



A VULNERABILIDADE DA MULHER QUILOMBOLA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

HIGHLIGHTS

1. As mulheres quilombolas tem barreiras para um pré-natal de qualidade?
2. Como se estabelece o trabalho da informação da mulher quilombolas no âmbito do pré-natal?
3. A mulher quilombola tem maior vulnerabilidade por falta de conhecimento no pré-natal?

RESUMO

Objetivo: descrever a vivência das mulheres quilombolas na atenção pré-natal.

Método: pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa, onde foi realizado 26 entrevistas semiestruturadas com mulheres quilombolas em três comunidades do município de Abaetetuba, estado do Pará, Brasil. Os dados foram transcritos na íntegra e a sucessão da análise de conteúdo.

Resultados: observa-se a falta de informação por parte da mulher quilombola no pré-natal, como palestras e grupo de gestante. A informação se dá de forma informal com a sua rede de apoio, como familiares. Mas, quando realizada o foco está articulado no âmbito biológico da gestação.

Conclusão: descreve-se que a vivência da mulher quilombola no pré-natal se passa por vulnerabilidade articulada a falta de informação. Assim, o trabalho da educação em saúde se torna prioritário para mudança da sua realidade.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal; Mulheres; Quilombolas; Vulnerabilidade em Saúde; Política de Saúde.



INTRODUÇÃO

As estratégias de saúde voltadas à saúde da mulher configuram-se como um dos eixos prioritários nas discussões em saúde pública no Brasil. A assistência humanizada e qualificada, no período gravídico-puerperal, é imprescindível quando se objetiva resultados clínicos satisfatórios para a saúde materna e do recém-nascido¹⁻². Neste sentido, uma das medidas recomendadas por Organizações e Associações Internacionais para assegurar a saúde no binômio mãe-filho, é a garantia da atenção integral pré-natal³.

Um pré-natal desqualificado se associa os desfechos perinatais desfavoráveis, a exemplo, tem-se: o baixo peso ao nascer, prematuridade, problemas neurológicos, além de contribuir significativamente para o surgimento de complicações obstétricas, síndromes hipertensivas, diabetes gestacional e mortes maternas².

Neste sentido, embora o Brasil apresente uma cobertura na atenção pré-natal superior a 90%, o mesmo não se distribuiu de forma homogênea, persistindo grandes desigualdades, especialmente dos últimos anos. Há uma maior dificuldade no acesso para mulheres adolescentes, negras, com menor escolaridade, sem companheiro, multíparas, revelando a manutenção das disparidades sociais e raciais, especialmente, em zonas rurais e áreas em que vivem as populações tradicionais da região norte do país⁴.

A assistência à saúde de grupos étnico-raciais em condições vulneráveis, evidencia as iniquidades assistenciais pelo adoecimento precoce, progressão dos processos de adoecimento, bem como os elevados índices de morbimortalidade. A vulnerabilidade no processo saúde-



doença dos negros do Brasil constitui um processo resultante do contexto histórico-social de privação de direito⁵⁻⁶.

As populações que vivem nas comunidades tradicionais da Amazônia, historicamente, enfrentam a negligência do estado diante de contextos de vulnerabilidade no campo da saúde, educação e meio ambiente; como os ribeirinhos, comunidades extrativistas, indígenas e quilombolas⁷, onde a atenção integral ao pré-natal com a população quilombola constitui como prioritária para romper os obstáculos para o acesso aos serviços e garantir o seu direito e a qualidade no pré-natal⁸⁻⁹.

Assim, as mulheres quilombolas no seu período gestacional estão em vulnerabilidade, que se estabelece na sua condição de risco, que se relaciona em estigmas e condições sociais que cooperam para a tornar a mulher vulnerável, especialmente ao acesso ao meio de comunicação e usufruir os recursos favoráveis para sua saúde¹⁰.

Neste contexto, apresentam-se as mulheres quilombolas que compartilham de cultura e costumes específicos, muitos deles herdados de suas raízes africanas, apresentando uma realidade particular do modo de vida. Neste panorama, questões relacionadas à saúde não podem ser analisadas isoladamente, mas devem levar em consideração seu modo de vida, o meio social onde vivem, cultura, valores e costumes. Pontuando estas questões, salienta-se que a assistência à saúde de mulheres quilombolas, necessita de intervenções que dialoguem com suas especificidades em saúde¹¹.

A presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde, resulta na redução do acesso, no atendimento inadequado, influenciando na forma de gestar e nascer, viver e morrer das



mulheres negras. As desigualdades sócio raciais no Brasil revelam a influência de determinantes socioeconômicos e político-culturais e o não reconhecimento da singularidade racial excludente e vulnerável de grande parte da população¹⁰.

O déficit de atenção à saúde de mulheres negras, sustenta a vulnerabilidade social que reflete em seu estado de saúde. Tais fatores associam-se na discriminação étnico-racial e de gênero, que colocam este público em posições desvantajosas em diversas situações¹¹. O estudo teve como questão norteadora: Quais as lacunas na atenção integral ao pré-natal com as mulheres quilombolas?

Desse modo, o estudo objetivou descrever a vivência das mulheres quilombolas na atenção pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres quilombolas do município de Abaetetuba, estado do Pará, Brasil. O estudo configura um recorte da dissertação intitulada: A atenção pré-natal de mulheres quilombolas no estado do Pará: um olhar para o campo da saúde reprodutiva do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

Para melhor delinear a produção deste manuscrito, utilizou-se os critérios para relatórios em pesquisa qualitativa presentes na lista de checagem *Consolidated Criteria for Report Qualitative Research-COREQ*¹¹.

O estudo ocorreu em três comunidades quilombolas localizados no município de Abaetetuba no estado do Pará, a saber: Itacuruçá, Arapapuzinho e Ipanema. Este cenário de



Revista

Cogitare Enfermagem



ISSNe 2176-9133

estudo foi escolhido por abrigar o maior quantitativo de comunidades quilombolas do estado, com aproximadamente 14.526, sendo o quinto município brasileiro com a maior população quilombola¹².

O primeiro contato dos pesquisadores, foi realizado por meio de uma conversa com os líderes comunitários, como objetivo de identificar e selecionar as potenciais comunidades e participantes. Dessa forma, com a definição das comunidades quilombolas, foi feito o levantamento de gestantes cadastradas, que contabilizou 50 mulheres. Assim, com a aplicação dos critérios de inclusão, a saber: ser mulher quilombola; idade acima de 18 anos; estar grávida entre o 2º e 3º trimestre de gestação ou ter vivenciado ao menos um processo de gestação. E como critério excludente: mulheres que não estavam sendo acompanhadas por profissionais da atenção básica de saúde do município. Ressalta-se que nenhum participante foi excluído do estudo.

Não foi realizado nenhum contato inicial antes da coleta de dados com as mulheres. Foi realizado um estudo piloto com três gestante de outra comunidade quilombola para adequações da técnica de coleta de dados, que essas não fizeram parte da contabilização dos participantes do estudo.

Do total, participaram do estudo 26 gestantes quilombolas, que sucedeu a coleta de dados com a realização do transporte fluvial até a residência de cada participante, mediada por contato com o líder comunitário. Foi realizado entrevista semiestruturada presencial, individualizada, com a participação da pesquisadora principal e a entrevistada, sem a presença de terceiros,



garantindo os preceitos éticos para a coleta de dados. A coleta ocorreu no mês de abril de 2024, e teve em média 45 minutos a duração de cada entrevista.

Durante a entrevista, a pesquisadora principal mediu as seguintes perguntas disparadoras: Conte a sua experiência com a atenção pré-natal que você está sendo acompanhada? Diga quais pontos positivos ou negativos para a atenção pré-natal com a população quilombola? Quais os obstáculos que você enfrenta no pré-natal? Com a realização das entrevistas foi realizado o processo de saturação teórica¹³. Na vigésima terceira entrevista observou um encadeamento das respostas das gestantes, sucedendo um significado do evento, assim sucedeu a realização de mais três entrevistas, perfazendo o total de 26 participantes do estudo, pois não houve nenhum outro acréscimo novo durante as entrevistas. As entrevistas foram captadas por aparelho digital e foram transcritas na íntegra.

