

CUIDADO PRÉ-NATAL DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL: ABORDAGEM QUALITATIVA

Francisca Luana Costa Rodrigues¹
Paula Marciana Pinheiro de Oliveira²

RESUMO

Introdução: É frequente a negligência e discriminação que mulheres com deficiência visual enfrentam durante a gestação, encontrando desconhecimento e atitudes pessimistas dos profissionais de saúde e também de membros da família, além da falta de acessibilidade nos serviços de saúde. **Objetivo:** Explorar as perspectivas e experiências de mulheres com deficiência visual sobre a assistência ao pré-natal. **Método:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo deu-se em quatro etapas, sendo elas: Contato com Secretarias de Saúde e Coordenações de Atenção Primária à Saúde; Localização e convite às mulheres com deficiência visual das áreas adscritas das Unidades; Coleta de dados; Descrição e Análise dos dados pela descrição interpretativa e *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Os aspectos éticos foram respeitados sob o parecer nº 6.767.911. **Resultados:** Foram descritos três tópicos principais, sendo eles: dados sociodemográficos, condições de saúde e saúde reprodutiva. As categorias identificadas na descrição foram: Qualidade do atendimento profissional; Comunicação dos profissionais de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Suporte familiar e rede de apoio. O atendimento que recebem não leva em consideração suas especificidades, ainda faltam cuidados que atendam suas necessidades, pois a maternidade é um momento significativo e cada mãe terá experiências diferentes. Ademais, possuem particularidades que exigem maior sensibilidade na assistência, mas o que é visto também são experiências negativas e dificuldades de receber informações. **Considerações finais:** Portanto, este estudo demonstra, a partir das entrevistas das mulheres, a importância de investir em formações e capacitações para profissionais de saúde sobre a assistência às mulheres com deficiência visual, com foco na comunicação inclusiva, e também de priorizar arquitetura acessível que possibilite o acesso equitativo dessas mulheres aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Mulheres; Pessoas com Deficiência Visual; Pesquisa Qualitativa; Entrevista.

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

² Docente do curso de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Pessoa com Deficiência classifica Pessoa com Deficiência (PcD), como aquela que possui impedimentos, de longo prazo e há, no mínimo, dois anos, de origem física, mental, intelectual ou sensorial, que ao interagir com uma ou mais barreiras, dificulta sua participação social em relação às demais pessoas sem deficiência (Brasil, 2019). A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência traz classificações para os tipos de deficiência existentes, sendo eles: deficiência física/motora, visual, auditiva, mental ou intelectual e múltipla (Brasil, 2024).

Pessoa com Deficiência Visual é aquela que apresenta baixa visão ou cegueira, sendo a cegueira um comprometimento que vai desde a total ausência da visão à percepção de vultos e luminosidade. Já a baixa visão é uma condição intermediária entre a cegueira e a possibilidade de enxergar completamente, e se apresenta de maneiras muito diferentes, as pessoas com essa condição não enxergam com a mesma intensidade nem têm a mesma percepção (IFPB, 2018).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 8,9% da população brasileira com faixa etária de dois anos ou mais, número aproximado de 18,6 milhões de pessoas, possui ao menos uma das deficiências investigadas. A deficiência visual (DV) mostrou-se em maior ocorrência, afetando 18,6% da população. Em seguida está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, após, a deficiência auditiva (DA), em 5,10% e a deficiência mental ou intelectual (DI), em 1,40% (Brasil, 2022). Acerca do gênero das pessoas investigadas, demonstra-se que a população de mulheres tem maior número de PcDs, com 10,7 milhões de pessoas, representando 10% da população feminina com deficiência no País (Brasil, 2022).

Estudos constataam que existem rótulos sobre a mulher com deficiência, que mesmo adultas, são infantilizadas, feitas de dependentes, controladas e limitadas em suas escolhas, precisando de cuidados de suas famílias (Pieczkowski; Gavenda, 2021). Além disso, mulheres com deficiência são consideradas pela sociedade como seres assexuais, impossibilitadas de atingir o objetivo de tornar-se mãe, que a própria sociedade impõe para a mulher, deixando-as apenas com a possibilidade de serem cuidadas, pois não correspondem ao padrão imposto (Corrêa; Jurdi; Silva, 2023).

Segundo Hasson-Ohayon e colaboradores (2018) é frequente a negligência e discriminação que mulheres com deficiência enfrentam durante a gestação, encontrando desconhecimento e atitudes pessimistas dos profissionais de saúde e também de membros da família, além da falta de acessibilidade nos serviços de saúde.

A atenção integral à saúde da pessoa com deficiência está legalmente assegurada, garantindo o acesso universal, igualitário e equânime aos serviços de saúde, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva. Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde se empenhem na efetivação contínua dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência, assegurando que possam exercer sua sexualidade de forma autônoma, livre de imposições, violências ou discriminações. Ressalta-se que essas mulheres possuem os mesmos direitos sexuais e reprodutivos que quaisquer outras, incluindo o pleno exercício do direito à maternidade. Para tanto, devem receber acompanhamento pré-natal qualificado, ofertado por uma equipe multiprofissional devidamente capacitada (Brasil, 2019).

O enfermeiro possui papel e atribuições bastante relevantes referentes a seu atendimento pré-natal. O atendimento conta com orientações às mulheres e suas famílias sobre o pré-natal, sobre a amamentação e a vacinação, realização de consultas de pré-natal de baixo risco, solicitação de exames complementares, orientação de imunização, prescrição de medicamentos padronizados, identificação de sinais de risco, encaminhamentos, promoção de educação em saúde e entre outras (Brasil, 2012).

