os povos. Com o intuito de responder a esses questionamentos Vacher de Papouge, 1896 introduz nas ciências sociais a noção de etnia, sem atribuir-lhe, por sua vez, uma grande importância. Para este defensor da “escola selecionista” a raça era definida como o conjunto dos indivíduos que possuem em comum um determinado tipo hereditário (BART, 1998).

Como ele mesmo se definia “zoologista”, considerava o homem não como um ser à parte, mas como um primata, cuja característica da espécie é a de estar submetido mais à seleção social que à seleção natural (VACHER DE PAPOUGE, 1998 *apud* BART, 1998).

Desde sua criação no início do século XIX, a noção de etnia se encontra mesclada a outras noções conexas, as de povo, de raça ou de nação, com as quais mantém relações ambíguas cujos rastros encontramos nos debates contemporâneos (BART, 1998).

Weber (1982) entendia essa mesclagem das relações comunitárias étnicas e também distinguia as três entidades que são a raça, a etnia e a nação. Para ele o que distingue a pertença racial da presença étnica é que a primeira é “realmente” fundada na comunidade de origem, ao passo que o que funda o grupo étnico é a crença subjetiva na comunidade de origem. Quanto à nação, ela é como o grupo étnico, baseada na crença da vida em comum, mas se distingue deste último pela paixão (*pathos*) ligada à reivindicação de um poderio político.

“Grupos étnicos são esses grupos que alimentam uma crença subjetiva em uma comunidade de origem fundada nas semelhanças de aparência externa ou dos costumes, ou dos dois, ou nas lembranças da colonização ou da migração, de modo que esta crença torna-se importante para a propagação da colonização, pouco importante que uma comunidade de sangue exista ou não objetivamente” (WEBER, 1982, p. 416 *apud* BART, 1998).

Para Weber (1982), esses povos formam comunidades ao adquirirem tradições ocupacionais específicas e cultivarem uma crença em sua comunidade étnica, porém vivem segregados e vivem em situação legalmente precária. Partindo desse entendimento de Weber percebemos que os grupos étnicos acreditam que formam um grupo, uma comunidade, uma família e essa crença é acompanhada do sentimento de honra que é compartilhado por todos que vivem e acreditam naquele grupo o qual estão inseridos.

Bóbio (1983) conceitua etnia como um grupo social cuja identidade se define pela comunidade de língua, cultura, tradições, monumentos históricos e território. Falar a mesma língua, estar radicado no mesmo ambiente humano e no mesmo território, possuir as mesmas tradições são fatores que constituem a base fundamental das relações ordinárias da vida cotidiana e podem marcar tão profundamente a vida dos indivíduos, que se transformam num dos elementos constitutivos da sua personalidade e definem, ao mesmo tempo, o caráter específico do modo de viver de uma população. Observe-se que o autor não faz uso da *raça* como critério fundamental da definição de *etnia*.

Portanto, entende-se que o conceito de raça, tal como é comumente usado, não tem fundamento científico. Os únicos fins com que tem sido e continua a ser usado são os de justificar a discriminação, bem como o de criar e manter a hostilidade entre os grupos humanos. Na realidade, os caracteres biológicos, transmitidos por via hereditária, distribuem-

se através de uma linha contínua, nas diversas partes do mundo, de tal modo que, em cada um dos grupos humanos é possível verificar a predominância de determinadas características. Contudo, os caracteres predominantes num grupo vão-se juntando gradualmente aos dos grupos vizinhos, acabando por não ser possível distinguir um determinado grupo com base nos caracteres biológicos.

3.2 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE COMO DIREITO

O termo “direitos humanos” emergiu durante o século XVI, XVII e XVIII. Exemplos destes fatos são: a carta de 1215 e “hábeas corpus”, na Inglaterra, em 1679; a Declaração Americana, em 1776; a Declaração Francesa, em 1789. Essas iniciativas foram ampliadas ao longo do século XIX (BERLINGUER, 2004).

Tais documentos surgiram da necessidade de evitar o arbítrio dos governantes, que à época, atuavam sem lei, nem regras. Os direitos humanos fundamentais estão organizados em três gerações: os direitos de primeira geração (se trata das liberdades públicas); os de segunda geração (onde se manifesta a preocupação com os desníveis sociais, propondo os direitos econômicos e sociais; direitos de terceira geração (diz respeito à luta em favor da qualidade de vida humana, sendo concebidos como direitos de solidariedade) (FERREIRA, 1999 *apud* AMADIGI, 2005).

A Declaração dos Direitos do Cidadão foi aprovada pela Assembléia Nacional Francesa em 26 de agosto de 1789. Esse ato representou um momento decisivo, que assimila o fim de uma época e o início de outra, indicando uma virada na história da humanidade.

Hannah Arendt (1997) aponta que os direitos humanos, conforme declarados no século XVIII trazem um problema já em sua fundamentação. Segundo Arendt, a Declaração dos Direitos do Homem significou o prenúncio da emancipação do homem, porque foi a partir daquele momento que ele se tornou a fonte de toda a lei. Em outras palavras, o homem não estava mais sujeito às regras provindas de uma entidade divina ou assegurada meramente pelos costumes da história, mas que havia se libertado de qualquer tutela e que era dotado de direitos simplesmente porque era Homem, dessa forma esses direitos eram tidos ou mesmo definidos como inalienáveis, pois pertenciam ao ser humano onde quer que estivesse.

A definição de direitos humanos como direitos que emanam do Homem ou de uma idéia de homem, isto é, de um ser abstrato e indefinível, entretanto, opõe-se à condição humana da

pluralidade, essencial à ação e à dignidade humana. Nesse sentido, o indivíduo isolado continua sendo homem, porém ao separar-se do espaço público e da companhia de outras pessoas, ele não pode mais se revelar e confirmar sua identidade.

Em sua obra *As Origens do Totalitarismo*, Hannah Arendt (1973) fala que, a calamidade dos que não têm direitos, não decorre do fato de terem sido privados da vida, da liberdade ou da procura da felicidade, nem da igualdade perante a lei ou da liberdade de opinião, mas do fato de já não pertencerem a qualquer comunidade. A privação fundamental dos direitos humanos manifesta-se, primeiro e acima de tudo, na privação de um lugar no mundo que torne a opinião significativa e a ação eficaz.

Algo mais fundamental do que a liberdade e a justiça, que são os direitos do cidadão, está em jogo quando deixa de ser natural que um homem pertença à comunidade em que nasceu, e quando não pertencer mais a ela, não é um ato da sua livre escolha. Essa é a situação dos que são privados não do seu direito à liberdade, mas do direito à ação; não do direito de pensarem o que quiserem, mas do direito de opinarem. Privilégios, injustiças, bênçãos ou ruína ser-lhe-ão dados ao sabor do acaso e sem qualquer relação com o que fazem, fizeram ou venham a fazer (ARENDR, 1973).

O paradoxo da perda dos direitos humanos é que essa perda coincide com o instante em que a pessoa se torna um ser humano em geral, sem profissão, cidadania, opinião, sem uma ação pela qual se identifique e se especifique.

O cenário de destruição, pós-primeira guerra mundial, mostrava também a deterioração do quadro social, oriundo da mudança política e do liberalismo econômico, característico à época. A riqueza encontrava-se concentrada na mão dos empresários, enquanto os trabalhadores sucumbiam à pobreza e exploração, tipicamente capitalista.

Ao término da primeira guerra mundial houve a necessidade de se reconhecer novos direitos fundamentais: os direitos econômicos e sociais ou direitos da igualdade (FERREIRA, 1999).

Desde o início da era moderna, através da difusão das doutrinas jus naturalistas e, posteriormente, através das Declarações dos Direitos do Homem, incluídas nas Constituições dos Estados liberais, o problema do reconhecimento dos direitos do homem acompanha o nascimento, o desenvolvimento e a afirmação, numa parte cada vez mais ampla do mundo. Mas somente depois da segunda Guerra Mundial é que esse problema passou da esfera nacional para a internacional, envolvendo, pela primeira vez na história, todos os povos (BOBIO, 1992).

O reconhecimento e a proteção dos direitos do homem estão na base das Constituições democráticas modernas, mas a paz é o pressuposto necessário para o reconhecimento e a efetiva proteção dos direitos do homem em cada estado e no sistema internacional, porém o processo de democratização do sistema internacional, que é o caminho obrigatório para a busca do ideal da paz perpétua, não pode avançar sem uma gradativa ampliação do reconhecimento e da proteção dos direitos do homem (BOBBIO, 1992).

“Direitos do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos” (BOBBIO, 1992, p. 28).

Para Bobbio (1992), não há direito sem obrigação e, não há nem direito nem obrigação sem uma norma de conduta. O autor discute o direito moral e a obrigação moral, quando diz que não se pode pretender que uma obrigação moral corresponda a um direito legal, já que a uma obrigação moral pode corresponder apenas um direito moral.

Apesar das inúmeras tentativas de análise definitiva, a linguagem dos direitos permanece bastante ambígua, pouco rigorosa e frequentemente usada de modo retórico, mas tem uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais.

Quanto aos problemas relativos aos direitos do homem, Bobbio (1992) entende que:

“O problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los e sim o de protegê-los, pois o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e num sentido mais amplo, político” (BOBBIO, 1992, p. 32).

A declaração Universal dos Direitos Humanos representa a consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais na segunda metade do século XX. É uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro: mas suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre (BOBBIO, 1992).

A efetivação de uma maior proteção dos direitos do homem está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. É um problema que não pode ser isolado, sob pena de não compreendê-lo em sua real dimensão.

As atividades, até aqui implementadas pelos organismos internacionais, tendo em vista a tutela dos direitos do homem, podem ser consideradas sob três aspectos: promoção, controle e garantia. Por promoção entende-se o conjunto de ações que são orientadas para este duplo

objetivo: induzir os Estados que não têm uma disciplina específica para a tutela dos direitos do homem a introduzi-la, os Estados que já têm a aperfeiçoá-la. Por atividade de controle entende-se o conjunto de medidas que os vários organismos internacionais põem em movimento para verificar em que grau as recomendações foram respeitadas. E, finalmente, por garantia entende-se a organização de uma autêntica tutela jurisdicional de nível internacional, que substitua a nacional. Enquanto a promoção e o controle tendem a reforçar ou aperfeiçoar o sistema jurisdicional nacional (BOBBIO, 1992).

Depois da Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945), diante dos relatos de abusos e atrocidades cometidos pelos nazistas, surgiu a mais importante das declarações, relacionada com os direitos individuais, econômicos e sociais, que foi proclamada pela resolução 217 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que defende como objetivo, garantir a todos a liberdade, a justiça e a paz no mundo (ONU, 1948).

Para abordar direitos humanos, Giovanni Berlinguer (2004), reporta-se às solenes declarações de princípio que têm valor universal, proclamadas no fim do século XVIII, na América e na França, retomadas nas constituições de muitos Estados e atualizadas em 1949 com a Declaração das Nações Unidas. Em 1999, ano de celebração dos cinquenta anos deste documento, em meio a várias denúncias de violações dos direitos humanos levou a denominá-lo de “Carta Traída”. O autor pondera ao considerar que mesmo sendo difícil fazer um balanço do bem e do mal é impossível negar que grande parte do bem conquistado foi estimulado pela afirmação dos direitos e deveres e que esse é o caminho a seguir. No entanto, os conhecimentos científicos e as transformações sociais requerem uma constante atualização desses aspectos.

No Brasil, os direitos sociais são reconhecidos constitucionalmente e, segundo a Carta Constitucional, cabe ao Estado a responsabilidade de atender esses direitos. Entre eles destacam-se o direito à saúde, educação, cultura, lazer, desporto, turismo e trabalho.

No entendimento de Habermas (1997), o direito humano é único e precisa ser diferenciado de um sistema de direitos, no qual, tanto a liberdade quanto a igualdade, assumem uma figura positiva. Para a garantia deste direito, o autor aponta as leis públicas, as quais só podem pretender a legitimidade, enquanto atos da vontade pública dos cidadãos autônomos e unidos. O autor prossegue dizendo que os direitos não são uma prática individual, mas, sim, uma relação de práticas sociais.

Os direitos humanos constituem um sistema de saber e outro de agir. Para isso, faz-se necessário a integração da tradição dos direitos subjetivos com os direitos sociais. Sendo

entendidos por direitos subjetivos, aqueles que correspondem à liberdade de ação do indivíduo. São eles que estabelecem a liberdade das ações iguais para todos os indivíduos portadores de direitos. Já, os direitos sociais, são apresentados referenciando a garantia das condições para o pleno exercício público do indivíduo. “São direitos fundamentais para que alguém possa participar ativa e livremente como cidadão, [...] o direito à educação, ao trabalho e à saúde figuram entre eles” (FRANÇA JR; AYRES, 2003 p.64).

No entanto, a presença de direitos requer deveres dos indivíduos enquanto membros livres e iguais. De acordo com França Jr. e Ayres (2003), pode-se perceber atualmente a presença de uma vertente neoliberal que vê um conflito no direito no que diz respeito à autonomia privada e à autonomia pública. Esta tendência postula que os direitos subjetivos devem ser prioritários aos demais.

Reconhecida e protegida pelo direito, entendida social, bioética e juridicamente, a saúde como um valor fundamental, passa a ser um correlato necessário ao próprio direito à vida (HOOFT, 2003 p.500).

Quanto ao direito à saúde, Berlinguer (1996) aponta a existência de dois aspectos relacionados, mas distintos na origem, nas formas de atuação e nas normas éticas envolvidas. O primeiro deles, relacionado ao direito à saúde e o segundo, ao direito à assistência médica, em caso de doença. O direito à saúde, segundo o autor, está relacionado ao direito fundamental que é a vida, considerando os seres humanos iguais e independentes, que não devem causar dano à vida, saúde, liberdade ou à propriedade do outro.

O Estatuto da Organização Mundial da Saúde - OMS (1948) preconiza que o gozo de níveis de saúde, o mais elevado possível, é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. Essa definição evidenciou-se nas constituições federais de vários países do mundo. Sob a influência do conceito da OMS, o Brasil incluiu na constituição de 1988 “A saúde como direito do indivíduo e dever do Estado”.