Com a realização da transcrição das falas, iniciou-se o processo de tratamento dos dados com a análise de conteúdo¹⁴. E dentre as etapas estabelecidas no processo analítico, com a pré-análise, com a leitura exploratória do material para identificar elementos que compusessem a análise, com a formulação de hipótese e identificação de documentos pertinentes para realização da análise¹⁴. E seguida a Exploração de Material, foi realizada a categorização e codificação no estudo. É nesta fase que o pesquisador separou as informações da pesquisa para gerenciá-las, codificá-las e interpretá-las¹⁴. E nesta etapa foi utilizado a estratégia de colometria para identificação das unidades de registro, a saber: figuras femininas familiares como orientadoras; participação em grupos de gestantes; palestras no período gravídico; consulta/orientações com a enfermagem; relação com os profissionais de saúde.



Sucedendo, foi realizada Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação, que buscou os significados dos dados obtidos. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica¹⁴.

Nesta fase, tem a finalidade de captar os conteúdos contidos em todo o material coletado por meio dos instrumentos utilizados, que se baseou a construção da unidade temática: Orientações e a consulta com o profissional da saúde, que possibilitou a realização da seguinte categoria temática: A vulnerabilidade da mulher quilombola: barreiras para um pré-natal efetivo e de qualidade. Os dados foram discutidos a base das políticas de saúde no campo do pré-natal e com a literatura especializada com a atenção integral ao pré-natal.

O estudo foi aprovado conforme o protocolo nº 6.497.731/2023; CAAE: 73222832.0.0000.0018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA), conforme disposto na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o sigilo, o anonimato e a confiabilidade, as depoentes serão identificadas pela letra (G) de Gestante, seguida de algarismo numérico, correspondente à sequência da realização das entrevistas (G1, G2, G3, ..., G26), além da garantia da participação voluntária, mediante assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A idade das participantes variou de 20 a 35 anos. Em relação a ocupação 19 (76%) trabalham na lavoura, quanti ao estado civil 12 são casadas (46%). No que tange a formação



educacional 11 (42%) possui ensino fundamental incompleto, a respeito da renda 21 (80%) relataram receber menos de 1 salário mínimo, sobre o número de gestação 23 (88%) das participantes verbalizaram de um a cinco processos gravídicos.

Após análise dos dados óbitos, construiu-se uma análise temática para melhor discussão e delineamento do estudo.

A vulnerabilidade da mulher quilombola: barreiras para um pré-natal efetivo e de qualidade

Nota-se que as orientações específicas no ciclo gravídico do pré-natal apresenta como uma lacuna na assistência profissional de mulheres quilombolas acentuando a vulnerabilidade em saúde dessas populações. Por isso, estas informações são terceirizadas para figuras familiares, que fazem o papel de detentoras das informações que são passadas ao longo das gerações, como pode se visualizar conforme nos seguintes depoimentos:

[...] Não tive nada disso durante o pré-natal, só em casa mesmo com os mais antigos, minha mãe, sogra, mas durante as consultas com os profissionais do hospital, não tive nada disso. (G7).

[...] Nunca participei, eles não diziam o que tinha que fazer, como tinha que ser. As orientações mesmo eu tinha em casa, com minha mãe ou minha avó. (G20)

[...] Essas questões orientações não tinha, tudo que eu aprendia era em casa mesmo, ou aprendia sozinha, no dia a dia com os meus filhos. Os profissionais não tinham muita essa preocupação, não perguntavam como “estava” o aspecto emocional, não orientavam muito, então, isso são marcas que ficam, que fui relevando com o tempo, não tive esse apoio. Tinha que guardar comigo. (G19)

[...] Poucas orientações, quem me dizia as coisas eram minhas irmãs, mãe, vó, as orientações, eram mais em casa mesmo, do que no hospital. Quando eu ia me consultar o médico só perguntava se eu estava sentindo alguma coisa, dor, olhava meus exames e se tivesse alguma alteração passava os remédios. Mas não me davam maiores explicações e eu também não me sentia à vontade para perguntar. (G26)



Quando indagadas sobre o recebimento de orientações ou participação em grupo de gestantes, a maioria das mulheres quilombolas relataram o desconhecimento desses grupos nos locais em que realizaram o pré-natal. Esses grupos são essenciais para a orientação da mulher, que tem o poder de informação e atenuar a sua vulnerabilidade. Mas, poucas mulheres participaram de palestras e assim, não possuindo de forma coletiva orientações a respeito de temas inerente a gestação e parto, conforme os depoimentos a seguir:

[...] O que mais me falaram era pra ter cuidado com a alimentação, só isso mesmo. Mas todas as vezes que eu ia, nunca vi ou participei de palestras sobre gravidez, cuidado com o bebê depois que nasce ou sobre o parto. Por aqui essas coisas não existem. (MQ9). Grupos ou palestras não, mas de vez em quando na consulta falavam algumas coisas pra mim, de como cuidar da criança, não fazer esforço. (G11).