Diante do exposto, faz-se necessária e relevante a contínua pesquisa, o estudo permanente sobre assistência pré-natal às mulheres com Deficiência Visual (DV), por se tratar de uma temática que carece de estudos, e também identificar suas perspectivas e experiências sobre a consulta, com isso, tem-se o objetivo de explorar as perspectivas e experiências de mulheres com DV sobre a assistência ao pré-natal. Desse modo, a realização de entrevistas para compreender as perspectivas e os desafios dessas mulheres, pode, através dos resultados obtidos, trazer reflexões, possíveis mudanças e intervenções futuras na assistência ao público pelos profissionais e pelos gestores, para que seja eficaz e inclusiva, diante da falta de capacitação de profissionais em abordar a mulher com DV de forma integral.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa foi baseada na Descrição Interpretativa (DI) de Sally Thorne (2016), que propõe a leitura detalhada do texto transcrito com o intuito de obter o sentido do todo. Esse método permite ao pesquisador situar o objeto de estudo nas diversas dimensões ao qual está inserido, como as esferas experiencial, espiritual, sociocultural e geopolítica. Tal abordagem viabiliza descrição detalhada e aprofundada dos fenômenos, bem como a análise de suas implicações no contexto clínico (Teodoro *et al.*, 2018).

Local e período do Estudo

O estudo foi realizado no período de maio de 2024 a fevereiro de 2025. O local do estudo pertence à região do Maciço de Baturité, no Ceará, que fica a 108 km da Capital, com população equivalente a 238.977 mil habitantes, e os municípios escolhidos foram Redenção, Aracoiaba, Capistrano e Itapiúna (Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará - SEPLAG, 2017). Ressalta-se que a justificativa para a seleção desses municípios refere-se a realização de pesquisa em paralelo com os demais municípios da região.

População e amostra do Estudo

Foram identificadas, localizadas, recrutadas e convidadas a participarem do estudo mulheres com DV (cegueira e/ou baixa visão) com idade a partir de 18 anos, sendo gestantes e/ou mães, abrangeu-se também aquelas em que houve aborto, independentemente de terem experienciado ou não assistência ao pré-natal.

Também foram consideradas as mulheres que desejam ser mães e realizar o acompanhamento pré-natal, cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios supracitados. Foram excluídas aquelas mulheres que possuem múltiplas deficiências ou que não conseguiram prosseguir respondendo à entrevista por desconforto físico ou psicológico.

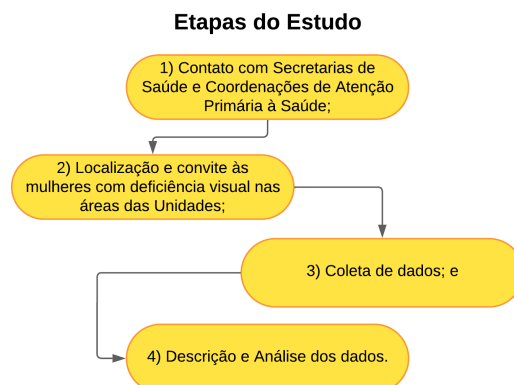
A amostragem foi não probabilística do tipo Rede de parcerias e Bola de neve (Leite *et al.*, 2014; Kennedy-Shaffer; Hanage, 2021). O método Rede de parcerias abrange colaboração com organizações ou grupos comunitários relevantes para identificar e localizar possíveis participantes, no caso do presente estudo, a rede de parcerias foi estabelecida com as Equipes de Saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Leite *et al.*, 2014).

A técnica em bola de neve trata da identificação de indivíduos-índice, que atendam aos critérios de elegibilidade, selecionados inicialmente para participar do estudo e, em seguida, indicando outros que possam se enquadrar nos critérios. Esse processo seguiu em "bola de neve" até que o número almejado de participantes fosse alcançado (Kennedy-Shaffer; Hanage, 2021).

Etapas do Estudo

O estudo deu-se em quatro etapas, sendo elas: 1) Contato com Secretarias de Saúde e Coordenações de APS; 2) Localização e convite às mulheres com deficiência visual das áreas adscritas das Unidades; 3) Coleta de dados; e 4) Descrição e Análise dos dados (Figura 1).

Figura 1. Etapas do estudo. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.



Fonte: Autora.

Etapa 1 - Contato com Secretarias de Saúde e Coordenações de Atenção Primária à Saúde

Na etapa inicial, foi estabelecido o contato com as coordenações da APS dos locais, por meios digitais (sites, correio eletrônico, ligações telefônicas e aplicativos de mensagens), visando a apresentação da proposta do estudo e a obtenção das autorizações necessárias.

Etapa 2 - Localização e convite às Mulheres com Deficiência Visual

Após autorização, foram realizadas as visitas às UBS que compõem o local de estudo, para localização e descrição de mulheres com DV presentes nas áreas das instituições, sendo urbanas ou rurais, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A identificação das participantes foi baseada nos registros dessas unidades, considerando os critérios de elegibilidade. Foram estabelecidos contatos nas residências do público-alvo para o convite à participação dessas mulheres na pesquisa, voluntariamente, com informações dos objetivos, benefícios e procedimentos a serem realizados. Após o aceite, a coleta de dados foi efetuada nas próprias residências.

Etapa 3 - Coleta de Dados

Nos dias de encontros, foi apresentada a proposta do estudo, garantindo confiança aos participantes e esclarecendo os benefícios da pesquisa, como também garantindo o direito de haver recusa para a participação. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o instrumento sociodemográfico. Após isso foi realizada a entrevista com cada participante do estudo. A entrevista semiestruturada oportuniza interação adaptável entre o pesquisador e o participante entrevistado, o que permite tanto a orientação do processo de entrevista quanto a expressão espontânea das respostas, o que possibilita compreensão mais detalhada do assunto abordado (Caires; Vicentine; Ferreira, 2021).

A entrevista foi guiada por instrumento previamente elaborado por três pesquisadores doutores, com perguntas sociodemográficas e roteiro com perguntas semi-estruturadas que

possibilitaram à entrevistada discorrer sobre o assunto. As perguntas sociodemográficas abrangem três eixos: a) informações pessoais; b) condições de saúde e; c) saúde reprodutiva.