Para Berlinguer (2004), saúde é um bem indivisível, um dos processos mais íntimos do indivíduo e representa um dos fenômenos mais ligados à vida coletiva. O autor considera que a saúde tem um caráter duplo no plano moral: intrínseco, como presença, limitação ou ausência de capacidades vital (no limite, como antítese entre a vida e a morte) e instrumental como condição essencial para viver em liberdade.

Para Dejours (1982 p.7) a saúde deve ser entendida como algo individual (que não vem do exterior) da qual se depende, mutante, relacionada com a realidade ambiental material, afetiva, relacional, familiar e social.

“A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar e liberdade de dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando tem baixa glicemia. É, portanto a liberdade de adaptação” (DEJOURS, 1982 P.7).

Garrafa (1997) reforça a importância de se considerar o direito à saúde primeiramente ao direito à assistência, caso se necessite ordenar prioridades; isso não significa que este último não deva continuar sendo uma bandeira da saúde pública no país. Na prática, o direito à assistência tornou-se uma prerrogativa da cidadania censitária que reina nos países (Berlinguer, 1996). Até mesmo nos países industrializados, contudo, o "poder ser atendido" vem passando a constituir uma possibilidade apenas para aqueles que possuem renda. Por isso, acima da historicidade e da contingência do direito à assistência, deve ser superposta à universalidade do direito à saúde.

O autor reafirma ainda que, substituir direito à assistência pelo direito à saúde pode parecer aos mais desavisados um mero jogo de palavras, daqueles postos para surtir efeito. Entretanto, se por um lado o direito à saúde toca em questões de justiça social; por outro, o não cumprimento do direito à assistência pode ser visto como mera consequência de ineficácias administrativas. Propõe, então, a substituição do direito social pelo direito humano. É somente através da exigência do cumprimento do direito à saúde que iremos enfrentar questões como as apontadas pelo relatório acerca da saúde no mundo. Situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência, mas principalmente, o cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, através de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde.

Nesse sentido, o direito à assistência depende da convergência de interesses dos profissionais, do complexo médico industrial, de cidadãos, da capacidade de organização dos indivíduos excluídos da assistência.

Nesta pesquisa, estaremos discutindo o direito à saúde através do acesso à assistência pré-natal por mulheres de uma comunidade quilombola, com o propósito de traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para implantação de um sistema de saúde universal, integral e equânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito à saúde.

3.3 O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO DIREITO À SAÚDE

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foi resultado de um amplo processo de debate e reivindicações de trabalhadores, pesquisadores e movimento social. Embora sua implementação tenha principiado no início dos anos 90 e seus avanços possam ser sobejamente celebrados, ainda existe um longo caminho a ser percorrido para sua plena consolidação.

O processo de construção e consolidação do SUS, regido pelos seus princípios e diretrizes organizativas, compromete o Estado brasileiro com a garantia da universalidade de acesso, da equidade, da integralidade e da resolutividade da atenção e do cuidado à saúde. Agrega-se, ainda, a estas orientações, a responsabilização dos entes federativos por meio da descentralização, assim como da população em geral, quando convocados à participação social promovendo a democratização da gestão (COHN, 1999).

No que diz respeito à gestão, são robustas as evidências da necessidade da adoção da intersetorialidade como estratégia de abordagem dos determinantes de saúde. Por outro lado, ao mesmo tempo em que os compromissos com a saúde são introduzidos nos diversos setores que contribuem para a produção da saúde coletiva, o SUS se ressentido de um maior compromisso ético com os usuários dos serviços, o que vem sendo perseguido com as políticas atuais do Ministério da Saúde, de melhoria da qualidade e humanização do atendimento.

A saúde como direito está prevista na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1990).

No Brasil, o fato da atenção médica ter estado, por muitas décadas, intrinsecamente associada à previdência social imprime uma especificidade, com profundas raízes históricas, à atual questão da busca da equidade no direito dos cidadãos à saúde (COHN, 1999).

A indagação de fundo que se coloca na atual conjuntura, consiste em questionar até que ponto os diferentes setores sociais, sobretudo os segmentos mais desfavorecidos e espoliados da nossa sociedade, alcançam a real amplitude e até a radicalidade do artigo 196 da Constituição – “A saúde é um direito de todos e dever do estado” – ou fazem outra leitura do

texto entendendo, e reduzindo, saúde como mera assistência médica. Como decorrência, impõe-se repensar o que se convencionou denominar de reforma sanitária brasileira em termos dos limites e potencialidades dos movimentos sociais e políticos envolvidos nesse processo (COHN, 1999).

As décadas de 70 e 80 são fecundas em estudos diagnósticos, analíticos e propositivos sobre as questões da saúde no Brasil. Inquestionavelmente, o movimento da reforma sanitária conta com a liderança dos intelectuais da área da saúde coletiva, congregando estudiosos da saúde pública e da medicina social e de profissionais do setor público dos serviços de saúde.

Essas proposições ao movimento repousam seus princípios articuladores na estatização dos serviços de saúde, na constituição do Sistema Único de Saúde, na descentralização, na universalização e na equidade do direito à saúde.

Esses princípios, formulados já na segunda metade da década de 70, vão-se traduzindo, e aperfeiçoando, em medidas concretas na década posterior, produto do intrincado jogo de forças entre os setores progressistas – articulados em torno das teses reformistas e os setores conservadores (COHN, 1999).

Mas, se a concepção de saúde que se vai forjando no interior do movimento sanitário extrapola definitivamente os limites do saber e da prática médicas, inserindo o entendimento da produção social da saúde e da doença os processos sociais, isso não logrou até o momento mudanças significativas no próprio setor. Mais que isso, está ainda por se construir um novo modelo de atenção à saúde, buscando-se a nova qualidade de atendimento que deve acompanhar e atualizar esse novo conceito de saúde.

Constituir, portanto, a saúde “um direito de todos e dever do Estado” implica enfrentar questões sociais profundas, tais como a das iniquidades produzidas em relação aos serviços de saúde. Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contraposto a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculada às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país (COHN, 1999).

A autora enfatiza que, contribuir para a construção da saúde como um direito buscando entender esse processo implica esmiuçar o cotidiano dos movimentos sociais, da constituição da demanda dos serviços de saúde, da prática institucional dos agentes envolvidos, da estranha simbiose do saber popular e do saber científico na área da formulação das políticas

de saúde, da relação, enfim, entre os movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado.

A questão que se coloca, hoje, para o setor saúde é exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais, no geral reforçada pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais.

A desigualdade e a falta de equidade no acesso a equipamentos públicos traduzem a dinâmica das condições de ocupação das áreas periféricas urbanas. Uma demonstração inequívoca desse processo reside nas condições insatisfatórias de acesso, na precariedade do sistema viário e na disponibilidade dos serviços públicos existentes próximos ao local de domicílio. “Igualdade de acesso para necessidades iguais” é um princípio técnico que, à primeira vista, depende do provimento de condições estruturais – planos, recursos, serviços – que por si só regulariam a demanda e, conseqüentemente, a utilização dos serviços de saúde pela população (COHN, 1999).

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição (art. 196) para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais, projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes (COHN, 1999).

A distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço constitui a razão, assim, para orientar a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência médica.

O acesso assim entendido deveria ser em tese, a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta condição *sine qua non* para a regionalização e descentralização que a Constituição impõe. Essa concepção se pauta na acessibilidade do usuário ao serviço como mecanismo básico para que, de fato, as propostas se traduzam em resultados observáveis e mensuráveis.

Nesse sentido, garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde é função do Estado e das políticas que ele formula. Em contrapartida, a utilização efetiva realizada pela população é função do confronto que se estabelece entre os recursos oferecidos e a demanda conformada.

Entretanto, dadas as desigualdades em que se desdobra a qualidade de vida das diferentes regiões do país e conforme a concentração demográfica e os níveis de renda correspondentes, o critério de acesso faz parte intrínseca do modelo paradigmático da regionalização e hierarquização do binômio demanda/atendimento, prevalente no ideário da saúde pública, introduzido no país nos anos 20.

A acessibilidade no caso brasileiro, vista tecnicamente, leva em conta a disponibilidade dos serviços não só segundo a proximidade, mas também de acordo com o grau de morbidade da demanda, ou seja, o atendimento planejado supõe uma demanda hierarquizada por diferentes tipos de serviços, desde os mais simples até os mais tecnologicamente complexos. Esse modelo projetado pelas políticas de saúde no Brasil tinha por objetivo a montagem de um cenário a ser articulado pelas ações das instâncias governamentais regionais, predominantemente pelas secretarias de saúde dos estados e municípios. Contudo, por interferências, sobretudo das políticas previdenciárias de nível federal o cenário pretendido se torna mais complexo, modificando papéis e gerando modos diferenciados de utilização por parte daqueles que conformam a demanda (COHN, 1999).

Atualmente, o dever do Estado para garantir a saúde para todos se configura nos termos dos artigos 197 e 199 (inciso) 1º, da Constituição, na regulamentação, fiscalização e controle de um sistema único constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada por ações e serviços públicos em parceria “de forma complementar” com instituições privadas.

Para entender o papel do Estado, do ponto de vista da bioética, propõe-se a utilização do "princípio de proteção", entendido como uma especificação do princípio de responsabilidade, como o mais adequado para abordar os problemas morais relacionados com a saúde pública. Com base nesse princípio, definem uma bioética da proteção como sendo uma ética da responsabilidade social, em que deve se basear o Estado para assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas consideradas em seus contextos reais, que são, ao mesmo tempo, naturais, culturais, sociais e eco ambientais (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Assim, a proteção pode ser entendida como o resguardo ou cobertura de necessidades essenciais, ou seja, a proteção deve garantir que requerimentos moralmente legítimos sejam atendidos, de modo que toda pessoa necessitada possa estar em condições de conseguir outros bens, ou satisfazer outros interesses contidos em seus projetos de vida e que dependem da satisfação das necessidades básicas ou essenciais.

As políticas de saúde no Brasil restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, não consideram as condições de vida dos usuários e a carência maior em que sobrevivem – nutricional, habitacional e educacional – e se limitam a prover recursos de

assistência médica. A saúde para o brasileiro enquanto manifestação da qualidade de vida e tradução das necessidades concretas de atenção médica acaba assim por circunscrever-se ao momento da necessidade, da doença e da possibilidade de sobrevivência (COHN, 1999).

Deste modo, a grande maioria da população procura ter acesso aos serviços no contexto da manifestação da doença e não das condições necessárias para manter a saúde, não questionando a reprodução da dinâmica existente no âmbito político das ações de saúde, aceitando a vigência de práticas clientelistas e paternalistas. A saúde, portanto dificilmente é percebida como uma questão de cidadania e a concepção que ela predomina não se baseiam no âmbito coletivo. Daí a procura de serviços de saúde manifestar-se principalmente nas situações onde existem riscos completos e verificáveis e, portanto, em situações onde predomina a perspectiva curativa.

A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional entre as “resistências” que são oferecidas pelos próprios serviços, que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam e o “poder de utilização” que se forma através de experiências, percepções e valores, que se expressam nas razões para o bom atendimento, por parte de quem é atendido e conforma o seu perfil de demanda (COHN, 1999).

Para analisar esses problemas vivenciados na política de saúde pública que envolvem os princípios ou valores *prima facie* em jogo nas situações de conflito moral é interessante conhecer o Princípioalismo.

O princípioalismo é uma adaptação, feita por Beauchamp e Childress (1994), da teoria de princípios *prima facie* que Ross defendeu nos anos 30 em *The Right and the Good* (1930). O autor defendia a teoria de que a vida moral se desenvolve a partir de determinados princípios que são básicos e auto evidentes para toda a sociedade ocidental, porém, que não teriam caráter obrigatório ou absoluto, admitindo, portanto, exceções, de acordo com circunstâncias específicas.

Os princípios *prima facie* escolhidos por Beauchamp e Childress (1994), foram: beneficência; não-maleficência; autonomia e justiça, por considerá-los mais ou menos abrangentes da moralidade da cultura ocidental, preocupada (supostamente) em negociar e legitimar os princípios (ou valores) enraizados numa moral capaz de tornar congruentes os valores, *prima facie* antagônicos, do indivíduo e os da coletividade.

Os princípios de não-maleficência e beneficência correspondem às obrigações hipocráticas de atuar sempre (portanto ainda não *prima facie*) tendo em conta o bem estar do paciente (*bonum facere*) e de evitar causar-lhe danos (*non nocere*). Em particular, o princípio de

beneficência é considerado a “essência do ser médico” e expressa a obrigação de ajudar aos pacientes para além dos interesses destes, através da remoção e prevenção de agravos ou riscos à saúde. Em outros termos, demanda mais que o princípio de não-maleficência, porque requer medidas positivas e não apenas evitar causar danos à saúde.

Do ponto de vista de Berlinguer (1996; 2000), o fundamento ético do princípio da justiça é o de permitir e ajudar cada um dos seres humanos a serem verdadeiramente autônomos e, por meio de suas decisões livres, melhorarem a si mesmos e multiplicarem a riqueza moral e material da sociedade.

A questão da justiça ocupa um lugar de destaque nos aspectos relacionados à saúde, especialmente no caso brasileiro, onde a Constituição garante acesso universal e igualitário às ações e aos serviços.

A busca por uma justiça sanitária equânime em um país iníquo como o Brasil pressupõe uma luta árdua e repleta de percalços. O mais importante é a construção de políticas públicas de forma crítica e sempre com o olhar no resultado final, comprometido com os interesses dos socialmente excluídos e primando pela implementação de políticas de Estado que garantam a eficácia social dos sistemas de saúde.

Do ponto de vista de Cohn (1999), um dos princípios da equidade, “o tratamento desigual aos desiguais”, numa relação positiva, assume o seu oposto. Segundo a autora, cabe às populações usuárias dos serviços de saúde, elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para a sua maneira conquistar o direito à saúde.

A acessibilidade, portanto, não se traduz ao conceito de acesso pela proximidade, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade pela presença física dos recursos nas áreas onde existem. O acesso do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e sem dúvida é um elemento fundamental contido no princípio tomado linearmente, de que a oferta produz a demanda.