[...] Não participei de grupos de gestantes, também não tive muitas orientações. Quando tinha a consulta, o médico só perguntava se estava bem, me falava como o bebê estava, escutava o coração, via os exames e só isso. Se tivesse que passar algum remédio passava e depois eu dizia se fez efeito, era só isso mesmo. (G18).

[...] Nunca participei de nenhuma palestra e também nunca me chamaram pra participar de grupos de gestantes, nada dessas coisas de orientações mais específicas. A maioria das vezes não demorava dentro da sala da enfermeira ou médico, só faziam a triagem vendo a pressão, escutava o bebê, dizia que estava bem e dizia pra não comer fritura, só isso mesmo e passavam os remédios ou exames que tinha que fazer. (G24)

O acompanhamento de todo processo de gestação e o acolhimento da mulher quilombola são fundamentais na assistência pré-natal, com intuito de que a mesma possa compreender o momento de transição que está vivendo. No entanto, a análise dos depoimentos das mulheres sugere uma comunicação ainda pautada no modelo curativista, com a medicalização dos problemas de saúde e pouco ou quase nenhum aspecto da saúde integral na gestação.



[...] Foi bom, não fazia tantas perguntas assim, só perguntava sobre os meus exames e se eu estava precisando de alguma coisa, aí passava remédio, dizia como era pra tomar e era isso. Costumava ser bem rápido as consultas. (G1)

[...] Demorava bastante pra chegar a vez da consulta, isso era bem ruim. Porque a gente saia cedo de casa, às vezes sem comer nada e ficava horas esperando o atendimento. Aí chegava na hora da consulta, era bem rápido, via como o bebê estava, olhava meus exames, se desse alguma coisa, passava remédio e mandava fazer outros exames e terminava, era basicamente isso [...] (G5)

[...] A consulta demorava mais na triagem com a enfermeira, que ouvia o coração, perguntava como eu estava, aí anotava tudo e eu levava para o médico quando chegasse minha vez. Lá na sala do médico, ele olhava meu exame, via se estava tudo ok, se não tivesse, ele me passava remédio pra comprar e era basicamente isso, não era algo que demorava, o que demorava mesmo era esperar ele chega. (G13)

[...] Olha, eu acho que eu acho que era bom. Acredito que o que tinha que ser feito, eles faziam, que era passar os exames, remédios, ouvir o coração e era basicamente isso, então eu vejo que foi bom. (G23)

[...] Quando eu ia me consultar o médico só perguntava se eu estava sentindo alguma coisa, dor, olhava meus exames e se tivesse alguma alteração passava os remédios. Mas não me davam maiores explicações e eu também não me sentia à vontade para perguntar. (G26)

Desse modo, as gestantes quilombolas tem inúmeros desafios, mas a falta de orientação se passa por um processo de vulnerabilidade. A gestação constitui um período de insegurança, e o acesso à informação qualificada deve ser prioritário para essas mulheres.

DISCUSSÃO

A vulnerabilidade em saúde é um conceito que abrange as desigualdades sociais e econômicas que impactam o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Em um contexto onde milhões ainda enfrentam obstáculos significativos para acessar serviços essenciais, torna-se crucial analisar como fatores como raça, classe social e localização geográfica influenciam a saúde de algumas populações¹⁵⁻¹⁶, especialmente com a população quilombola.



A vulnerabilidade constitui a condição de indivíduos ou grupos que estão em risco de sofrer danos à sua saúde devido a fatores sociais, econômicos e ambientais. Caracteriza-se como uma construção social, envolvendo aspectos como desigualdade, exclusão e acesso à bens e serviços. Também propõe uma discussão de que a saúde deve ser entendida de forma integral, considerando as interações entre as dimensões biológicas, sociais e culturais. Essa perspectiva busca identificar e abordar as barreiras que impedem o acesso equitativo à saúde, promovendo uma abordagem mais integrada e sensível às necessidades das populações vulneráveis¹⁷.