O roteiro de perguntas possui questões abertas que buscam versar sobre dois eixos, sendo o primeiro para mulheres com DV que já realizaram o pré-natal, com cinco perguntas:

1) *Como foi a sua consulta de pré-natal com o enfermeiro? Acha que faltou algo? Ou acrescentaria algo? Como você avaliaria? Como foi sua experiência?*; 2) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade para agendar a consulta de pré-natal?*; 3) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade com o transporte/deslocamento para a Unidade Básica?*; 4) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade no acesso à Unidade Básica?*; 5) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade na comunicação com o enfermeiro?*.

O segundo eixo, para mulheres com DV que não realizaram o pré-natal, com quatro perguntas: 1) *O que você esperaria de uma consulta de pré-natal com o enfermeiro? Durante a consulta do enfermeiro com você no pré-natal, como gostaria que fosse?*; 2) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade para agendar consulta na Unidade Básica?*; 3) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade com o transporte/deslocamento para a Unidade Básica?*; 4) *Você teve alguma facilidade ou dificuldade no acesso à Unidade Básica?*. O conteúdo das perguntas teve a finalidade de entender quais perspectivas e desafios as mulheres têm e/ou tiveram sobre o pré-natal, como também sugestões, experiências e anseios.

As entrevistas foram gravadas por meio de aplicativos de gravador de áudio próprio, disponíveis em dispositivos celulares e registradas em áudio nos arquivos, nomeadas de acordo com cada participante para serem melhor localizadas. Posteriormente, foram transcritas por meio do auxílio de inteligência artificial, utilizando o programa gratuito *AssemblyAI*, o qual converte áudios em textos de forma mais rápida. Em seguida, foi realizada a verificação manual de todo o texto, com necessidade de edição mínima.

Etapas 4 - Descrição e análise dos dados

Foi utilizado o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires 0.8 (IRaMuTeQ) alpha 7* (2024) para realizar a transcrição do corpus textual, onde foi possível agrupar e organizar em gráficos os relatos das participantes por meio de análises, das quais: 1. Classificação Hierárquica Descendente (CHD); 2. Análise de Similitude (AS); e 3. Lexicografia básica (frequência de palavras/nuvem de palavras). (Camargo; Justo, 2013).

Com base nas recomendações de Thorne (2016) sobre a Descrição Interpretativa (DI), foram formuladas algumas indagações, partindo da premissa de que o conhecimento adquirido ainda não é suficiente. Assim, durante a leitura exploratória do corpus textual,

foram feitos os seguintes questionamentos: *O que está sendo observado?*; *O que está acontecendo?*; *O que isso significa?*. Esse processo requer leitura atenta e repetitiva de todo o conteúdo que será coletado. Durante essa etapa, foram identificadas e codificadas as sequências consideradas importantes para a análise.

Após essa codificação preliminar, alguns relatos foram rotulados e agrupados para a sua melhor compreensão por meio de perguntas gerais, como: *Qual a mensagem principal do material?*; *Que nova compreensão os dados poderão fornecer?*. Além disso, como questão analítica relevante, foram incluídas reflexões como: *“Como mulheres com deficiência visual descreveram suas experiências com a assistência pré-natal prestada por enfermeiros?”*. A partir disso, foi possível para o pesquisador discutir os padrões identificados, as relações entre eles e as seções do conteúdo analisado.

Assim, essa etapa foi concluída ao conceituar os resultados com aprofundamento dos relatos e as peculiaridades na prática clínica. Logo, os conceitos gerados buscaram atender às demandas identificadas nas experiências de mulheres com DV sobre a assistência pré-natal prestada por enfermeiros. Esta análise, realizada de maneira aprofundada, possibilita ao pesquisador refletir, questionar, analisar e desmembrar os dados em fragmentos menores, organizados em categorias, oferecendo informações significativas. Essa abordagem permite a identificação de elementos individuais e coletivos, ampliando a compreensão sobre o fenômeno investigado e gerando *insights* aplicáveis à prática e à teoria (Teodoro *et al.*, 2018).

A análise permitiu atingir os objetivos traçados, pois o uso do *IRaMuTeQ* e da Descrição Interpretativa foi estratégico para revelar nuances que poderiam passar despercebidas com outros métodos. Assim, os achados geram conhecimento aplicável à prática profissional e enriquecem a literatura científica, visto que a análise vai além da descrição: ela estrutura o conhecimento em categorias que podem orientar intervenções, políticas públicas ou novas pesquisas.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres da Unilab, tendo sido aprovado sob parecer nº 6.767.911 e CAAE nº 77936624.9.1001.5576. Este estudo respeitou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram disponibilizados em três segmentos: 1. Características sociodemográficas das participantes; 2. Análise de narrativas de Mulheres com

Deficiência Visual pela Descrição Interpretativa; 3. Análise de narrativas de Mulheres com Deficiência Visual utilizando o *software IRaMuTeQ*.

Características sociodemográficas das Participantes

Para caracterizar as participantes deste estudo, foram descritos três tópicos principais conforme o instrumento, sendo eles: dados sociodemográficos, condições de saúde e saúde reprodutiva.

Dados sociodemográficos: O estudo foi composto por 22 mulheres, com idades variando entre 31 e 88 anos. Dentre elas, apenas seis eram adultas (<60 anos) e 16 idosas. Das mulheres, 16 se identificaram como pardas, três como pretas e três como brancas. Delas, sete eram viúvas, seis casadas, quatro divorciadas, três solteiras e duas em união estável. Além disso, 16 das participantes tinham escolaridade até o ensino fundamental incompleto, quatro sem escolaridade, apenas uma possuía ensino fundamental completo e uma com ensino superior completo.