Portanto, o que deveria constituir-se na saúde como um direito de todos traduz-se como assistência social para os segmentos mais pauperizados da população, pois as formas sociais dos serviços de atenção à doença acabam por perder de vista a sua essência de manutenção da saúde, para inserirem-se nas condições gerais de produção.

3.3.1 A População Negra e o Acesso a Serviços de Saúde

São incipientes as iniciativas na produção de conhecimento das especificidades da população negra. No entanto, podem ser identificados vários estudos em contextos locais ou regionais. No geral, estes estudos vêm sinalizando a persistência das iniquidades na situação de saúde dessa população, como por exemplo, os estudos de Fry et al (2007); Maio (2005) e Monteiro (2004).

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações do Ministério da Saúde e demais instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS (nível Estadual e Municipal), com vistas a avançar na equidade da atenção à saúde da população negra foi criado o Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, instituído através da portaria nº. 1678/GM Em 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004).

Além dessa iniciativa, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão lançou o Plano Plurianual 2004-2007, que é uma orientação estratégica de Governo, apresentando em seus objetivos a inclusão social, especificando a proposta de promoção da redução das desigualdades raciais e de gênero. Além disso, aborda a promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia, propondo a implementação de uma nova gestão pública, mais ética, transparente, participativa, descentralizada, com controle social e orientada para o cidadão brasileiro (BRASIL, 2007).

Dando continuidade a essa proposta de governo, o Ministério da Saúde (2005) lança o Plano Nacional de Saúde, publicado no Diário Oficial da União nº. 238, de 13 de dezembro de 2004, que serve de instrumento de direcionabilidade das políticas de saúde do SUS e foi desenhado a partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, do Plano Plurianual 2004-2007 e do Projeto Saúde 2004. Esse Plano apresenta como diretriz atentar à condição de saúde de populações vulneráveis, especificando dentre elas a população do campo, os negros, índios, crianças, adolescentes, mulheres, idosos, trabalhadores, portadores de deficiências e presidiários.

Todas essas intervenções no sentido de ampliar o acesso das populações vulneráveis não são recentes, pois já em 1989 a convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que teve como tema central os povos indígenas e tribais, adotou em sua parte V – Seguridade Social e Saúde, Art. 25:

“Os governos deverão zelar para que seja colocado a disposição dos povos interessados, serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria

responsabilidade e controle, afim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental”;

“Os serviços de saúde deverão ser organizados na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais”.

No Brasil, buscando garantir o pleno acesso da população aos serviços de saúde, a Constituição Federal em seu Cap. II, seção II, art.198 e a Lei Orgânica da Saúde no cap. II, art.7º, definem claramente que as ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e hierarquizadas, e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade (BRASIL, 2005).

Entretanto, decorridos 18 anos da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a universalidade do acesso aos serviços de saúde é, se não o maior desafio para a real implantação do SUS, uma grande conquista social por alcançar.

Nos dias atuais, os serviços de saúde ainda apresentam algumas características que não condizem com o proposto pelo SUS, dentre elas podemos destacar: privatização do setor saúde, satisfazendo muitas vezes, à lógica do setor privado que visa o lucro sobre ações curativas realizadas na média e alta complexidade; divisão entre público e privado, sendo o primeiro responsável pelas ações coletivas e o segundo pelas ações de caráter individual (mais rentáveis); discriminação entre a população com vínculo e sem vínculo empregatício, ficando a primeira com acesso facilitado a serviços mais diversificados e a segunda com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (COHN, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o cumprimento de princípios norteadores que direcionam a sua implantação e efetivação com uma nova prática de organização dos serviços e um novo olhar, também, para a saúde de populações marginalizadas e conseqüentemente vulneráveis às iniquidades impostas por uma sociedade capitalista e excludente.

Considerando a necessidade de discutir as iniquidades de origem étnico-racial, a desigualdade social foi um dos pontos de pauta da 12.^a Conferência Nacional de Saúde de 2003. Desta forma, aprovou um conjunto de deliberações visando à inclusão do recorte raça/cor, que repercutiu imediatamente na elaboração do Plano Nacional de Saúde, definindo ações específicas para o SUS com o objetivo de reduzir estas desigualdades (BRASIL, 2006).

Visando a discutir a institucionalização da saúde da população negra, foi realizado no período de 18 a 20 de agosto de 2004 o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, a

partir da iniciativa do Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID) e do Programa das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) (BRASIL, 2006).

Este evento cumpriu papel importante neste processo onde foi apresentado um manifesto resultante da participação e mobilização social, que conquistou do Ministério da Saúde o compromisso com os seguintes encaminhamentos propostos: disseminação de informação sobre a doença falciforme, como patologia de grande prevalência na população negra; priorização de ações dirigidas às comunidades quilombolas, de modo a incluí-las definitivamente nas ações do SUS; utilização do quesito cor na produção de informações para o processo decisório da gestão em saúde, na agenda de pesquisa e na educação permanente; organização de ações na área de Atenção em Saúde que levem em consideração as desigualdades sociorraciais, em que seja garantida a resposta às necessidades da população negra e à integralidade, sem discriminação (BRASIL, 2006).

Torna-se importante reafirmar que a legislação não distingue e não discrimina nenhum grupo populacional. No entanto, as raízes da discriminação étnico-racial residem também naqueles que operam o SUS. Por outro lado, as desigualdades sociais encontradas na população negra comprometem definitivamente o princípio da equidade, requerendo dos gestores, medidas objetivas que garantam a universalidade do acesso aos serviços de qualidade, fundamentando estratégias de provimento de atenção especial a este grupo populacional, com o intuito de corrigir as iniquidades (BRASIL, 2006).

Segundo Berlinguer (1996) *apud* Verdi (2002, p.192), iniquidades são desigualdades que à luz do princípio da justiça distributiva são consideradas injustas. Devem ser consideradas iniquidades as diferenças que apresentam duas características conjuntas: são desnecessárias e evitáveis, reprováveis e injustas.

Discutir desigualdade em saúde requer conhecê-la não como um fenômeno recente ou próprio da modernidade, mas como uma preocupação que marca a humanidade desde os primórdios. Segundo Verdi (2002), a desigualdade tem sido vista e revista ao longo da história, em diferentes sociedades e a partir de diferentes óticas. Muitas análises têm sido produzidas, algumas partem da realidade concreta, mostrando as conseqüências perversas sobre a sociedade por escolhas políticas injustas; outras, ao contrário, preferem discutir teoricamente partindo da face positiva deste fenômeno, a igualdade.

A autora relata que têm sido discutidas diversas formas de intervenção no cenário das desigualdades, desde aquelas ligadas à seleção de critérios para o estabelecimento de prioridades da distribuição de recursos, até as políticas de discriminação positiva numa sociedade plena de iniquidades.

Berlinguer (1996) prefere falar de equidade no lugar de igualdade, apontando de um lado, para o valor intrínseco e irreproduzível de cada pessoa e, de outro, a importância de medir atos que renovam os obstáculos ao bem estar humano, aqueles que não podem ser superados com a vontade e comportamentos pessoais. A superação destes obstáculos representa o desafio mais relevante da relação ética e saúde na atualidade.

Para Berlinguer (2004), a equidade na saúde implica que cada um deveria ter oportunidade justa de atingir a própria expectativa de vida potencial e que ninguém deveria sofrer desvantagens para atingi-la, se isso puder ser evitado.

Garrafa (2003) comenta que em relação à equidade, a igualdade seria a sua conseqüência desejada, isto significa entender o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais como condição primordial para o alcance da igualdade. A verdadeira igualdade não seria, portanto, um simples ponto de partida ideológico em direção à anulação das diferenças, mas sim um ponto de chegada fundamentalmente guiado pela justiça social.

A igualdade não é inata, característica de uma natureza humana é o produto da ação dos homens em sociedade e, portanto, não é constituinte da esfera privada, muito menos do âmbito da personalidade individual, é uma categoria da esfera pública. As sociedades diferem entre si e no tempo em relação à adoção de igualdade como valor das interações sociais.

A desigualdade social tem sido uma das características predominantes no desenvolvimento histórico do Brasil, mesmo considerando apenas o período republicano. Os âmbitos regionais e rurais da desigualdade social nunca foram superados e modelo de desenvolvimento industrial concentrador acabou produzindo sua intensificação. Ao longo das últimas décadas sempre foram as camadas mais pobres as que viram o seu futuro de renda e consumo cada vez mais longínquo. A situação agravou-se enormemente a partir das crises econômicas dos anos 70 e 80 e, na década de 90, o Brasil foi classificado por organismos das Nações Unidas como um dos países de maior desigualdade social (PERLMAN, 1977 *apud* ESCOREL, 1999).

Verdi (2002 p. 221) utiliza-se da seguinte argumentação para abordar desigualdade social:

“A revisão de modelos de desenvolvimento e das políticas públicas fundadas na equidade se mostra imperativa numa sociedade como a brasileira, onde o perfil caracterizado como dual, com áreas de modernidade e de atraso, vem sendo substituído por um perfil de sociedade integrada por dois grupos sociais: os incluídos e os excluídos”.

Do ponto de vista da autora, a restauração dos direitos humanos violados, através de políticas públicas ativas que recuperem o sentido de dignidade da vida, sem dúvida, é imprescindível para a luta contra as iniquidades, contribuindo significativamente no rompimento do círculo perverso de pobreza e exclusão.

Portanto, entendemos que, a constatação das repercussões destas desigualdades sobre o processo de adoecimento e das condições de saúde da população negra exige a formulação de políticas sociais e de saúde com vistas à redução das diferenças sociais, culturais, educacionais e econômicas, que promovam a sua inclusão social.

3.4. A SAÚDE DAS MULHERES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

3.4.1. Do Aconselhamento à Gestante à Assistência Pré-Natal: da literatura à normatização da atenção à gestante.

Na primeira fase do século XIX e mesmo antes, o cuidado à mulher grávida era limitado a recomendações acerca do estilo de vida. Poucas terapias eram praticadas, poucas técnicas de monitoramento eram usadas, como a palpação abdominal e poucas mulheres eram contempladas com cuidados clínicos durante a gravidez (VIEIRA, 2005).

Em 1837, Thomas Bull publicou a primeira obra abordando o cuidado pré-natal, intitulada: “Hints to Mothers for Management of Health during the Period of Pregnancy and in The Lyng-in-room With an Exposure of Common Errors in Connection With These Subjects” (Indicações de manejo da saúde da mãe durante o período de gravidez e na sala de parto, com uma exposição de erros comuns em relação a estes temas) (OAKLEY, 1984 *apud* VIEIRA, 2005).

Em 1789, Tenon, um professor de patologia do Colégio de Cirurgiões em Paris, pesquisou os hospitais dessa cidade e constatou que o famoso hospital parisiense, Hotel Dieu, era um centro para trabalho obstétrico. Admitia mulheres grávidas no final da gestação. Se elas pediam um "refúgio secreto", eram transferidas para o hospital de "la Salpêtrière", onde recebiam proteção especial. O Hotel Dieu admitia gestantes doentes com gestação mais precoce, por exemplo, quando a mulher tinha trabalho pesado ou vinha de uma viagem longa,

podendo internar no sétimo mês, especialmente se apresentasse dor, útero baixo ou alguma dilatação do colo. Vale ressaltar que a assistência voltada para o bem-estar materno e infantil iniciou na França em 1890, sendo considerado como o começo do adequado movimento do cuidado pré-natal (VIEIRA, 2005).

Nessa época, houve uma grande preocupação com as gestantes abandonadas, e faz-se referência à criação de centros para a sua proteção. Pinard (1892) *apud* Vieira (2005) escreveu sobre o trabalho de Madame Becquet de Viena, que possuía um estabelecimento na Avenida de Naine em Paris considerado o primeiro refúgio para as mulheres grávidas abandonadas. Pinard alegava que o parto, nesse estabelecimento, gerava bebês grandes e saudáveis. Entre 1892 e 1904, umas dez mil mulheres receberam atenção de tais instituições francesas (VIEIRA, 2005).

Na Grã-Bretanha, uma instituição semelhante à da França, o Lauriston Prematurity Home, foi fundada em 1899, em Edinburg, junto ao Royal Maternity Hospital, com a finalidade de dedicar cuidados às mulheres grávidas solteiras (VIEIRA, 2005).

Para o estabelecimento da racionalidade do pré-natal moderno, dois tipos de estratégias foram especialmente importantes: uma relacionada ao profissional médico, pretendendo conhecer mais o que tinha dentro do útero do que a própria mulher em si; e o outro, referindo-se à questão do controle do término da gestação, ou seja, começo do parto (VIEIRA, 2005).

Já em 1901, iniciava-se outra fase, em que nos Estados Unidos introduziram-se às visitas domiciliares e as internações hospitalares na assistência às gestantes (Boston Lyngin-Hospital). Na Austrália, em 1910, abriu-se a primeira clínica especializada em pré-natal (T.G. Wilsom), com a assistência fundamentada nas idéias de Ballantyne, que sistematizava a assistência pré-natal na: supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas; no diagnóstico e no tratamento precoce das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno e na redução da mortalidade perinatal (NEME, 1994).

Há dois estágios principais na evolução da gestação como incorporação do discurso médico. O primeiro, nos séculos dezessete e dezoito, em que a gestação consistia como sendo um processo natural. O segundo foi a gradual redefinição da gestação como uma doença, tornando-se então um fenômeno médico. Este processo realmente tornou-se marcado a partir de 1950, embora tenha se desenvolvido ao longo do cuidado clínico pré-natal como um movimento em si (OAKLEY, 1984 *apud* VIEIRA, 2005).

A assistência à mulher é, acima de tudo, um direito, especialmente de sua fecundidade, ratificado na Declaração de BEIJING, na 4ª Conferência Mundial sobre os Direitos da Mulher (MOURA 1997).

Portanto, inicia-se uma nova fase, onde políticas públicas de saúde voltadas para mulheres são implantadas em muitos países, pois as mulheres passam a organizar-se em movimentos sociais, reivindicando seus direitos, inserindo-se na gestão pública e no mercado de trabalho. Nos países desenvolvidos, foram criados serviços e setores de pré-natal buscando medidas de caráter preventivo com relação à saúde da mulher. As novas medidas foram acompanhadas de melhora significativa dos índices perinatais, que se têm mantido estáveis nos últimos anos.