Dentro dessa abordagem, a vulnerabilidade social é influenciada por uma série de questões, tais como: desemprego, baixa renda, precariedade nas condições de trabalho, exclusão social, violência, ausência de redes de apoio, acesso limitado à educação e à informação, moradias em áreas de alta vulnerabilidade, idade, gênero, etnia, dentre outras¹⁸⁻²⁰.

Neste estudo, o conceito de vulnerabilidade, foi adotada para avaliar as orientações em saúde no processo gestacional de mulheres quilombolas. A baixa escolaridade e condições socioeconômicas constitui fatores de vulnerabilidade da comunidade quilombola.

A baixa escolaridade é um fator crítico que afeta a obtenção e a compreensão das informações em saúde. Indivíduos com menor nível de escolaridade enfrentam dificuldades em interpretar materiais informativos, prescrições médicas e outros fatores, que pode resultar em obstáculos para garantia de sua saúde e, conseqüentemente, em decisões inadequadas relacionadas à saúde. Além disso, a falta de acesso a recursos educacionais e tecnológicos limita a busca ativa por informações de saúde. Essa realidade não apenas prejudica a capacidade de



compreensão das orientações de saúde, mas também perpetua desigualdades sociais, levando a piores resultados em saúde entre grupos vulneráveis²¹.

No âmbito da saúde da mulher, a atenção obstétrica e neonatal nos serviços de saúde deve ser caracterizada por qualidade e humanização, com o compromisso de acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, reconhecendo-os como sujeitos de direitos. Contudo, apesar dos avanços na saúde materno-infantil desde a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Rede Cegonha, a qualidade da assistência pré-natal continua a ser questionada quando relacionadas a questão de raça/cor²²⁻²⁴.

A assistência ao pré-natal de mulheres quilombolas baseia-se majoritariamente nos moldes do modelo curativista. É possível observar que as mulheres não participaram de palestras ou grupos de gestantes, onde as orientações que recebiam pautavam-se na medicalização de suas necessidades, desconsiderando um olhar holístico e integral do aspecto da gestação. Esse fato a sua vulnerabilidade no âmbito da sua gestação.

Indo de encontro desta demanda, a PHPN, destaca a importância das orientações durante o pré-natal como parte essencial do cuidado integral à saúde da gestante e do recém-nascido. Esse programa enfatiza a necessidade de oferecer informações claras e baseadas em evidências sobre os cuidados durante a gestação, incluindo sinais de alerta, opções de parto e preparativos para o nascimento. Além disso, promove a participação ativa da mulher nas decisões sobre sua saúde, assegurando um ambiente de diálogo e escuta entre profissionais de saúde e gestantes²³.



Essa abordagem humanizada não apenas contribui para a autonomia das mulheres, mas também visa abordar aspectos emocionais e psicológicos, reconhecendo a importância do suporte psicológico durante a gestação²². Embora se reconheça a importância de tais recomendações, a assistência pré-natal comumente ainda ocorre de forma deficitária, tanto em questões de oferta de procedimentos preconizados, quanto a condução por parte dos profissionais de saúde.

Dessa forma, um estudo corrobora com esse contexto, onde o nível educacional e as informações em saúde são determinantes para a plena consciência das mulheres quanto a questão de saúde no pré-natal²⁵. Em outro estudo²⁶, afirma que as mulheres com menos condições educacionais e socioeconômicas tem menos probabilidade de receber os cuidados mais adequados no pré-natal, assim as mulheres em condições desfavoráveis têm uma maior vulnerabilidade.

Neste contexto, muitos profissionais de saúde ainda se concentram apenas nas necessidades fisiopatológicas das gestantes, negligenciando a importância dos processos educativos como ferramentas fundamentais para a promoção do bem-estar das gestantes e seus acompanhantes. Essa abordagem limitada pode resultar em uma assistência que não considera as dimensões emocionais, culturais e sociais da experiência gestacional. Ao respeito da informação, mulheres pretas e pardas receberam menos informações sobre parto normal e o local de parto e são mais propensas de não receber orientações adequadas no acompanhamento pré-natal²⁷⁻²⁸.