Condições de saúde: Em relação à DV, 14 participantes apresentaram baixa visão, enquanto cinco apresentaram cegueira e três com ambas condições (cegueira em um olho e baixa visão em outro olho), sendo todas de origem adquirida. As causas das deficiências, em sua maioria, relacionam-se com complicações como glaucoma e catarata. Das 22, 18 possuem Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Hipertensão Arterial (HA) e *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2).

Saúde reprodutiva: Nenhuma das participantes estava gestante no momento do estudo. Dessas mulheres, 21 relataram ter tido entre uma e 11 gestações, e apenas uma nunca engravidou. Entre as participantes, 13 afirmaram ter vivenciado abortos. Quanto à maternidade, 21 das participantes têm filhos vivos, e 14 realizaram acompanhamento pré-natal durante suas gestações. A descrição detalhada de cada participante pode ser visualizada no Quadro 1.

Quadro 1. Características sociodemográficas das participantes entrevistadas. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

Dados sociodemográficos	Condições de saúde	Saúde reprodutiva
MR1 - 89 anos, parda, viúva, fundamental incompleto.	Baixa visão de origem adquirida há 10 anos. DCNT.	G7/A1/P6. 4 filhos vivos. Não realizou pré-natal.
MR2 - 66 anos, parda, união estável, fundamental	Baixa visão de origem adquirida há 1 ano. - DCNT.	G6/A1/P5. 5 filhos vivos. Realizou pré-natal.

incompleto.		
MR3 - 57 anos, parda, casada, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 27 anos. DCNT.	G7/A1/P6. 6 filhos vivos. Realizou pré-natal.
MR4 - 73 anos, parda, casada, sem escolaridade.	Cegueira de origem adquirida há 9 anos. DCNT.	G2/A0/P2. 1 filho vivo. Não realizou pré-natal.
MR5 - 85 anos, branca, casada, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 12 anos. DCNT.	G11/A3/P8. 7 filhos vivos. Não realizou pré-natal.
MR6 - 59 anos, parda, união estável, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 15 anos. DCNT + Transtorno Mental.	G5/A1/P4. 4 filhos vivos. Realizou pré-natal.
MR7 - 70 anos, preta, casada, sem escolaridade.	Cegueira de origem adquirida há 40 anos. DCNT.	G5/A2/P3. 3 filhos vivos. Realizou pré-natal.
MR8 - 70 anos, parda, viúva, fundamental incompleto.	Cegueira e baixa visão de origem adquirida há 30 anos. DCNT.	G8/A1/P7. 6 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MR9 - 32 anos, parda, solteira, fundamental completo.	Cegueira de origem adquirida há 26 anos. Sem comorbidades.	G0/A0/P0.
MA1 - 61 anos, parda, viúva, fundamental incompleto.	Baixa visão de origem adquirida há 4 meses. DCNT.	G6/A0/P6. 3 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MA2 - 63 anos, parda, solteira, sem escolaridade.	Cegueira de origem adquirida há 32 anos. DCNT.	G6/A3/P3. 2 filhos vivos. Não realizou o pré-natal.
MA3 - 58 anos, parda, solteira, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 6 anos. DCNT + Catarata.	G5/A0/P5. 5 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MA4 - 64 anos, parda, divorciada, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 4 anos. Sem comorbidades.	G4/A2/P2. 3 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MA5 - 65 anos, branca, divorciada, fundamental incompleto.	Cegueira e baixa visão de origem adquirida. Sem comorbidades.	G6/A0/P6 - 2 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MC1 - 80 anos, branca, viúva, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 9 anos. DCNT.	G9/A1/P8. 9 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MC2 - 57 anos, parda, divorciada, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 4 anos. DCNT.	G2/A1/P1. 1 filho vivo. Realizou o pré-natal.
MC3 - 61 anos, parda,	Cegueira de origem adquirida	G1/A0/P1. 1 filho vivo.

divorciada, fundamental incompleto.	há 43 anos. Glaucoma. Sem comorbidades.	Realizou o pré-natal.
MC4 - 74 anos, preta, viúva, fundamental incompleto.	Cegueira e baixa visão de origem adquirida há 2 anos. DCNT.	G4/A1/P3. 3 filhos vivos. Realizou o pré-natal.
MC5 - 75 anos, preta, casada, fundamental incompleto.	Baixa visão de origem adquirida há 15 anos. DCNT.	G3/A0/P3. 4 filhos vivos. Não realizou o pré-natal.
MC6 - 31 anos, parda, casada, superior completo.	Cegueira de origem adquirida há 2 anos. DCNT + Pré-Eclâmpsia.	G1/A0/P1. 1 filho vivo. Realizou o pré-natal.
MI1 - 74 anos, parda, viúva, sem escolaridade.	Baixa visão de origem adquirida há 2 meses. DCNT.	G6/A1/P5. 5 filhos vivos. Não realizou o pré-natal.
MI2 - 67 anos, parda, viúva, fundamental incompleto.	Cegueira de origem adquirida há 5 anos. DCNT.	G9/A0/P9. 9 filhos vivos. Realizou o pré-natal.

*M - Mulher; R - Redenção; A - Aracoíaba; C - Capistrano; I - Itapiúna.

*G - Gestações; A - Abortos; P - Partos.

*DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Análise de narrativas de Mulheres com Deficiência Visual pela Descrição Interpretativa (DI)

Após leitura atenciosa e cuidadosa dos relatos, os discursos foram organizados de acordo com as perguntas e codificados conforme sua relevância para a análise. Através da técnica da descrição interpretativa, foram identificadas quatro categorias que refletem as experiências, perspectivas e os desafios dessas mulheres sobre o cuidado pré-natal. As categorias identificadas foram: 1. Qualidade do atendimento profissional; 2. Comunicação dos profissionais de saúde; 3. Acesso aos serviços de saúde; e 4. Suporte familiar e rede de apoio.