3.4.2 Saúde da Mulher: breve histórico e conquistas

O século XIX é um marco na transição entre o passado medieval, a era moderna e a cultura contemporânea e nesse século ocorre a entrada da mulher no mercado de trabalho, surgindo os questionamentos sobre as famílias extensas, a família nuclear, patriarcal e aparece como resultado, a visibilidade da opressão sobre a mulher (CASTILHOS, 2006).

Ao assumir o trabalho fora de casa, a mulher passa a vivenciar o conflito do gerenciamento entre o público e o privado, iniciando a dupla jornada de trabalho, além disso, desempenha papéis reprodutivos com demandas especiais correspondentes ao genótipo feminino, das quais ressaltamos a gestação, parturição e o puerpério (WALL, M. *et al* 2006).

Em 1960, foi lançada a pílula anticoncepcional. Os eventos na área da reprodução multiplicam-se de forma acelerada, proporcionando à mulher o direito reprodutivo, regulando sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, exigindo que os homens assumam responsabilidades pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade (CASTILHOS, 2006).

É interessante resgatar a história da assistência à mulher no nosso país, para entender o processo. A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. No final do século XIX, já se prestava assistência materno-infantil, através de consultas no período pré-natal, porém sem nenhuma sistematização clínica (SERRUYA, *et al* 2004).

Até à década de 70, a assistência à mulher, como política de governo, não era norteadas por uma estratégia específica que contemplasse as questões de saúde da mulher. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres em associação com profissionais de saúde e traduzido nas bases programáticas do Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983 (DAVIS-FLOYD, 2001; OSIS, 1998 *apud* COUTINHO, 2003).

Em 1975, durante o regime militar foi criado o Programa Materno-Infantil (PMI) que contemplava a prevenção da gestação de alto risco, mas não continha critérios e estratégias adequadas, o que inviabilizou a sua implementação (GALVÃO, 1999).

O PMI seguia as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que priorizava as estratégias de intervenção em grupos de riscos ou em situações de vulnerabilidade. Era caracterizado pela verticalidade – com estratégias e recursos próprios e sem articulações entre as várias propostas de implementação e demais programas e estratégias (ROCHA, 2004).

Esta verticalidade preconizada pelo PMI ocorria através do estabelecimento de metas operacionais para os serviços a partir de decisões centrais formuladas pelo Ministério da Saúde. Não existia qualquer relação com as necessidades identificadas por meio da avaliação epidemiológica local. Além disso, os recursos financeiros eram específicos para o suprimento dessas metas predeterminadas aos Estados e Municípios, não permitindo aos gestores locais a programação de ações que fossem mais adequadas às reais necessidades de saúde de suas populações (COSTA, 1999).

A partir de meados da década de 1980, observa-se, no cenário nacional, um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. As mulheres passam a expor suas reivindicações que dizem respeito às temáticas (que também se tornam públicas): direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde, e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico (SEPÚLVEDA, 2007).

O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (SEPÚLVEDA, 2007).

Em 1983, o Estado Brasileiro, através do Ministério da Saúde (MS) assume publicamente uma política de assistência à mulher com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM (LINDNER, *et al* 2006), que era coordenado pela Divisão de Saúde

Materno Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde - DINSAMI/SNPES, com o apoio técnico-financeiro da organização Pan-americana de Saúde (BRASIL, 1983).

O PAISM representava uma esperança de resposta ao quadro epidemiológico da população feminina. Grandes esforços foram empreendidos pelos movimentos sociais, principalmente o de mulheres, visando a implantação daquela prática assistencial, convencidas de que aquele modelo proposto pelo PAISM seria capaz de atender as necessidades globais da saúde da mulher (COELHO, 2000).

Objetivando a implantação do PAISM em todos os Estados da federação brasileira, a partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas “ações básicas de assistência integral à saúde da mulher”, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério (WALL *et al* 2006).

O Movimento Sanitário exigia do Estado um sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dentro deste modelo de assistência, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), deveria ser aplicado na exata dimensão das necessidades, usando tecnologia apropriada e simplificada.

O PAISM compreendia o atendimento integral à saúde da mulher em ações relacionadas à gravidez (pré-natal, parto, puerpério, aleitamento materno), prevenção do câncer ginecológico, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e climatério. Buscava também ações educativas que modificassem as relações de poder referentes ao gênero, com garantia da participação efetiva da mulher no gerenciamento dos programas de saúde, no controle social e na execução de ações no nível comunitário.

Apesar de ter representado avanço importante nos direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua efetiva implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, impedindo-o de transformar-se em agente gerador de uma assistência integral à saúde de toda mulher. A assistência pré-natal, dentro do PAISM, avaliados os indicadores disponíveis já no final da década de 90, mostrava que a qualidade da atenção à gestante deixava muito a desejar diante das expectativas de um país com recursos financeiros e humanos como o Brasil (GALVÃO, 1999).

Somente a partir do século XX, ocorrem mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido, com a criação de instituições de assistência pública. Houve então modificações em relação à política de assistência à infância, com a evolução das práticas

médicas e hospitalares e o avanço de tecnologias para a sobrevivência de crianças prematuras, com o surgimento de incubadoras e respiradores. Surgiram ainda os locais para assistência ao recém-nascido, denominados de berçários e os primeiros centros de prematuros (CHRISTOFFEL, SANTOS, 2003).

Essas mudanças na assistência repercutiram também nas mulheres, principalmente nas moradoras das grandes metrópoles, que deixam de parir com a ajuda de outras mulheres e passam a ser assistidas em instituições de saúde, com a presença de profissionais, transformando e medicalizando o cenário do parto e nascimento (CHRISTOFFEL, SANTOS, 2003).

A medicalização e instrumentalização da assistência obstétrica foram marcantes no século XX no mundo ocidental. A evolução tecnológica foi de inegável valor na propedêutica e é um instrumento fundamental para a medicina, porém, necessita ser acompanhada por uma filosofia que fortifique a relação entre a "sofisticação" terapêutica e semiótica e um sistema assistencial que priorize a atenção integral à saúde da mulher (GALVÃO, 1999).

Essa medicalização e instrumentalização da assistência obstétrica ocorrem em função da influência do modelo biomédico² que deixa suas marcas no cotidiano do trabalho em saúde há mais de três séculos. Revisitando as definições e teorias relacionadas à medicalização, Poli Neto e Caponi (2006) apresentam a visão de Illich (1979) que enfatiza uma visão vertical de poder, de uma medicina que gera dependência e retira a autonomia das pessoas a partir da internalização do discurso médico e do abandono das práticas populares.

Segundo os autores “a geração de dependência diminui a saúde e a capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas, não havendo um avanço real em saúde” (POLI; CAPONI, 2006, p. 25).

A insatisfação com esse modelo biomédico de atenção à saúde deflagra a formação de um movimento pela humanização do parto e nascimento e essa iniciativa vem se afirmando nos dias de hoje e tem congregado profissionais, gestores e serviços de saúde, associações de classe, organizações não governamentais, dentre outros (CHRISTOFFEL, SILVA, 2003).

Buscando priorizar a humanização da assistência às gestantes e ao recém-nascido, através da melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Portaria/GM nº. 569 de 1/6/2000), que apresenta uma nova estratégia de melhoria da qualidade da atenção obstétrica, tendo como paradigma conceitual a

² Relatório Flexner (ROS MAD, 2000).

humanização na perspectiva dos direitos da mulher, considerando-a como sujeito ativo de sua própria saúde (SERRUYA, *et al* 2004).

Esse programa apresenta objetivos bem definidos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (assistência na qual a idéia de qualidade de atenção humanizada seja centrada individualmente em cada mulher, e não no coletivo por meio do total de consultas ou total de exames realizados). Inclui na questão da humanização o “empoderamento”³ da mulher, fortalecendo o seu papel de protagonista na gestação e no parto, mantendo sua autonomia e tornando a relação com o profissional uma relação de igualdade. Sua implementação colocou em discussão a atenção pré-natal, buscando redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais (SERRUYA, *et al* 2004).

Quando pensamos em uma mulher grávida não podemos nos deter especificamente no trabalho de parto e nascimento. É necessário reforçar a importância de um pré-natal de qualidade, pautado no acolhimento e com a garantia de acompanhamento, assegurando à mulher a prestação de uma assistência pré-natal integral.

O PHPN é o programa vigente no país atualmente. Este modelo de assistência pré-natal tem sido amplamente discutido, uma vez que é praticado em todo o mundo.

“O acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal, é um direito inalienável da cidadania” (BRASIL, 2007, p 8).

Além do exposto, o Ministério da Saúde ofereceu incentivos financeiros para as atividades relativas à assistência pré-natal, destinando aos Municípios cerca de R\$ 123 milhões, que teriam um incentivo direto de R\$ 10,00 por cada gestante cadastrada até o quarto mês no pré-natal e que cumpra pelo menos seis consultas, realize os exames laboratoriais e receba vacinação contra o tétano. Além de receber R\$ 40,00 pelo término do pré-natal, ou seja, na consulta de puerpério, com isso estimulando os Municípios a intensificarem junto aos profissionais a captação precoce das gestantes e garantir sua assiduidade no pré-natal (BRASIL, 2007).

Em 2004, o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher passa a ser uma política, quando o governo brasileiro propõe a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

³ Anglicismo, do inglês, “empowerment”.

Mulher. Esta política apresenta um Plano de Ação para o período de 2004 a 2007 e define medidas para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade das ações tradicionalmente existentes nos níveis locais de saúde, propondo que sejam introduzidas ações que dizem respeito a segmentos sociais excluídos de atenção que são: mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as no climatério/menopausa e na terceira idade (BRASIL, 2004, P 6).

Portanto, apesar do inegável avanço das políticas públicas voltadas para mulher, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos Municípios e Estados brasileiros, pois a efetivação desta política depende igualmente dos gestores e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino.

3.4.3. Acesso à Assistência Pré-Natal como Direito à Saúde

A descentralização das ações e serviços de saúde é um princípio básico a nortear o Sistema Único de Saúde (SUS) e seu curso vem avançando desde a década de 90, quando o nível federal transferiu as responsabilidades da gestão e da prestação de serviços de atenção à saúde para os Estados e, principalmente, para os Municípios.

No final do ano de 2001, 99% dos municípios encontravam-se habilitados às condições de gestão definidas pelo Sistema⁴ embora ainda persistissem contradições entre o *status* de habilitados e o desenvolvimento prático da gestão e oferta de serviços. Assim, a população de gestantes deveria ser atendida no primeiro nível do sistema, no ambulatório, tendo a ‘garantia’ da assistência básica nos Municípios por meio da habilitação destes pela Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB)⁵ e, posteriormente, através da Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA)⁶ (ROCHA, 2004).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS, 2001) estabeleceu critérios de regionalização nos Estados, propondo uma reorganização do sistema, o que significa, em linhas gerais, ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica e estabelecer o processo de regionalização da assistência. Desse modo, busca imprimir maior eficácia,

⁴ Ministério da Saúde. Relatório de Gestão, 2001.

⁵ Norma Operacional Básica (NOB) de 1996.

⁶ Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS0 de 2001).

eficiência e equidade ao sistema através da organização e da articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Através da NOAS são definidos sete grupos de ações estratégicas e mínimas para a atenção básica: controle da tuberculose, da hipertensão arterial, dos diabetes Mellitus e da hanseníase, bem como ações de saúde bucal, de saúde da criança e de saúde da mulher (BRASIL, 2001).

O aumento da cobertura assistencial mediante o incremento da participação do setor público na prestação dos serviços de saúde é medida que se baseia nos princípios doutrinários do SUS, os quais têm na descentralização e na universalização das ações de saúde, passando o nível local a constituir-se no principal responsável pelas ações de saúde promovidas pelo Estado junto à sociedade (ROCHA, 2004).

Das ações de atenção à saúde da mulher, na assistência pré-natal, o acesso constitui um primeiro indicador bastante sensível para revelar a qualidade dos serviços avaliados. Assim, a cobertura do pré-natal consiste em um dos principais indicadores do Pacto de Atenção Básica do SUS.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

Em portaria de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde de 2006 e em seu artigo 2º aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, percebe-se que a prioridade no atendimento à população materno-infantil tem norteado o discurso das políticas de saúde. A necessidade da ampliação da cobertura da assistência pré-natal, através da garantia ao acesso de serviços de saúde tem sido ressaltada em muitos países, como essencial para o alcance dos objetivos relacionados à redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade materna e infantil (GOMES, 1995).

Apesar das ações voltadas à saúde da mulher no Brasil, as desigualdades no acesso à atenção pré-natal são marcantes, pois são as gestantes de maior risco⁷ – as de baixa renda, de baixa escolaridade, com antecedentes obstétricos desfavoráveis, com déficits nutricionais pré-gestacionais, de menor ganho ponderal durante a gravidez, as adolescentes etc. – as que apresentam os piores indicadores de utilização dos serviços de saúde, como, entre outros, o início tardio do pré-natal, o menor número de consultas (NOGUEIRA, 1994; GOMES, 1995 *apud* ROCHA, 2004).

Quanto à qualidade da assistência ao pré-natal, o manual técnico do Ministério da Saúde (2000, p 9) afirma:

“O principal objetivo da assistência ao pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez – período de mudanças – que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo” (BRASIL, 2000).

Dessa forma, o atendimento pré-natal de qualidade privilegia, além das ações técnicas, preventivas e de controle, os aspectos emocionais, subjetivos e de apoio social.

Buscando a qualidade na assistência pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda um número mínimo de seis consultas de pré-natal para o bom acompanhamento das gestantes. Dados oficiais mostram que, embora existam dificuldades para a realização dos procedimentos previstos no pré-natal, houve aumento do número de consultas de gestantes no SUS (BRASIL, 2005).

Rea (2002) *apud* Rocha (2004) afirma que a obrigatoriedade das consultas de pré-natal objetiva prevenir a mortalidade materna, que ainda é bastante elevada no Brasil, prevenir e/ou tratar as doenças da mãe e o nascimento de bebê prematuro, de baixo peso ou com patologia que se pode prevenir.