Essas observações levam a reflexão sobre a necessidade de se conscientizar a respeito das diferenciações interétnicas. É importante espaços que subsidiem o diálogo sobre as demandas particulares em saúde da mulher quilombola. Essas estratégias são fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas que considerem as particularidades culturais, sociais, econômicas, ancestrais desse grupo, assim, promovendo um atendimento mais inclusivo e eficaz. Além disso, a criação desses espaços pode fortalecer a formação de redes de apoio e suporte, garantindo que as vozes das mulheres negras sejam ouvidas e suas necessidades atendidas de forma integral²⁹.

Muitas vezes o despreparo do profissional em saúde no acolhimento e atendimento à mulher quilombola, o déficit na organização dos serviços em saúde e as barreiras geográficas são condições que acentuam as iniquidades em saúde. Os desafios para a implementação da atenção integral em saúde na região amazônica tornam-se um campo atual e político de implementação. A ampliação de equipes da Estratégia Saúde da Família, unidades móveis em saúde e unidades fluviais são sugestões de soluções práticas para diminuir as iniquidades em saúde³⁰.

Desse modo, a articulação da rede de apoio da gestante, oferta de informações para a mulher do ciclo gravídico-puerperal, com foco na integralidade da sua saúde (biopsicossocial), capacitação dos profissionais de saúde, além da organização do sistema de saúde, com unidades móveis e fluviais de saúde, constitui estratégias atuais, com a finalidade de garantir um cuidado gestacional com maior qualidade e assim, diminuindo a vulnerabilidade quanto ao acesso a informação e aos serviços de saúde para a população quilombola.



Revista

Cogitare Enfermagem



ISSNe 2176-9133

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve a pretensão da descrição das vivências das mulheres quilombolas amazônidas na atenção pré-natal. Os resultados mostram a necessidade de políticas públicas no campo da saúde reprodutiva para as comunidades quilombolas e reorganização da rede de atenção à saúde materna, com oferta de serviços dentro de suas comunidades, favorecendo a inibição das vulnerabilidades que essa população está exposta.

Os resultados apresentados desvelam as limitações para o acesso aos serviços de saúde de mulheres quilombolas na atenção ao pré-natal, especialmente quanto a informação, que a mulher não tem devido a necessidade de estratégias a serem empregadas no âmbito do cuidado pré-natal.

Nota-se que é possível a observância que as limitações territoriais, financeiras, educacionais são fatores que impossibilitam uma assistência ao ciclo gravídico de qualidade, como é preconizado por meio dos programas e políticas de saúde materno-infantil do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, é fundamental dar visibilidade às demandas que emergem das vivências das mulheres quilombolas no acompanhamento pré-natal. É necessário evidenciar que as fragilidades estruturais/locacionais, o racismo estrutural e as violações de direitos são parte do cotidiano das mulheres negras nas comunidades quilombolas.

O estudo teve como limitação a utilização de outras técnicas de coletas de dados, que poderiam apoiar os dados, como a observação da consulta pré-natal realizada na unidade de saúde.



AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 30(1). Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>
2. Marques LJP, Silva ZP, Alencar GP, Almeida MF. Contribuições da investigação dos óbitos fetais para melhoria da definição da causa básica do óbito no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 37(2). Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079120>
3. Kpebo D, Coulibaly A, Yameogo WME, Bijou S, Hamidou Lazoumar R, Tougri H, et al. Effect of integrating maternal and child health services, nutrition and family planning services on postpartum family planning uptake at 6 months post-partum in Burkina Faso, Cote d'Ivoire and Niger: a quasi-experimental study protocol. *Reprod Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 19(1). Available in: [10.1186/s12978-022-01467-x](https://doi.org/10.1186/s12978-022-01467-x).
4. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2024 June. 10]; 42(spe2). Available in: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
5. Pereira MPB. Geografia da saúde por dentro e por fora da Geografia. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 17. Available in: <https://doi.org/10.14393/Hygeia17058055>
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2024 June. 10]; 54. Available in: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
7. Paes RLC, Rodrigues DP, Alves VH, Silva SED, Cunha CLF, Carneiro MS, Calandrini TSS. The prenatal nursing consultation from the perspective of kristen swanson's theory of care. *Cogitare*



Enfermagem [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 27. Available in: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87707>

8. Rodrigues CB, Thomaz EBAF, Batista RFL, Riggirozzi P, Moreira DSO, Gonçalves LLM, et al. Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. PLoS One [Internet]. 2023 [cited 2024 June. 10]; 18(2). Available in: [10.1371/journal.pone.0281581](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581).