Qualidade do atendimento profissional

As mulheres que realizaram o pré-natal avaliaram positivamente o atendimento dos profissionais. Relataram que os profissionais eram atenciosos, questionavam sobre os cuidados na gestação, realizavam procedimentos e prescreviam suplementos e medicamentos necessários.

“Ela explicava várias coisas. Nem me lembro. Ela mandava negócio de vacina. E o que eu lembro era a vacina e todos tinham que ir.” MR3 - 57 anos.

“Atendiam muito bem. Olhavam como era que a criança estava, olhava a pressão.” MR6 - 59 anos.

“O pré-natal foi muito bom, eu tomei muitas vacinas, várias coisas porque era processado, um pré-natal já melhor, tomava vacina, tomava vitamina. Várias coisas.” MA2 - 63 anos.

“Era muito bom. O atendimento muito bom. Primeiramente as vacinas, o peso, que tinha na época. E tem a vacina, que a gestante toma. Se precisasse de algum medicamento porque realmente a pessoa tinha muito enjoo. Aquelas coisas ali, eu tomei remédio pra enjoo, que passou também. Tomei o sulfato ferroso que era muito bom também. Escutava o bebe, escutava o coração do bebe, tudo isso.” MA3 - 58 anos.

“Era com a minha pressão, sobre a minha alimentação. Eles viam como é que a criança tava. Quando me achava sem vitamina, ou desanimada, eles passavam vitaminas pra mim, sulfato ferroso.” MA4 - 64 anos.

Comunicação dos profissionais de saúde

A comunicação foi destacada como elemento essencial no atendimento, sendo valorizada pelas participantes quando os profissionais de saúde eram acolhedores em conversar e explicar durante as consultas. No entanto, algumas mulheres relataram experiências negativas, marcadas pela falta de comunicação de alguns profissionais.

“Ele explicava, ele ou ela explicava. Quando a criança estava se movendo mais para um lado ou mais para o outro, eu perguntava e ele explicava.” MR6 - 59 anos.

“Normal. Só diziam que tava normal e pronto.” MC3 - 61 anos.

“Não, assim não. É só no dia da consulta eu ia, ela fazia esses procedimentos. Escutava o coração do bebê, perguntava como era que eu tava, se tinha sentido alguma coisa. Mas assim, é pra explicar sobre o parto, o período depois que a mãe tem a criança, essas coisas assim, eu acho que teve um pouco de falta.” MC6 - 31 anos.

“Eles eram bons. Tiraram as dúvidas.” MR1 - 89 anos.

“Não, não é falado o quê que é usado não. Chego e simplesmente ela faz, ela é muito boa, gosto muito dela. A enfermeira, excelente ela.” MA3 - 58 anos.

Acesso aos serviços de saúde

Esta categoria aborda os aspectos relacionados ao transporte e à estrutura das UBS. As mulheres, independente de terem realizado ou não o pré-natal, relataram dificuldades em sua locomoção até as unidades. A acessibilidade arquitetônica foi mais um ponto significativo para essas mulheres, algumas enfrentaram dificuldades com rampas, escadas e falta de sinalização adequada.

“Eu ia de pé, eu tinha muita saúde. Era difícil. Era longe do posto. Nem transporte não tinha pra gente andar. Era muito difícil. Hoje em dia que é fácil, que todo mundo tem um transporte.” MR2 - 66 anos.

“Vez vinha a pé, vez vinha de ônibus da escola”. MA1 - 61 anos.

“Sim, eu tenho dificuldade pra ir até o posto porque quando eu não tenho, quando o meu transporte tá no prego, às vezes eu chego até a perder a consulta porque não tem como eu ir; Eu não aguento ir de pé, vou, mas aí tenho dificuldade.” MA3 - 58 anos.

“Eu vou com uma pessoa me levando, assim. Se me botar assim num canto, eu fico parada que eu não tenho pra onde sair, assim. Não sei sair de um canto pra outro. Só dentro da minha casa que eu me movimento, assim, barrando as paredes. Mas lá no canto, eu só posso andar com a pessoa todo tempo me guiando.” MC2 - 57 anos.

“Assim, pra quem tá gestante eu acho um pouco complicado, porque não tem, na subida nem um corrimão nem nada, só a rampa. Não sei se colocaram, mas no meu tempo era só a rampa pra subir. Pra quem tá gestante é complicado.” MC6 - 31 anos.

“(…) Pra andar sozinha é complicado. Até, assim, porque quando a gente tá grávida, mexe muita coisa, os hormônios, tudo, qualquer coisa a gente fica tonta. E apesar de eu também ter essa minha pouca visão, tava com mais pouca ainda no tempo que eu tava gestante, acho que é por causa também da pressão alta, não sei. Aí era complicado pra ir. Tinha que ir alguém comigo.” MC6 - 31 anos.

Suporte familiar e rede de apoio

O apoio dos familiares mostrou-se fundamental para muitas mulheres, pois impacta o acesso aos serviços e empoderamento das mulheres com DV, associando-se aos determinantes sociais de saúde. No entanto, algumas participantes demonstraram a necessidade em relação a esse suporte, já que infelizmente não é possível realizar determinadas tarefas sem o auxílio de alguém.

“(...) Eu vou com as meninas, quem leva. Minha menina quem me leva pra dentro do posto.” MI2 - 67 anos.

“Agora eu só ando acompanhada, se eu for pra um canto, só acompanhada, não posso andar mais só de jeito nenhum.” MA5 - 65 anos.

“Alguma vez, quando eu ia, era mais meu filho, ou ela, ou outro que mora lá.” MC5 - 75 anos.

“(...) O meu corrimão é minha bengala aqui. Minha filha, essa aí é minha bengala. Pra onde eu vou, ela tem maior cuidado pra eu não cair. Ela é direto agarrada no meu braço.” MR3 - 57 anos.