Experiências, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foram implantados em muitos municípios do Brasil podem contribuir com questões tão complexas voltadas para a saúde materno-infantil, foco desse estudo, através das atividades “extramuros”, como as visitas domiciliares, realizadas pelos agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe no acompanhamento de

⁷ Gestação de alto-risco é prenhez com evolução desfavorável para o conceito. Esse “alto-risco”, intimamente associado à evolução fetal, pode estender-se ao prognóstico materno (REZENDE, MONTENEGRO, 1995).

gestantes, crianças e adolescentes, contribuindo, também, com a redução da morbimortalidade materna e infantil.

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso (PAIM, 2002).

Surgido em 1994, e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Desde 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (2002), (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada.

Dados do Ministério da Saúde apontam para os resultados alcançados em 2007, quanto à cobertura do PSF no Brasil, onde foram implantadas 27.324 Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 5.125 mil municípios e uma cobertura populacional: 40,9 % da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2004).

Apesar das políticas e programas implantados e implementados pelo Ministério da Saúde, a questão do acesso ao pré-natal e parto constitui ainda um grave problema a ser enfrentado pela gestão do sistema, embora avanços sejam reconhecidos. Outra questão fundamental a ser pensada diz respeito à qualidade da assistência prestada tanto no atendimento ao pré-natal como no atendimento ao parto e ao nascimento, que está ligada diretamente à conformação do modelo hegemônico da atenção obstétrica – o tecnocrático –, que é altamente medicalizado e responsável por intervenções indiscriminadas no processo da gestação, do parto e do nascimento, recorrendo-se à aplicação de tecnologias, na maioria das vezes, inadequadas (ROCHA, 2004).

A atenção pré-natal está inserida na atenção primária e cada vez mais se faz preciso trabalhar para a ampliação de seu acesso nas regiões brasileiras bem como a de sua capacidade resolutive.

Hoje, a atenção à saúde da mulher é um campo de intensa preocupação e a assistência pré-natal é um dos focos que tem merecido destaque crescente e especial. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal. A própria literatura especializada tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência, relegando a um segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo das consultas (SILVEIRA *et al* 2001). Esse conteúdo retrata com maior fidelidade o processo do atendimento e tem sido confirmado como preditor significativo do prognóstico do nascimento (KOGAN *et al* 1994 *apud* COUTINHO, 2003).

Neste sentido, percebe-se a importância do acompanhamento e avaliação dos programas, serviços de saúde e profissionais envolvidos com a assistência pré-natal, pois segundo Donabedian (1988) é a avaliação do processo de um programa de saúde que analisa realmente o seu funcionamento, pois contempla os cuidados efetivamente fornecidos e recebidos na assistência. Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividades dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados. Ademais, a desobediência às normas e rotinas do programa, principalmente a inadequação dos registros das consultas, tem sido apontada pela própria literatura como um dos principais obstáculos para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência pré-natal (SILVEIRA *et al* 2001).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (PITANGUY, 1999).

Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001 *apud* COUTINHO, 2003).

Reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde das populações de países em desenvolvimento é meta prioritária do plano "Saúde para Todos no Ano 2000" implementado pela Organização Mundial da Saúde, desde 1978. Tal filosofia tem como

postulado assegurar a todos os indivíduos de uma população igual probabilidade de receber assistência à saúde quando necessário (SAMAJA, 1994; 1996 *apud* SILVA *et al* 2000).

Dessa feita, entendemos que avaliar as desigualdades no uso dos serviços básicos de saúde implica, sobretudo, extrapolar os estudos de demanda para alcançar também os indivíduos fora do sistema, identificar possíveis focos de exclusão, compensando as diferenças existentes.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa e design descritivo. Segundo Minayo (2008), “o estudo qualitativo trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”; com relação ao estudo descritivo Triviños (1998: p20) conceitua como “aquele que pretende descrever, os fatores e fenômenos de determinada realidade”.

A pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas entender as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional; e que pode ser resgatada através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum; “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais: a abertura, a flexibilidade, a capacidade de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação” (MINAYO, 1998).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O contexto ou local do estudo simboliza “um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação” (MINAYO, 1998).

Esse processo de conhecimento da realidade faz parte dos princípios éticos e metodológicos da pesquisa qualitativa, objetivando a reestruturação do projeto de pesquisa antes de ir ao contexto para desenvolver o estudo, com a finalidade de garantir a possibilidade do seu desenvolvimento. Essa aproximação inicial é caracterizada como a fase exploratória da pesquisa.

A fase exploratória da pesquisa representa um momento de interação com o contexto. É a fase em que o pesquisador se aproxima do contexto e dos sujeitos do estudo para conhecer e selecioná-los, se fazer conhecer, negociar todo o processo e dar início à coleta de dados. É

uma fase que propõe modificações – se necessário – da pergunta de pesquisa, delimitar melhor o problema, definir os instrumentos de coleta de dados e decidir sobre o local do estudo e a população (sujeitos do estudo). É também o momento oportuno para formalizar a pesquisa (PATRÍCIO 1999).

Com base no conhecimento do cenário da pesquisa, de seus sujeitos e problemática vivenciada desenvolvemos a pesquisa na Comunidade Remanescente de Quilombo, que está localizada na área de abrangência do Município de Macapá, Estado do Amapá.

O Estado do Amapá está localizado no extremo Norte do Brasil, com uma população de 585.073 habitantes, onde 86,15% concentram-se na zona urbana e os demais na zona rural 13,85% distribuída em 16 Municípios (IBGE, 2007). Abriga uma grande diversidade de culturas indígenas com uma população 6.800 habitantes, representadas por oito diferentes etnias distribuídas em 49 aldeias: Aparai, Wayana, Tirió, Waiãpi, Palikur, Galibi, Galibi-Marwono e Karipuna.

Além das comunidades indígenas, o Estado também dispõe de Comunidades Quilombolas. Atualmente existem cerca de 80 comunidades afro-descendentes mapeadas no Amapá, sendo que 36 denominam-se e afirmam-se como comunidades remanescentes de quilombo, porém apenas três delas têm reconhecimento de suas terras como áreas de quilombo: Curiaú, Mel da Pedreira e Conceição do Macacoari (AMAPÁ, 2007).

Na área da saúde, o Projeto Político do SUS no Estado obteve nos últimos anos avanços significativos e importantes. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006) dos 16 municípios do Estado, 16 estão habilitados na gestão Plena da Atenção Básica, sendo que 02 Municípios na gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

A capital do Estado, Macapá, única capital brasileira banhada pelas águas do Rio Amazonas, localizando-se na sua foz à margem esquerda, possui uma população de 344.194 habitantes (IBGE, 2007). O Município de Macapá está habilitado na gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A população conta com hospitais, pronto-socorros, postos médicos, equipamentos modernos, além de clínicas e laboratórios da iniciativa privada. (AMAPA, 2000).

Em Macapá está um dos mais importantes quilombos do Estado do Amapá, localizado a 08 km, na porção norte da Cidade de Macapá. Segundo SILVA (2004), esse quilombo constituiu-se de pessoas de origem africana, onde vivem descendentes de escravos, trazidos para o Amapá para construção da Fortaleza de São José, no período de 1764 e 1782. Esta fortaleza está localizada na foz do Rio Amazonas, em frente à cidade de Macapá, para garantir o domínio lusitano no extremo norte do Brasil.

O quilombo em estudo é constituído por cinco comunidades e conta com uma área total de 21.676 ha. Foi instituído como Área de Proteção Ambiental - APA, através do Decreto Estadual n.º 1417, em 28 de Setembro de 1992 (IBAMA, 1995).

A principal economia da comunidade é a produção da farinha de mandioca, agropecuária e o turismo pelas belezas do lugar e manifestações folclóricas.

Quando iniciamos o levantamento dos dados para elaboração do pré-projeto dessa pesquisa em 2006, a assistência à saúde, na comunidade em estudo, era oferecida aos usuários no Posto de Saúde localizado na sede do quilombo, que ali existe há cerca de 30 anos. Naquela ocasião, era oferecido atendimento limitado às ações de uma profissional auxiliar de enfermagem, que realizava curativos e administração de medicamentos. O espaço físico era constituído por 01 sala de recepção, 01 sala de distribuição de medicamentos (farmácia), 01 enfermaria e 01 copa. Os mobiliários estavam sucateados e precisando de manutenção ou reposição. O quadro de funcionários era composto por: 01 auxiliar de enfermagem e 01 agente administrativo.

Na época, a comunidade também era assistida por uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de saúde/PACS, que era composta por 01 Enfermeiro e 03 Agentes Comunitários de Saúde, subordinados à Secretaria Municipal de Saúde de Macapá/AP, porém esta equipe do PACS não era específica para acompanhamento da comunidade do Curiaú, pois atendia outro bairro da Capital do Estado.

Ao retornar para realizarmos a pesquisa de campo em 2007, percebemos algumas mudanças no que se refere aos serviços de saúde na comunidade, pois foi realizada uma reforma no posto de saúde, contratação de funcionários, reforma e aquisição de alguns mobiliários e equipamentos. Além disso, foi constituída uma equipe para atuar no Programa de Saúde da Família, composta por 01 Médica, 01 Enfermeira, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada junto às mulheres de uma comunidade do quilombola no Estado do Amapá. Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, a população lá residente é estimada em 1.768 habitantes, dentre os quais 587 são mulheres em idade fértil, na faixa etária de 18 a 49 anos (BRASIL, 2008).

Foram selecionadas aleatoriamente 20 mulheres a serem entrevistadas, através de um sorteio simples, com o propósito de obter uma representatividade igualitária, de modo que, do número total de entrevistadas, houvesse a representação das mulheres residentes nas 05 comunidades do quilombo.

Durante a pesquisa de campo, após anotações de informações pessoais de uma das mulheres entrevistadas, não foi possível incluí-la na pesquisa, por não haver compatibilidade de horário para realização da entrevista. Nesse sentido as informações foram então devolvidas ao sujeito e excluídas do banco de dados da pesquisa. Além disso, percebendo a saturação das informações resolvemos por não realizar a 19ª entrevista, o que totalizou um quantitativo de 18 mulheres entrevistadas durante a pesquisa de campo.

Apesar da desistência de uma das mulheres, não houve interferência nos resultados, uma vez que, trabalhamos com a delimitação segundo a saturação de dados. O fator determinante do número de mulheres a serem entrevistadas esteve relacionado à saturação das informações obtidas. Matalon & Ghiglione (1993 p.60), consideram, quanto à amostragem nos inquéritos não estatísticos, que:

[...] é inútil inquirir um grande número de pessoas. A lentidão da análise torna difícil a exploração sistemática de um número importante de entrevistas. Aliás, a experiência mostra que, para temas habitualmente tratados através destes métodos, é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista.

Ainda nesse sentido, Bardin (1977 p.21) declara: “[...] o que serve de informação na análise qualitativa, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem, que é tomado em consideração”.

O processo de interação com o sujeito envolve o profissional com todas as suas necessidades, expectativas, desejos, limitações, e todos os seus recursos pessoais e profissionais, resultando na interação entre “objeto” (a situação) e pesquisador. Esses momentos de interações são processos de ir-e-vir constante, caracterizando-se como movimentos não-lineares e interdependentes de colher, registrar, analisar e devolver os dados de pesquisa (BARDIN, 1997).

A faixa etária de mulheres em idade fértil, preconizada pelo Ministério da Saúde é de 15 a 49 anos, porém delimitamos o universo dessa pesquisa para mulheres na faixa etária compreendida entre 18 a 49 anos (maiores de idade), em função do amparo legal a que se refere à pesquisa com seres humanos.

Na abordagem qualitativa não há preocupação maior com a generalização dos conceitos teóricos testados, e sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização ou instituição; por conseguinte, o critério não é numérico. Uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. São critérios básicos para a amostragem qualitativa: definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; entre outras (MINAYO, 2001).

Assim, a abordagem qualitativa busca privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer, considera-os suficientes em número quando ocorre certa reincidência das informações, porém, valorizando as informações ímpares; entender que, mesmo na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, possa o conjunto de informantes ser diversificado, o que permite apreensão de semelhanças e diferenças; escolher o “lócus” e o grupo de observação e informação que contenham, dentro do possível, o conjunto das experiências e expressões que se objetiva com o estudo. A questão da validade da amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões (MINAYO, 2001).

De acordo com Bardin (1997), na definição de “amostra” de estudos qualitativos, não é a quantidade das fontes de dados que garante a relevância dos resultados, mas a qualidade dessas fontes, tendo em vista a propriedade que têm para responder à pergunta da pesquisa. Até porque essa modalidade depende da profundidade do estudo. A análise dos dados de vinte ou trinta “sujeitos” já pode indicar saturação desses.

Nesse sentido, apresentamos o caminho metodológico para definir a amostra dessa pesquisa e para isso é importante conhecermos algumas particularidades da população em estudo.

Ao chegarmos à comunidade no dia 24 de agosto de 2007, para realização da pesquisa de campo, foi realizado contato inicial com a equipe de saúde local e, através da enfermeira membro da equipe de saúde da família, nos foi apresentado às lideranças comunitárias do quilombo, quais sejam, Presidente da Associação de Moradores, Diretora da Escola Estadual sediada na comunidade e Agentes Comunitários de Saúde, com o propósito de falar da pesquisa a ser realizada.

Foram emitidos convites chamando a comunidade para apreciar a apresentação do Projeto no dia 31 de agosto de 2007 às 19:00 h na sede da Escola Estadual José Bonifácio. Vale

destacar que muitas pessoas se dispuseram a distribuir os convites: a diretora da escola encarregou-se de distribuir os convites para as famílias dos alunos; os agentes comunitários distribuíram nas micro áreas (área de abrangência de cada agente comunitário de saúde - ACS); a enfermeira no posto de saúde e, para as lideranças comunitárias entreguei pessoalmente.

No dia da apresentação do projeto, a escola estava comemorando a Semana da Cultura e muitas pessoas das cinco comunidades estavam ali para participar da programação da escola, incluindo a apresentação do nosso Projeto de Pesquisa.