9. Quaresmoa FRP, Pontes-Silva A, Maciel ES, Fonseca FLA, Barasuol AM, Adami F. Quality of primary health care for quilombolas' Afro-descendant in Brazil: A cross-sectional study. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 68(4). Available in: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210994>

10. Durand MK, Heidemann ITSB. Quilombola women and paulo freire's research itinerary. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [cited 2024 June. 10]; 29. Available in: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0270>

11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 34. Available in: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

12. Instituto de Geografia e Estatística. Quilombolas no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Geografia e Estatística, 2022. Available in: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/2e215f8a8b5904299cca0a9f02b734de.pdf

13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2024 June. 10]; 27. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

14. Bardin L. Análise dos dados. São Paulo: Edições 70, 2016.

15. Alves PH, Leite-Salgueiro CDB, Alexandre ACS, Oliveira GF. Reflections on comprehensive care in the ethnic-racial context: an integrating review. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [cited 2024 June. 10]; 25(6). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23842018>

16. Ayres JR. Vulnerability, Care, and integrality: conceptual reconstructions and current challenges for HIV/AIDS care policies and practices. Saúde Debate [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 46(spe7). Available in: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E7141>



17. Nascimento VB, Arantes ACV, Carvalho LG. Vulnerability analysis and quilombola women's health in a mining area in the Amazon. *Saúde Soc* [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 31. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210024en>
18. Carvalho CC, Viacava F, Oliveira RAD, Martins M. Analysis of the performance of health services in a group of vulnerable municipalities. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2024 [cited 2024 June. 10]; 29(7). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03202024EN>
19. Florêncio RS, Moreira TMM. Health vulnerability model: conceptual clarification from social subjects' perspective. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 34. Available in: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00353>
20. Baggio MA, Santos KJ, Werlang A, Ribeiro CCFS, Schapko TR, Pimenta RA. Health education in prenatal care: perspective of puerperal women and health professionals. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2023 [cited 2024 June. 10]; 97(4). Available in: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.2016>
21. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2019 [cited 2024 June. 10]; 19(1). Available in: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>
22. Andrighetto A, Barbosa SS. A importância da afirmação de direitos para o empoderamento da mulher negra. *Rev Culturas Jurídicas* [Internet]. 2020 [cited 2024 June. 10]; 7(16). Available in: <https://doi.org/10.22409/rcj.v7i16.790>
23. Theophilo RL, Ratter D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2024 June. 10]; 23(11). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
24. Santos LKR, Oliveira F, Bastos JL. Inequities in prenatal care in Brazil: an intersectional analysis. *Physis* [Internet]. 2024 [cited 2024 June. 10]; 34. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt>
25. Nawabi F, Krebs F, Lorenz L, Shukri A, Alayli A, et al. Understanding Determinants of Pregnant Women's Knowledge of Lifestyle-Related Risk Factors: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 19(2). Available in: [10.3390/ijerph19020658](https://doi.org/10.3390/ijerph19020658).
26. Grand-Guillaume-Perrenoud JA, Origlia P, Cignacco E. Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: A theory-guided systematic review. *Midwifery* [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 105. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103237>



27. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMS, Seidl H. Primary Health Care sustainability in rural remote territories at the fluvial Amazon: organization, strategies, and challenges. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2022 [cited 2024 June. 10]; 27(4). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
28. Santana, KC, Silva EKP, Rodriguez RB, Bezerra VM, Souza R, Medeiros DS. Utilização de serviços de saúde por adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [cited 2024 June. 10]; 26(7). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.09712021>
29. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, Miranda SVC. Therapeutic itineraries in health care in Quilombola communities. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2024 [cited 2024 June. 10]; 29(3). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023EN>
30. Barbosa NO, Cesário FRAS, Arruda AG. Contribuições das práticas integrativas e complementares no acompanhamento pré-natal. In: *Práticas integrativas e complementares: visão holística e multidisciplinar*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2021. p. 63-81.