“Eu ando guiada pelo meu marido que ele é quem cuida de mim, ele é quem faz tudo. Então, é ele que me guia, porque eu, eu não ando só. Quando ele anda comigo, ele já vai avisando. Aqui desce, aqui sobe.” MA3 - 58 anos.

A partir das narrativas, foi possível apreender dimensões importantes da experiência pré-natal de mulheres com deficiência visual, evidenciando aspectos positivos, lacunas assistenciais e desafios estruturais que ainda permeiam o cuidado. As categorias analíticas obtidas pela Descrição Interpretativa possibilitam uma compreensão contextualizada das práticas profissionais e das vivências subjetivas dessas mulheres, oferecendo subsídios relevantes para a qualificação da atenção pré-natal, com foco na equidade, acessibilidade e comunicação inclusiva.

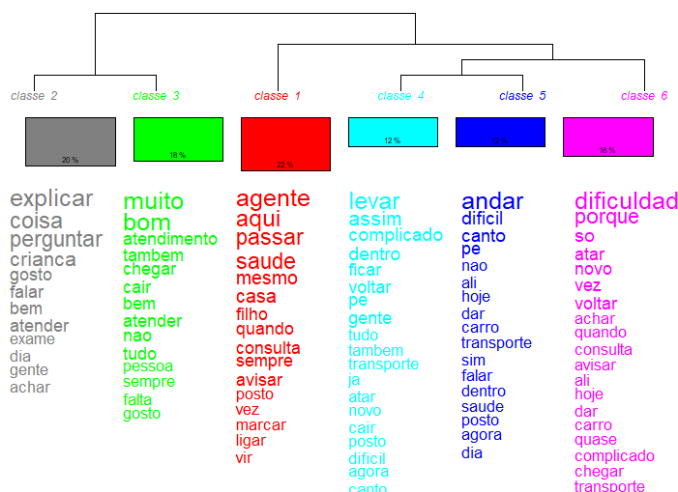
Análise de narrativas de Mulheres com Deficiência Visual utilizando o software IRaMuTeQ

De acordo com a Figura 2, pode-se visualizar que o *software IRAMUTEQ* dividiu o corpus textual em dois grupos. Destes, o primeiro subdividiu-se em classe 2 e classe 3. O segundo grupo subdividiu-se nas classes 1, 4, 5 e 6.

Desse modo, identificamos seis classes de textos similares, organizadas e nomeadas a partir da sua afinidade, a saber: “Classe 2 – Perspectiva de pessoas com deficiência visual na gestação” e “Classe 3 – Atendimento da consulta de pré-natal”. Em seguida, visualizam-se “Classe 1 – Dificuldades no agendamento de consultas”, “Classe 4 – Acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde”, “Classe 5 – Acessibilidade ao transporte para as Unidades Básicas de Saúde” e “Classe 6 - Desafios da gestação em pessoas com deficiência visual”.

Todas as classes se relacionam com as categorias da Descrição Interpretativa, sendo relacionadas da seguinte maneira: “Classes 1, 4, 5 e 6 - Acesso aos serviços de saúde e Comunicação dos profissionais de saúde” e “Classes 2 e 3 - Qualidade do atendimento profissional e Comunicação dos profissionais de saúde”.

Figura 2. Dendograma de classes. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Na análise de similitude, foi possível identificar os temas relevantes em destaque e relacionando-se entre si no centro da árvore de coocorrências. Estas palavras, por sua vez, se conectam a outros subtemas tratados como as especificidades de cada tema principal. A partir do conceito exposto, temos o tema “Saúde” se ligando imediatamente ao tema “Posto”. Este, por sua vez, gera conexão com outros sub-temas de relevância como “Consulta”, “Dificuldade”, “Andar” e “Filho”.

Observa-se que as ramificações dos temas principais tomam direcionamentos diferentes para demonstrar as diferenças de contexto que existem entre si. Dessa forma, os subtemas da palavra “Posto” não conversam com os subtemas da palavra “Bem”, estando eles posicionados em extremidades opostas no grafo. Em suma, nota-se pela Figura 3 que as respostas da entrevista geraram pequenos eixos, onde as linguagens (classes) usadas em cada eixo podem ser visualizadas pelas suas ramificações.

Figura 3. Árvore de coocorrências (similitude). Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

Por meio deste estudo, foi possível identificar e relacionar diversos aspectos sociodemográficos com a prevalência da deficiência visual em mulheres, a faixa etária em que a DV está mais presente (idosas) e a escolaridade dessas mulheres (ensino fundamental incompleto), além de concluir que a maioria possui baixa visão de origem adquirida com a grande prevalência de DCNT. Além disso, a maior parte das participantes vivenciou a experiência da gestação e da assistência ao pré-natal, porém, houve limitações relacionadas à idade em que ocorreu a gestação e a idade em que a DV foi adquirida, ocasionando a realização de entrevistas com mulheres que não estavam com DV no momento em que vivenciou a gestação e o pré-natal.

Os dados sociodemográficos das participantes deste estudo revelam grupo heterogêneo de Mulheres com DV, e abrange faixa etária ampla, entre 31 e 88 anos, diversidade etária que reflete diferentes vivências em relação à gestação e ao pré-natal. As mulheres idosas podem ter vivido períodos em que o acesso aos serviços de saúde era mais limitado, influenciando suas experiências atuais no contexto assistencial. Por outro lado, as mais jovens são beneficiadas por um sistema mais acessível, fruto de importantes marcos políticos de saúde pública, como a implementação do SUS em 1988, a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil - Rede Cegonha (atual Rede Alyne) em 2011 e Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em 2010 (Brasil, 2014; Brasil, 2012).