No dia 27 de agosto de 2007, dias antes da apresentação do projeto, iniciamos um levantamento documental através do acesso às informações dos dados cadastrais das famílias acompanhadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família - PSF. Esse procedimento foi realizado em parceria com a Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde de cada micro área, que cobrem as cinco comunidades que formam o Quilombo. De posse dessas informações foi realizado uma listagem das mulheres obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Para seleção das mulheres foram utilizados os critérios listados abaixo, que nos permitiram estudar e analisar as informações a serem pesquisadas com mais clareza. Entendemos que o tempo de vivência das mulheres envolvidas na pesquisa daria mais respaldo para elas responderem aos questionamentos da pesquisa e, estar grávida ou já ter vivenciado no mínimo uma gestação poderia dar a mulher experiência e conhecimento sobre o acesso ao serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência ou sobre os saberes e práticas da comunidade sobre assistência às mulheres no período gravídico.

Critérios de Inclusão:

- ✓ Ser residente no Quilombo há mais de 02 anos;
- ✓ Estar inserido como membro de uma família do quilombo;
- ✓ Estar inserida na faixa etária entre 18 a 49 anos;
- ✓ Estar grávida ou já ter vivenciado no mínimo uma gestação;
- ✓ Disponibilidade de tempo para a entrevista;
- ✓ Interesse e concordar em participar da pesquisa;
- ✓ Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e autorização para publicação de resultados do informante de pesquisa.

Crêterios de Exclusão:

- ✓ Não residir no Quilombo do Curiaú;
- ✓ Mulheres na faixa etária compreendida entre menores de 18 anos e maiores de 49 anos;
- ✓ Não ter filhos ou não ter vivenciado no mínimo uma gesta o;
- ✓ Não ter disponibilidade de tempo;
- ✓ Não ter interesse e não concordar em participar da pesquisa;
- ✓ Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e autoriza o para publica o de resultados do informante de pesquisa.

Alguns dos cr terios listados (disponibilidade de tempo para a entrevista; interesse e concordar em participar da pesquisa; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e autoriza o para publica o de resultados do informante de pesquisa) só foram utilizados quando iniciamos o primeiro contato com as mulheres, que fizeram parte da pesquisa.

Com o propósito de iniciar as entrevistas, demos início às visitas domiciliares. Nessa etapa foi fundamental a parceria com os Agentes Comunitários de Saúde, que já conheciam a comunidade, o que facilitou o contato.

Antes de iniciar as entrevistas, mais uma vez falamos da pesquisa de campo, no sentido de garantir que todas as mulheres selecionadas conhecessem a pesquisa. Este procedimento foi realizado individualmente a cada entrevistada no momento que precedeu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), este foi lido, esclarecido e assinado, sendo que uma cópia ficou de posse de cada entrevistada e outra com a pesquisadora.

Após a realiza o das entrevistas, que foram gravadas, foi realizada a transcri o das informa es e, no dia seguinte, levado   mulher entrevistada para ler e caso concordasse com o conteúdo da entrevista, assinaria o Termo de Consentimento Pós-informado (Apêndice II) e Consentimento Pós-Grava o da Entrevista (Apêndice III). Esses documentos foram emitidos em duas vias, sendo que uma cópia ficou com a mulher entrevistada e outra com a pesquisadora.

Além dos sujeitos entrevistados, tivemos contato e levantamos informa es com informante-chave, uma parteira que nasceu na comunidade, conhecia as mulheres e as famílias. Além de deter um conhecimento muito amplo daquele quilombo.

4.3.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A partir do levantamento das informações relatadas pelas entrevistadas, foi possível traçar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa, conforme apresentado abaixo.

TABELA 1 - Distribuição das mulheres segundo faixa etária, ocupação, escolaridade e tempo de residência no quilombo, Macapá/Amapá/Brasil, 2008.

FAIXA ETARIA		
VARIÁVEIS	N	%
18 a 21	3	16,67
22 a 25	2	11,11
26 a 30	6	33,33
30 a 34	5	27,78
35 a 39	1	5,56
40 a 44	1	5,56
45 a 49	0	-
OCUPAÇÃO		
Vigilante	1	5,56
Do lar	5	27,78
Comerciante	2	11,10
Estudante	2	11,10
Agricultora	5	27,78
Diarista	1	5,56
Empregada doméstica	1	5,56
Garçonete	1	5,56
ESCOLARIDADE		
1º grau completo	1	5,56
1º grau incompleto	9	50,00
2º grau completo	4	22,22
2º grau incompleto	4	22,22
3º grau completo	0	-
3º grau incompleto	0	-
TEMPO DE RESIDÊNCIA NO ENDEREÇO ATUAL		
2 a 10 anos	7	38,89
11 a 20 anos	1	5,56
21 a 30 anos	8	44,44
31 a 40 anos	2	11,11
41 a 49 anos	0	-

Fonte: Roteiro da entrevista semi-estruturada utilizada nesta pesquisa (em apêndice)

Quando analisamos a população em estudo, segundo faixa etária, identificamos que o maior número de mulheres encontra-se entre 26 e 34 anos de idade, o que corresponde a 61,11 % das entrevistadas.

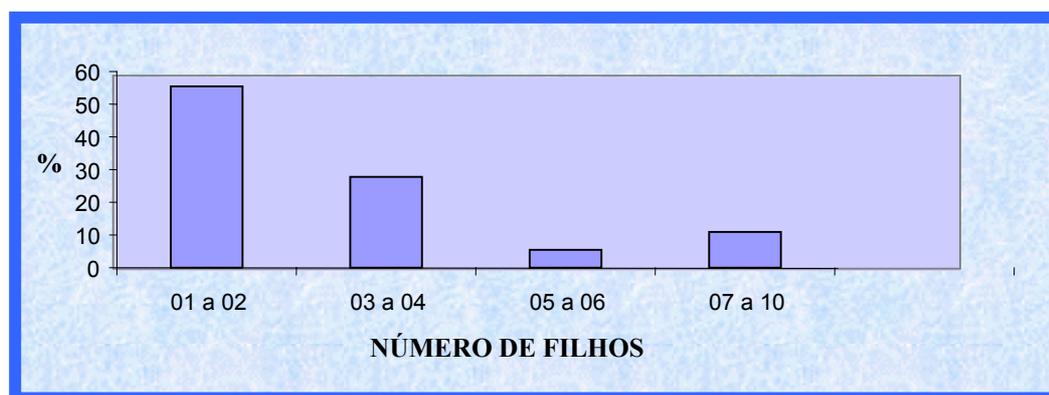
Quanto à ocupação, do total de dezenove (18) entrevistadas 27,78 % das mulheres são do lar, seguido por igual percentual de 27,78 % que são agricultoras, porém existem mulheres

que são comerciantes 11,10% e estudantes 11,10% e ainda vigilante, diarista, empregada doméstica e garçõete. Esse dado pôde refletir o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, seguindo a tendência de feminilização da mão de obra.

Relativo à escolaridade, identificou-se que, dentre as mulheres envolvidas na pesquisa, apenas 5,56% têm o 1º grau completo contrapondo com 50 % que não concluíram. O percentual de mulheres com 2º completo e 2º incompleto equiparou-se em 22,22%, para cada categoria. Observa-se que nenhuma das mulheres tem o 3º grau completo.

De acordo com o tempo de residência no endereço atual, identifica-se que 37% das mulheres entrevistadas residem no endereço há um período de tempo entre 02 a 10 anos. Seguido de 42% de mulheres que residem no mesmo endereço desde que nasceram, o que corresponde há um período de 21 a 30 anos. Essa é uma das situações que caracterizam a comunidade, pessoas vivendo no mesmo ambiente, em terras e propriedades que herdaram de seus antecessores que também eram descendentes de quilombolas.

Esta comunidade foi instituída como Área de Proteção Ambiental - APA, através do Decreto Estadual n.º 1417, em 28 de Setembro de 1992. Nesse sentido, as terras adquiridas e repassadas de geração a geração não podem ser vendidas para outras pessoas que não façam parte daquela comunidade, isso garante a permanência das terras entre os membros de cada família e, principalmente entre os quilombolas que ali residem.



Fonte: Roteiro da entrevista semi-estruturada utilizada nessa pesquisa (em apêndice)

FIGURA 1-Distribuição das mulheres segundo número de filhos, Macapá/Amapá/Brasil, 2008.

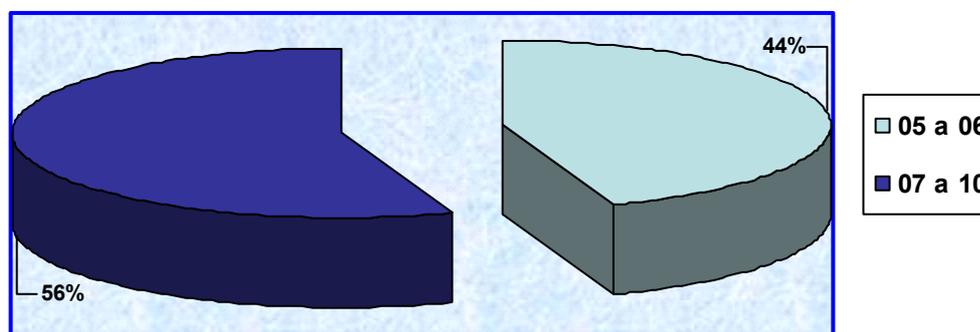
Referente ao número de filhos evidenciou que 55,56% das mulheres têm de 01 a 02 filhos, seguido de 27,78% que têm de 03 a 04 filhos. Esses dados podem refletir a preocupação daquelas mulheres quanto à saúde sexual e reprodutiva e até mesmo seus direitos reprodutivos.

Em 12 de janeiro de 1996, foi sancionada a Lei n.º 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece o seguinte em seu art. 2º:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (§ 7.3).

Atualmente no Brasil, entre as mulheres mais pobres, a fecundidade é de 4,0 filhos, em contraste com a taxa referente àquelas em melhores condições socioeconômicas, de 1,6. Entretanto, foi justamente nas classes menos favorecidas que a fecundidade exibiu declínio mais acentuado na última década, da ordem de 20,5% (IBGE, 2002).

O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 80, generalizou-se por todas as regiões e estratos sociais, de modo que, em 2000, mesmo as regiões que antes tinham fecundidade elevada, experimentaram notável decréscimo de seu valor (BRASIL, 2005).



Fonte: Roteiro da entrevista semi-estruturada utilizada nessa pesquisa (em apêndice)

FIGURA 2 - Distribuição das mulheres segundo número de consultas pré-natal realizadas, Macapá/Amapá/Brasil, 2008.

Evidenciamos através do gráfico, que 56,0 % das mulheres envolvidas no estudo realizaram de 07 a 10 consultas pré-natal, seguido por 44,0 % que realizam de 05 a 06 consultas.

Quanto ao número de consultas, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que preconiza no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo

trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto.

4.3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas são relevantes quando trabalhamos com investigações científicas que envolvem seres humanos como sujeitos de pesquisa. Antes de iniciar as entrevistas foram apresentados os objetivos, a justificativa, a relevância e os benefícios da pesquisa para a população em estudo, enfim todas as informações relativas às questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos. Neste sentido, após o entendimento da entrevistada sobre a pesquisa, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice I) que foi lido, discutido e posteriormente assinado pelas mulheres interessadas em participar da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Com o objetivo de proteger os sujeitos de pesquisa, em 1996, o Conselho Nacional de Saúde do Brasil, aprovou a resolução 196/96, que institui que todas as pesquisas que envolvam pessoas devem seguir as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa está baseada no que preconiza essa resolução e seus princípios éticos dos quais se destaca o sigilo de informações, a garantia do anonimato e a devolução dos dados aos sujeitos e à sociedade, com autorização dos mesmos, de acordo com os seguintes princípios:

- ✓ Não expor os participantes a situações constrangedoras, morais ou que produzam danos físicos ou psicológicos;
- ✓ Obter o Consentimento Livre e Esclarecido;
- ✓ Selecionar os participantes;
- ✓ Permitir aos participantes desistir em qualquer fase do estudo;
- ✓ Assegurar o anonimato dos sujeitos através do uso de codinomes;
- ✓ Respeitar os valores culturais e os sentimentos dos participantes;
- ✓ Garantir a inexistência de conflitos de interesses entre o pesquisador e o sujeito do estudo;
- ✓ Permanecer com os arquivos de material gravado até a conclusão da dissertação, para, então, destruí-los;

- ✓ Garantir aos participantes, o acesso aos resultados da pesquisa.

Os dados serão arquivados confidencialmente pela pesquisadora e serão destruídos após cinco anos da publicação do trabalho.

Do ponto de vista ético, os benefícios potenciais aos participantes, à comunidade científica e sociedade, que justificariam convidar indivíduos a participarem desta pesquisa, trata-se da relevância científica da pesquisa, por constituir-se em um acervo bibliográfico sobre a temática ainda pouco discutida, subsidiando outras pesquisas como fonte de informação; da relevância social, por despertar na população pesquisada seus direitos ao acesso aos serviços de saúde; da relevância política, por discutir acesso aos serviços de saúde como princípio do Sistema Único de Saúde, pois é fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais, para a implantação de um sistema de saúde universal, integral e equânime a toda a população, transformando em práticas institucionais efetivas o direito ao acesso à saúde.

Esta pesquisa obedece à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá – CEP/UNIFAP, sob o protocolo de número 019/2007 - CEP, com aprovação na reunião do dia 28.08.2007.

Com o propósito de manter o anonimato sobre os sujeitos da pesquisa, foi dado a cada mulher entrevistada um codinome, que será designado como o nome de frutas típicas da região Norte e mais especificamente do Amapá, quais sejam:



Açaí: O açaí é um fruto consumido há muito tempo pelos indígenas e moradores da região amazônica, devido as suas qualidades nutritivas. É também largamente utilizado para a produção de um refresco.



Acerola: Os frutos da aceroleira apresentam rendimento de suco entre 59 e 75% do seu peso. Cada cem miligramas de polpa de acerola passa ao organismo humano até cinco mil miligramas de vitamina C. Mais do que cem laranjas.



Abiu: Fruto de baga globosa, amarela quando madura, com 1 a 4 sementes escuras. É encontrado em estado silvestre por toda a Amazônia. Os frutos, ao natural, agem contra afecções pulmonares.



Araçá: Os frutos são do tipo baga, com polpa esbranquiçada e têm um teor de vitamina C proporcionalmente quatro vezes maior que os frutos cítricos. O sabor lembra a goiaba.



Bacuri: De sabor requintado, polpa muito carnuda, branca, cremosa, casca grossa, sabor e cheiro agradáveis, utilizada para sucos, doces, sorvetes, geléias, dentre outros.



Cajá: Sua casca é de cor amarela e sua polpa é ácida. Pode ser consumida ao natural ou em sorvetes, sucos, compotas, geléias e licores.



Carambola: O fruto é uma baga carnosa, com forma ovóide ou elipsoidal. Usada para produção de sucos, doces, dentre outros.



Castanha do Brasil: As castanhas ou sementes são muito apreciadas para consumo, sendo internacionalmente conhecidas; constituem um dos principais produtos de exportação da Amazônia.



Cupuaçu: A polpa do fruto é carnuda e aromática, doce e azeda ao mesmo tempo, com cheiro forte, própria para doces, refrescos, sorvetes e compotas.



Graviola: Tem casca verde-escura e espinhenta, polpa branca, de sabor e aroma adocicado. Muito utilizada para sucos, cremes, compotas, doces e sorvetes.



Ingá: É um fruto muito comum nas margens de rios e lagos, é muito procurado pela fauna e pelo homem. Suas sementes são envolvidas por uma polpa branca, adocicada e protegida por uma vargem.



Jambo: O fruto é constituído de polpa, representando 84% do fruto. É consumido ao natural ou em forma de doces ou compotas.



Mucajá: É fruto de uma palmeira que atinge de 10 a 15 metros, produz um palmito de excelente qualidade e de sua amêndoa é extraído óleo. A polpa do fruto é doce, sendo que dela também se extrai óleo com propriedades medicinais.



Pupunha: A pupunheira é o fruto de uma palmeira. Sua árvore pode ser aproveitada totalmente: em paisagismo; como vermicida; seu estipe (tronco) como madeira para construção de casas, fortificações, arcos, flechas, arpões e varas de pescar. Suas flores masculinas, depois de caírem são utilizadas como tempero; suas folhas, nas coberturas para habitações, teceduras de cestas e outros objetos. Seus frutos, motivo principal do cultivo praticado pelos índios. são comidos cozidos.



Taperebá: O taperebá é amarelo-escuro, muito perfumado, ácido, mas de excelente sabor adocicado. Especialmente apreciado em refrescos, sorvetes e licores.



Tucumã: Fruto do tucumanzeiro, palmeira que chega a alcançar 10m de altura. Essa palmeira produz cachos com numerosos frutos de formato ovóide, casca amarelo-esverdeada e polpa fibrosa, amarela característica, que reveste o caroco.



Uxi: Fruta de coloração verde-amarelado, árvore de grande altura, comum na Amazônia. Sua polpa, embora pequena, é de sabor intenso e grande delicadeza.



Camapú: planta abundante em regiões quentes e usada há tempos por vários povos em chás e infusões contra asma, hepatite, malária e reumatismo, possui substâncias mais potentes que os antiinflamatórios hoje conhecidos.

4.4 COLETA E REGISTRO DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de Entrevista Semi-Estruturada, que é uma das diversas técnicas qualitativas para o levantamento de dados sobre a subjetividade humana, pois combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Deve conter um roteiro com poucas questões, deve facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação; mais que tudo, é uma situação de interação entre o sujeito e o entrevistador. É um instrumento que exige rigor científico (MINAYO, 1998).

Foi utilizado para entrevista um modelo único de roteiro para a amostra selecionada, que constou de 08 (oito) perguntas abertas, que teve como propósito, obter respostas relativas aos objetivos propostos nesta pesquisa. Segue em anexo o roteiro da entrevista (Apêndice IV).

Segundo Triviños (1987:146), a entrevista semi-estruturada é uma técnica que: “valoriza a presença do investigador ao mesmo tempo, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Para garantir mais fidelidade à compilação dos dados, que foram coletados nas entrevistas semi-estruturadas foi utilizado como estratégia de registro, o diário de campo e a gravação de voz, cujos dados depois de transcritos foram encaminhados para que os entrevistados validassem as informações e autorizassem a divulgação dos dados, através da assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado.

No diário de campo foram registradas as informações, observações, comunicação do informante chave. O diário foi organizado segundo a proposta de Trentini e Paim (2004), para facilitar a organização e codificação das informações relatadas pelos participantes. Esse modelo trabalha na organização dos dados a partir das:

- ✓ Notas de Entrevista (NE) – constará à transcrição, na íntegra, do relato do participante;
- ✓ Notas de Observação (NO) – estarão descritas as informações obtidas nas informações;
- ✓ Notas Teóricas (NT) – consiste no relato das interpretações do pesquisador;
- ✓ Notas Metodológicas (NM) – nas quais serão descritas as estratégias auxiliares utilizadas na coleta das informações.

4.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização, transcrição e validação das entrevistas foi iniciado a etapa de pré-análise e análise dos dados. Nessa etapa buscamos os ensinamentos de Bardin (1977) para utilização da técnica de Análise de Conteúdo, pois esse método é compatível com os objetivos desta pesquisa, possibilitando por meio do sujeito em estudo, identificar a percepção das mulheres, do Quilombo em estudo, sobre o direito ao acesso à assistência pré-natal.

A análise de conteúdo é um dos meios utilizados na pesquisa qualitativa e é descrita por Bardin (1979) como: “(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitem a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção dessas mensagens”.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo se realiza em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A Pré-análise é o momento de organizar o material, de escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. Inicia-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. No caso de entrevistas, elas serão transcritas e a sua reunião constituirá o CORPUS da pesquisa.

A Exploração do material é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e "agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo" (HOLSTI, 1969 *apud* BARDIN 1977: 103).

No Tratamento dos resultados obtidos e interpretação os achados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. De posse dos resultados significativos e fiéis, pode-se então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 1997).

Iniciamos a análise com leituras exaustivas das entrevistas transcritas e partimos para criação de uma tabela com quatro colunas, em forma de grade, que chamamos de *grade de análise*. Nela foram dispostos nas duas primeiras colunas, os questionamentos realizados na entrevista e as Unidades de Registro (falas de cada entrevistada); nas duas últimas colunas foram dispostas as categorias e subcategorias que foram criadas nesse processo inicial de análise. Essa grade teve um papel importante no processo de análise, pois facilitou o

cruzamento das categorias analíticas com a fala das entrevistadas, tornando possível uma ampla visualização do material a ser analisado.

O processo de análise resultou em cinco categorias apresentadas a seguir, com suas respectivas subcategorias.

CATEGORIA 01

ACESSO AO PRÉ-NATAL COMO: direito, obrigação ou governo de si.

SUBCATEGORIAS:

- Acesso ao pré-natal como direito da mulher;
- Acesso ao pré-natal como dever (ou direito) do Estado.
- Relação com o serviço/ obrigatoriedade;
- Pré-natal como obrigação da mulher;
- Relação com a saúde do filho/ Importância para o filho;
- Relação com a mulher/ Importância para mãe;

CATEGORIA 02

ACESSO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: caminhos percorridos, exclusão social ou utopia.

SUBCATEGORIAS

- Caminhos percorridos para garantir o pré-natal;
- Obstáculos relacionados à distância;
- Obstáculos relacionados à organização do serviço de saúde;
- Obstáculos relacionados à ausência do serviço de saúde na comunidade;
- Serviços indisponíveis e a Exclusão ao acesso;
- Vislumbrando o acesso como Direito de cidadania.

CATEGORIA 03

SABERES POPULARES E MODELO BIOMÉDICO SOB A ÓTICA DAS MULHERES DO CURIAÚ: as parteiras e o serviço de saúde

SUBCATEGORIAS

- As parteiras sob a ótica das mulheres da comunidade do Curiaú
- Saberes culturais sob a ótica das mulheres da comunidade do Curiaú
- O pré-natal sob a ótica das mulheres do Curiaú

CATEGORIA 04**A FUNÇÃO DOS GESTORES SOB A ÓTICA DAS MULHERES****SUBCATEGORIAS**

- Conhecimento da função dos gestores;
- Indignação perante a inoperância dos gestores;
- Desconhecimento da função dos gestores;

CATEGORIA 05**COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE****SUBCATEGORIAS**

- Direitos das comunidades quilombolas;
- Desconhecimento dos direitos das comunidades quilombolas.

Essas categorias serão apresentadas e discutidas no artigo científico. Incluído como Parte II desta dissertação.

REFERÊNCIAS ⁸

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. **O Trato dos Viventes: Formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000, p. 69.

ALMEIDA, AW. "Os quilombos e as novas etnias" In: LEITÃO (org.) **Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais.** São Paulo: Instituto Socioambiental, 1999. p.30.

AMADIGI, FR. **Implicações Éticas da Concepção dos Trabalhadores da Equipe de Saúde da Família sobre o Direito à Saúde.** Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

AMAPÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. **Plano Diretor de Regionalização de Assistência à Saúde – 2000-2003.** Macapá, 2000. CD ROM.

_____. Secretaria de Estado de Comunicação Social do Amapá. **Comunidades afros definem projetos prioritários em seminário,** Amapá, 2007. Disponível em: <<http://www.amapadigital.net/noticias/geral/setembro/17-09-07-geral5.html>>. Acessado em: 24 de julho de 2008.

_____. Governo do Estado do Amapá. Decreto Estadual nº 1417, de 28.09.1992 - cria a Área de Proteção Ambiental do Curiaú. Amapá, 1992.

ARENDR, Hannah. **As Origens do Totalitarismo.** Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1973.

ARENDR, Hannah. **A condição humana.** Trad. Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

ARRUTI, José Maurício Andion. **A emergência dos "Remanescentes": notas para o diálogo entre indígenas e Quilombolas.** *Mana*, n. 3/2, Rio de Janeiro, n. 3/2, p. 7-38, out. 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724/2005, NBR 6023/2003.** : referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

⁸ Norma de referência utilizada: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT): NBR 14724/2005, NBR 6023/2003.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Editora Lisboa, 1997.

BART, F., POUTIGNAT, P., STREIFF-FENART, J. **Teorias da Etnicidade, seguido de Grupos Étnicos e suas Fronteiras**; In: FERNANDES, E. F. – São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

BASTIDE, R. **Estudos Afro-Brasileiros**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

_____. Equidade, Qualidade e Bem-Estar Futuro. In: Garrafa V & Costa SIF, organizadores. **Bioética no Século XXI**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 2000.

_____. **Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora UNB, 2004.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 11ª ed. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2003.

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

_____. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.senado.gov.br Acesso em: maio de 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Portaria nº 1678/GM Em 13 de agosto de 2004, Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da saúde. **Plano Plurianual 2004-2007**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgp/visualizar_texto.cfm?idtxt=22840&janela=1. Acessado em 21 mai. 2007 07:44:13 GMT.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório** : 18 a 20 de agosto de 2004 : Brasília – DF – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 70 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: normas e manuais técnicos**. Brasília, DF, 1983.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto e Nascimento**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.htm>. Acessado em 12 abr. 2007 15:09:03 GMT.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS - NOAS**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB96**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. In. 3* ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde-SPS/Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Ministério da Saúde, 2005. p.158.

_____. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 2 ago.. 2008 03:54:08 GMT.

_____. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. **Lei n. 9.263, de 12 de janeiro 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: 2008.

_____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Trabalhando com Parceiras**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24130>. Acesso em 28 maio 2007 00:19:47.

CARRIL, L. de F.B. Trabalho e excedente econômico: remanescentes de quilombos no Brasil. Scripta Nova, **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Universidad de Barcelona, vol. VI, nº 119 (39), 2002. [ISSN: 1138-9788] <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-39.htm>.

CASTILHOS, C. **Breve Histórico da Mulher e Seu Corpo**. In: COELHO, E. *et al.* (org.). Saúde da Mulher: um desafio em construção. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

COELHO, E.B.S. **A enfermagem e o Planejamento Familiar: as interfaces da contracepção**. [Tese Doutorado]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

CHAGAS, Miriam de Fátima. **A política do reconhecimento dos "remanescentes das comunidades dos quilombos"**. **Horiz. Antropolol**, Porto Alegre, v. 7, n.15, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832001000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0104-71832001000100009.

COHN, A., NUNES, E., JACOBI P., KAARSCH, U.S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COHN, Amélia. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. *Ciênc. Saúde coletiva*. [online]. 2003, vol.8, no.1, p.09-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 1413-8123. Acesso em 07 de Novembro 2005.

COSTA, A M.. **Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil**. In: Questões de Saúde Reprodutiva (K. Giffin; S. H. Costa), Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1999.

COUTINHO, Tadeu et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Maio 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0100-72032003001000004.

CRHISTOFFEL, MM, SANTOS RS. **Navegando no mar da neonatologia**: um mergulho no mundo imaginário do recém Nascido na UTIN. Rio de Janeiro: ED. EEAN, 2003.

DEJOURS, Cristophe. **Por um Novo conceito de Saúde**. Disponível em: <http://www.planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/com_sal.pdf> Acesso em: 08.jun.2007.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao Léu**: trajetória de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004. 2020 p.

FERREIRA, Manoel Gonçalves Filho. **Direitos Humanos Fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

FRANÇA JÚNIOR, Ivan; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 63 – 72.

FREITAS, Décio. **Palmares, a Guerra dos Escravos**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FRY, Peter H. et al . Does AIDS have a race or color? Data interpretation and health policymaking in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2007. Pré-publicação.

GALVÃO, L.; DIAS, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: destinos e desafios**. Hucitec. São Paulo 1999.

GARRAFA, Volnei; Oselka, Gabriel; Diniz, Debora. **Saúde Pública, Bioética e Equidade**, Brasília: UNB, 1997.

GARRAFA, Volnei. Reflexões Sobre Políticas Públicas Brasileiras à Luz da Bioética. In: FORTES, Paulo Antônio de carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p.49-61.

GOMES, M. A. S. M. **Aspectos da Equidade do Atendimento à Gestação e ao Parto Através da Percepção das Usuárias**. Dissertação (Mestrado). FIOCRUZ. Rio de Janeiro 1995.

GUSMÃO, N. M. Os direitos dos remanescentes de quilombos. in **Cultura Vozes**, nº 6. São Paulo: Vozes, nov/dez de 1995.