A predominância de mulheres pardas no estudo reforça a relevância de considerar o impacto da raça na experiência com os serviços de saúde. Pesquisas mostram que mulheres negras enfrentam frequentemente discriminação no atendimento, agravando vulnerabilidades como a deficiência visual (Theophilo, 2018; Lessa, 2022). Ademais, o nível de escolaridade, com a maioria das participantes tendo o ensino fundamental incompleto, destaca a necessidade de intervenções educativas acessíveis às realidades dessas mulheres, promovendo melhor compreensão e adesão das orientações (Belo, 2018).

Sobre a origem da deficiência visual, a maioria das participantes possui baixa visão adquirida, além da condição de HA e/ou DM2. Esses achados corroboram com estudos que indicam que o aumento da prevalência de doenças crônicas, como HA e DM2, são preditores significativos para o desenvolvimento desta deficiência (Oliveira, 2017; Brito, 2020; Barreto, 2023). A associação entre deficiência visual adquirida e doenças crônicas reforça a importância do acompanhamento pré-natal em mulheres com essa condição, fundamental para a detecção precoce de complicações e promoção à saúde materna e fetal (Carvalho *et al.*, 2024; Brasil, 2012).

Quanto à análise descritiva das entrevistas, a primeira categoria de narrativas, Qualidade do atendimento profissional, demonstra relatos de consultas em que os profissionais concretizaram o básico e necessário de toda consulta pré-natal, como a verificação dos sinais vitais e investigação por queixas, sem a presença de intervenções direcionadas para a especificidade da mulher com DV. Em estudo de Bezerra e colaboradores (2020), as mães com DV relataram que não recebiam orientações sobre amamentação e cuidado materno-infantil em suas consultas, restringindo-se apenas em exames físicos, como avaliação do peso e altura uterina, e também sem investigação por fatores psicossociais, o que dialoga com os relatos apresentados neste estudo, que evidenciou não haver orientações e cuidados individualizados de acordo com a necessidade e realidade das mulheres.

Sobre a segunda categoria, Comunicação dos profissionais de saúde, apesar de haver avaliação positiva das participantes do estudo sobre a comunicação com profissionais, nenhuma delas relatou a utilização de audiodescrição, muito menos o uso de recursos táteis, como materiais em relevo ou tecnologias assistivas para PcDs visual, e inclusive houveram também relatos de falta de comunicação, gerando possíveis barreiras comunicacionais. Assim, cabe mencionar que tais situações não estão alinhadas às práticas de Educação em Saúde que necessitam ser norteadas pelas particularidades do paciente, visando compreensão adequada desses conhecimentos para torná-los práticas cotidianas.

Com as pessoas com deficiência visual, deve-se reforçar na comunicação necessária que favoreça a orientação dos sentidos remanescentes, como o olfato, o tato e a audição, ultrapassando assim o tradicional, uma vez que a principal tecnologia utilizada para Educação em Saúde está em materiais visuais (Bezerra *et al.*, 2020). O que, infelizmente, favorece a manutenção de barreiras comunicacionais, que referem-se à ausência de barreiras na comunicação interpessoal, na escrita e virtual (Silva, 2024).

A terceira categoria trata-se sobre o Acesso aos serviços de saúde, onde a acessibilidade foi um ponto em destaque para estas mulheres, pois dificuldades com rampas, escadas, falta de sinalização e dificuldades na locomoção até os serviços de saúde foram relatadas por elas, o que corrobora com estudo de Santos (2021), onde foram identificados problemas envolvendo corrimões de apoios, ausência de pisos táteis, sinalização inadequada de meio e fim da rampa ou rampas de acesso fora dos padrões estabelecidos pela norma regulamentadora, sendo possível concluir que as UBS não são adaptadas ou não se constituem no desenho universal para o uso comum de PcDs, gerando manutenção das barreiras físicas/arquitetônicas. As barreiras físicas ou arquitetônicas referem-se à ausência de barreiras

ambientais físicas das UBS, incluindo a comunidade onde está localizada, transporte coletivo e privado (Silva, 2024; Santos, 2021).

A quarta e última categoria, Suporte familiar e rede de apoio, traz com relatos significativos a importância e necessidade do suporte que as famílias, principalmente filhos e cônjuges dessas mulheres às oferece, no que concerne a ajuda com a locomoção e as atividades a serem feitas, com destaque para se locomoverem até os serviços de saúde e na estrutura interna dos serviços. Da necessidade desse auxílio, surge a figura do cuidador, pois algumas mulheres afirmaram a necessidade de alguém disponível integralmente para a ajuda.

Entende-se também como cuidador aquele que se responsabiliza em desenvolver ações de ajuda, proteção e prevenção em situações nas quais a pessoa não mais realize com autonomia (Câmara *et al.*, 2016). Porém, cabe ressaltar que há a importância pela recuperação da autonomia dessas mulheres como também a efetivação de políticas públicas que impulsionam essa autonomia. Todos os relatos das categorias descritas acima corroboram com os gráficos gerados no *software IRAMUTEQ*, reforçando a relação que as narrativas das mulheres possuem com as categorias.

O atendimento que mulheres com DV recebem não leva em consideração suas especificidades, pois ainda faltam cuidados individualizados que atendam às suas necessidades, uma vez que a maternidade é um momento significativo e cada mãe terá experiências diferentes. Além disso, mulheres com DV possuem particularidades que exigem maior sensibilidade na assistência, encorajando sua autonomia, mas o que é visto também são experiências negativas bem como dificuldades de receber informações durante as consultas (Carvalho *et al.*, 2024), mesmo que um dos princípios fundamentais do SUS é a acessibilidade, que garante a oferta de serviços capazes de atender às diversas necessidades da população.

Estudos concluem que as dificuldades nos serviços de saúde estão diretamente ligadas à formação dos profissionais. Muitos enfermeiros afirmam não se sentirem capacitados para atender pessoas com deficiência, pois não receberam a capacitação necessária para lidar com suas especificidades. Essas limitações resultam em lacunas significativas na comunicação, na abordagem clínica e no acolhimento, comprometendo a qualidade do cuidado promovido a essa população. A falta de capacitação para lidar com diferentes tipos de deficiência contribui para manter barreiras nos serviços de saúde, corroborando com a importância da formação e capacitação contínua dos enfermeiros para atender adequadamente a essa população e promover uma assistência inclusiva (Belo, 2018; Santos, 2021; Corrêa, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das narrativas por meio do *IRAMUTEQ* e da Descrição Interpretativa, revelou lacunas acerca do atendimento ofertado ao público, que apesar de ser considerado bom pela maioria das participantes, possui destaque para dificuldades relacionadas à acessibilidade aos serviços, como presença de barreiras físicas e arquitetônicas, demonstrando a necessidade de adequação arquitetônica inclusiva nas unidades de saúde, na infraestrutura e nas vias públicas dos municípios. Além disso, cabe ressaltar sobre a comunicação dos profissionais, que demonstraram serem difíceis, necessitando de comunicação inclusiva e acessível durante os atendimentos.

Portanto, este estudo demonstra a importância de investir em formações e capacitações para profissionais de saúde sobre a assistência às mulheres com deficiência visual, com foco na comunicação inclusiva, e também de priorizar arquitetura acessível que possibilite o acesso equitativo dessas mulheres aos serviços de saúde. Sugere-se que estudos e pesquisas sobre a temática prossigam sendo realizadas para que assim seja possível a efetivação de políticas públicas no âmbito da atenção à saúde de mulheres com deficiência.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, M. C. A. *et al.* Impairments, health conditions and health risk behaviors: occurrence and associations, in the National Health Survey, Brazil, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 4, p. e2023114, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SGQFJBgmzrX8Gbg3TJgXyGf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 09 out. 2024.
- BELO, L. C. O. OLIVEIRA FILHO, P. DE. Maternidade marcada: o estigma de ser mãe com deficiência visual. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 957–967, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018147798>. Acesso em: 09 jan. 2025.
- BEZERRA, C.P. *et al.* Access to health services by blind mothers: from coping to learning. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01975>. Acesso em: 10 jan. 2025.
- BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. 3. ed. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019. 50 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554329/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_3ed.pdf. Acesso em: 15 dez. 2024.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pessoas com deficiência: 2022**. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 15 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Guia de atenção à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 84 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_mobilidade_reduzida.pdf.

Acesso em: 09 jan. 2025.

BRITO E.S. *et al.* Associação entre diabetes mellitus e doenças oculares em pessoas com deficiência visual. **Rev. enferm. UERJ**; 28: e49109, jan.-dez. 2020.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49109>. Acesso em: 09 jan.

2025.

CAIRES, I.S.; VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B. A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos determinantes sociais da saúde: enfoque sobre a população jovem que vive em aglomerados subnormais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. 387-398, set. 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1414-462x202129030174>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CÂMARA, F. S. *et al.* Perfil do cuidador de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 269-276. 2016. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797198>. Acesso em: 09 jan. 2025.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em:

<https://doi.org/10.9788/tp2013.2-16>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CARVALHO, G.J.F. *et al.* Simply mothers: shared elaboration of technologies on prenatal care of visually impaired women. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, 2024.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92082>. Acesso em: 11 jan. 2025.

CORRÊA, V. C. R.; JURDI, A. P. S.; SILVA, C. C. B. Narrativas de mulheres com deficiência física e visual sobre suas Maternidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, n. 3, p. e89510, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n389510>. Acesso em: 10 jan. 2025.

HASSON-OHAYON, I. *et al.* Attitudes towards motherhood of women with physical versus psychiatric disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 11, n. 4, p. 612-617, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.002>.

Acesso em: 09 jan. 2025.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA (Paraíba). Instituto Federal da Paraíba (ed.). **Cegueira x baixa visão**. 2018. Disponível em:

<https://www.ifpb.edu.br/assuntos/fique-por-dentro/cegueira-x-baixa-visao>. Acesso em: 09 jan. 2025.

KENNEDY-SHAFFER, L.; QIU, X.; HANAGE, W.P. Snowball Sampling Study Design for Serosurveys Early in Disease Outbreaks. **American Journal of Epidemiology**, v. 190, n. 9, p. 1918-1927, 8 abr. 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/aje/kwab098>. Acesso em: 09 jan. 2025.

LEITE, D. *et al.* Avaliação de redes de pesquisa e colaboração. **Avaliação: Revista**

da **Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 19, n. 1, p. 291-312, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772014000100014>. Acesso em: 09 jan. 2025.

LESSA, M. S. DE A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzJkjbDCRB9xdT3HRVrdv/#>. Acesso em: 09 jan. 2025.

OLIVEIRA D.G. *et al.* Avaliação do perfil socioeconômico, formação profissional e estado de saúde de pessoas com deficiência visual. **Rev brasoftalmol.** 76 (5): 255–8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20170053>. Acesso em: 11 jan. 2025.

PIECZKOWSKI, T.M.Z.; GAVENDA, M.L. Narrativas de Mulheres com Deficiência Visual. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0171>. Acesso em: 11 jan. 2025.

SANTOS, L.S. A acessibilidade da pessoa com deficiência na atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, p. 32-37, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/43757>. Acesso em: 11 jan. 2025.

SILVA, N. O. Construção e validação de infográfico interativo para ensino de enfermagem sobre assistência às pessoas com deficiência. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, p. 110-11, Ceará, 2024.

SEPLAG. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Baturité: diagnóstico socioeconômico e territorial**. 2017. Disponível em: <https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2017/05/baturit.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

TEODORO, I. P. P. *et al.* Interpretive description: a viable methodological approach for nursing research. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 19 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0287>. Acesso em: 09 jan. 2025.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L.. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/#>. Acesso em: 11 jan. 2025.

THORNE, S. **Interpretive description**. 2. ed. Nova York: Routledge, 2016.