GUIMARÃES, Carlos Magno. **Uma negação da ordem escravista: quilombos em Minas Gerais no século XVIII**. São Paulo: Ícone, 1988.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre a factividade e a validade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HOOFT, Pedro Fraderico. Bioética e Direito? ou Bioética e Biodireito? In: GARRAFA, Volnei; PESSINE, Léo. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola. 2003, p.499-508.

INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS - IBAMA. Unidade de conservação no Brasil – cadastramento vegetal 1991 – 1994. Brasília: IBAMA, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, **Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000** - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acessado em 26.jul. 2007.

_____. Situação da População Brasileira - Censos Demográficos 1960 a 2000. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Contagem da População segundo os municípios, UF: Amapá. em 1 abr. 2007. Publicada no Diário Oficial da União de 05 out. 2007.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LEITE, Ilka Boaventura (Org.). Negros no sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade. Ilha de Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1996. 284 p.

LINDNER, S. R.; COELHO, E.B.S.; CARRARO, T. E. Direitos Reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no planejamento familiar. 2006. In:

COELHO, E. *et al* (org.). **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

MAIO MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da "saúde da população negra" no Brasil. **Hist Ciênc Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 12:419-46, 2005.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A População do Brasil Colonial. In: Bethell, Leslie (Org.). **História da América Latina**: América Latina Colônia. São Paulo: Edusp/Funag, 1999, V.2. p.321.

MARQUESE, Rafael de Bivar. A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negro e alforrias, séculos XVII a XIX. **Novos estud. - CEBRAP**. São Paulo, n. 74, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0101-33002006000100007.

MARQUESE, Rafael de Bivar. A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negro e alforrias, séculos XVII a XIX. **Novos estud.** São Paulo, n. 74, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0101-33002006000100007.

MATALON, B.; GHIGLIONE, R. **O Inquérito**: teoria e prática. Oeiras: Celta, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. 5ª ed. ed. São Paulo - Rio de Janeiro:HUCITEC – ABRASCO, 1998.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. 7. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2001.

_____. **O Desafio do Conhecimento**. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre saúde, raça e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 45-56.

MOURA, C. **Os quilombos e a rebelião negra: Tudo é História**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOURA, M.A.V. **A Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher-Gestante: possibilidades e limites**, 1997. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1997.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Ed. Sarvier, 1994.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência Pré-natal - prática de saúde a serviço da vida**. Editora Hucitec. São Paulo, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.pht. Acesso em 07 jun. 2007.

PAIM JS. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).

PATRÍCIO ZM, L.Casagrande J, Araújo MF. Qualidade de Vida Qualitativa do Ser Humano na Perspectiva de Novos Paradigmas. In: QUALIDADE de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Ed. Do autor, Florianópolis, 1999. p. 19 - 90.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra. **A Medicalização da Beleza**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PITANGUY, JO. Movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 19-38.

REIS, João José. "Quilombos e revoltas escravas no Brasil". Dossiê Povo Negro - 300 anos. **Revista USP**. nº 28, dez. 1995-fev. 1996, p.18.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

ROS MAD. **Estilos de pensamento em Saúde Pública. Um estudo da produção da FSPUSP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia da Ludwik Fleck** Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

ROCHA, FAF. **Trajétoria de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

SEPÚLVEDA, Maria Alicia Carrillo. **Breve histórico dos programas Nacionais de Saúde Materno-infantil**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/campinas.htm>>. Acessado em: 28 maio 2007 04:34:27.

SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TDG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública** 20(5):1281 – 1289, 2004.

SILVA, Sebastião Menezes da. **CRIAÚ: a resistência de um povo**. Macapá: Secretaria de Meio Ambiente, 2004.

SILVA, Nilza N da et al . Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2007. Pré-publicação.

SILVEIRA DS, SANTOS IS, COSTA JSD. Atenção pré-natal básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**. 17:131-9, 2001.

SCHRAMM FR, KOTTOW M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad Saúde Pública**. 17:949-56, 2001.

SOUZA, Laura de Mello; BICALHO, Maria Fernanda. **1680-1720: O império deste Mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. Em: Negri B, Viana AL, (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, São Paulo. p. 221–40, 2002.

SPOSATI, Aldaíza e LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. out./dez. 1992, v.8, n.4, p.366-378. ISSN 0102-311X . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>.. Acesso em 20 nov. 2005.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco/Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. Ed. Atlas. São Paulo, 1998.

VERDI, Marta Machado. **Da Hausmanização às Cidades Saudáveis: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e final do século XX**. [Tese de Doutorado]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

VIEIRA, M.S. **A Assistência Pré-natal Prestada à Gestante em Serviços de Saúde de Florianópolis-SC: buscando a qualidade com foco na normatização preconizada e nas necessidades das mulheres**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Florianópolis, 2005.

VOGT, Carlos; FRY, Peter. **Cafundó: A África no Brasil**. São Paulo,; Companhia das Letras, 1996.

WALL, M. *et al*. O programa Mãe curitibana como uma política de saúde: a atuação da enfermeira. In: COELHO, E. *et al* . (org.). **Saúde da Mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

APÉNDICE

PÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA
PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA – RESOLUÇÃO CNS 196/96

Apresentamos a você o projeto de pesquisa com o título: **COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: Percepção das Mulheres quanto ao Acesso à Assistência Pré-natal**. A pesquisadora principal é Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde e a pesquisadora responsável é a professora Dr^a. Marta Inêz Machado Verdi e você está sendo convidada para participar dessa pesquisa porque mora na Comunidade do Quilombo do Curiaú, mas a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Este trabalho é uma forma de avaliação para que a pesquisadora receba o título de Mestre em Saúde Pública, através do Curso de Mestrado em Saúde Pública, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo desta pesquisa é conhecer e entender como as mulheres que moram aqui no quilombo fazem para receber assistência à saúde quando estão grávidas. E para conhecer e entender melhor será realizada uma entrevista com as mulheres, onde serão feitas algumas perguntas sobre: pré-natal, a Unidade de Saúde que você realiza ou realizou o seu pré-natal, como as mulheres fazem para receber assistência pré-natal, conhecimento das mulheres sobre o direito à saúde, conhecimento das mulheres sobre o papel dos governos: federal, estadual e municipal sobre a oferta de assistência à saúde e quais os saberes e cuidados que essa comunidade quilombola utiliza para cuidar das gestantes.

A pesquisadora se compromete em fornecer a cada participante todos os esclarecimentos sobre a entrevista e também uma cópia para leitura e discussão, antes de cada entrevista, da resolução 196/96 outorgada pelo Decreto n.º 933 de 14 de janeiro de 1987, que trata sobre a pesquisa com a participação de seres humanos.

Sua participação nessa pesquisa poderá contribuir com a melhoria da assistência prestada à saúde dessa comunidade, em especial às mulheres, pois o resultado final do trabalho será apresentado aos gestores federais, estaduais e municipais, no sentido de contribuir com propostas para solução de possíveis problemas, caso sejam identificados durante a pesquisa.

As informações recebidas durante as entrevistas serão gravadas e depois escritas para divulgação da pesquisa, porém prometemos não informar o nome das pessoas entrevistadas. Os dados serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação; a sua participação ficará diluída como um membro da comunidade do Quilombo do Curiaú e o seu nome não será gravado ou escrito nas entrevistas, pois utilizaremos códigos (codinome, apelidos) para cada entrevistada, o qual você poderá escolher.

Quando terminarmos a pesquisa, as informações recebidas através das entrevistas serão arquivadas, sob responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, não podendo ser utilizado para futura pesquisa e após esse período as entrevistas serão destruídas. Você receberá uma cópia deste termo e os contatos da pesquisadora principal que são: Telefones (48) 9922-9242 e (48)3232-7381, e-mail: luzilenarohde@hotmail.com , podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof^a.DR^a. Marta Verdi
Pesquisador Responsável

Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Pesquisadora Principal

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA
PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA – RESOLUÇÃO CNS 196/96

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após a leitura e discussão da resolução 196/96 outorgada pelo Decreto n.º 933 de 14 de janeiro de 1987, que trata sobre a pesquisa com a participação de seres humanos e também pela apresentação da pesquisadora sobre os objetivos e benefícios de sua pesquisa para a comunidade do Quilombo do Curiaú, eu _____, residente e domiciliado(a) à Rua/AV _____, n.º _____,

Comunidade _____ CEP _____, Cidade _____, Estado _____, telefone _____, CPF _____, Profissão _____, Ocupação _____,

Aceito colaborar com a pesquisa, respondendo às questões da entrevista na condição de voluntário e estou ciente que minha identidade será mantida em segredo, que poderei desistir da participação a qualquer momento da entrevista, cancelando este consentimento e autorização para publicação das informações que darei, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento, pois as informações serão utilizadas somente para a pesquisa em questão. Portanto **autorizo** a pesquisadora a gravar a entrevista e também escrevê-la para fazer parte da pesquisa ou servir de informações para que possa alcançar os objetivos do trabalho. Sendo que, a pesquisadora se compromete em devolver a entrevista escrita, para que eu possa ver, criticar, alterar, autorizar ou desautorizar a utilização.

Macapá, AP _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Participante (Entrevistado)

APÊNDICE III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA
PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA – RESOLUÇÃO CNS
196/96

CONSENTIMENTO PÓS- GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Após a leitura da entrevista por gravação de voz, que forneci à Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde responsável pela pesquisa com o título: **COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: Percepção das Mulheres quanto ao Acesso à Assistência Pré-natal,**

eu _____,
residente _____ e domiciliado(a) _____ à
Rua/AV _____
_____ n.º _____,
Comunidade _____ CEP _____, Cidade _____
_____, Estado _____, telefone _____, CPF _____,
Profissão _____, Ocupação _____.

Autorizo a pesquisadora a utilizar a entrevista gravada e escrita para fazer parte da pesquisa ou servir de informações para que possa alcançar os objetivos do trabalho. Sendo que respondi às questões da entrevista na condição de voluntário e estou ciente que minha identidade será mantida em segredo, que poderei desistir da participação a qualquer momento da pesquisa, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento, pois as informações serão utilizadas somente para a pesquisa em questão.

Macapá, AP _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Participante (Entrevistado)

APÊNDICE IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

TÍTULO DA PESQUISA: **COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal.**

I - SUJEITO DA PESQUISA/PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

Codínome: _____ Data: _____ Hora: 09:40 N°.: _____

Idade: _____ Formação: _____ Ocupação: _____

Tempo de Residência no endereço atual: _____

Estado Civil: () casada; () união estável; () Solteira; () outro _____

Escolaridade: () Analfabeta; () 1º Grau completo; () 1º Grau incompleto;
() 2º Grau completo; (X) 2º Grau incompleto;
() 3º Grau completo; () 3º Grau incompleto

Gesta: Para: Aborto: _____

Gravidez no momento: _____

Sim () Idade Gestacional: _____ N.º de consultas realizadas na gestação atual _____

Não ()

Tipo de Parto: () Vaginal; () Cesárea

Local do Parto: () Domiciliar; Quem realizou o parto? _____

() Hospitalar

Número de filhos: _____; Média de consultas pré-natal realizadas nas gestações anteriores: _____

Gravidez interrompida: _____

Sim ()

Não ()

N.º de consultas pré-natal realizadas _____

Motivo da interrupção da gravidez: _____

II - QUESTIONAMENTOS

- 2.1. Você realiza o pré-natal quando está grávida? Por quê?
- 2.2. Qual a Unidade de Saúde que você realiza ou realizou o seu pré-natal? Por que você escolheu esta Unidade de saúde para realizar o seu pré-natal?
- 2.3. Quando as Mulheres da comunidade do Curiaú não fazem a consulta pré-natal em Unidades de Saúde, elas recorrem aos cuidados e práticas tradicionais ou saberes populares da própria comunidade? Quais?
- 2.4. Como as gestantes no Curiaú devem fazer para receber assistência pré-natal?
- 2.5. Você sabe que toda mulher grávida tem o direito a receber assistência pré-natal? Por quê?
- 2.6. Qual a função dos gestores (Governo Federal, Estadual e Municipal) na garantia de assistência à saúde da população?
- 2.7. O que você acha de receber assistência pré-natal aqui mesmo dentro da Comunidade do Curiaú? Explique:
- 2.8. Você sabe quais são os direitos das comunidades quilombolas para que seja garantida a assistência à saúde desses povos?

ANEXO

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO AMAPÁ - CEP/UNIFAP**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIFICADO

Certificamos que o Protocolo no. 019/07 – CEP sobre **“Comunidades quilombolas e o direito a saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal”**, sob a responsabilidade de **Luzilena de Souza Prudêncio**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado m pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 28/08/2007.

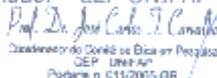
Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 28/02/2008

CERTIFICATE

We certify that the protocol number 019/07 about **“Comunidades quilombolas e o direito a saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal”**, **Luzilena de Souza Prudêncio** is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Ethical Committee for Research (CEP) in 28/08/2007.

Macapá, 28 de agosto de 2007


 Prof. Dr. José Carlos Tavares Carvalho
 Coordenador - CEP-UNIFAP


 Prof. Dr. José Carlos Tavares Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 CEP - UNIFAP
 Portaria n. 011/2005-OR

Universidade Federal do Amapá
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UNIFAP
 Rod. JK km 2, Marco Zero CEP 68908-130 – Macapá – AP - Brasil
 Email: cep@unifap.br

O novo artigo foi submetido com sucesso!

CSP_1221/08

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Debate
Data de submissão	15 de Dezembro de 2008
Título	<i>COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal.</i> <i>QUILOMBOLAS COMMUNITIES AND THE RIGHTS TO THE HEALTH: the women perception to the prenatal assistance access.</i>
Título corrido	COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O DIREITO À SAÚDE.
Área de Concentração	Ciências Sociais em Saúde
Palavras-chave	Quilombo, direito à saúde, acesso aos serviços de saúde, pré-natal, bioética
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na <u>Declaração de Helsinki</u> , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	LUZILENA DE SOUSA PRUDENCIO ROHDE (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/UFSC.) <luzilenarohde@hotmail.com> MARTA VERDI (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA) <verdi@mbox1.ufsc.br>
STATUS	<i>Com Secretaria Editorial</i>