

A ATENÇÃO PRÉ-NATAL DE MULHERES QUILOMBOLAS NO ESTADO DO PARÁ, BRASIL

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência de mulheres quilombolas amazônídas na atenção pré-natal.

Métodos: estudo descritivo-exploratório, qualitativo realizado em três comunidades quilombolas do estado do Pará. Utilizou-se amostragem por conveniência com vinte e seis mulheres com a realização de entrevista semiestruturada. Os dados foram transcritos na íntegra e a utilização de análise de conteúdo.

Resultados: observou a formulação de duas categorias a saber: Dificuldades no acesso de mulheres quilombolas nos serviços de saúde: barreiras para um pré-natal efetivo e de qualidade; Experiências das mulheres quilombolas na atenção pré-natal. Os dados mostram um quadro complexo sobre o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do pré-natal para mulheres quilombolas, destacando uma das principais barreiras quanto a qualidade da atenção na saúde reprodutiva.

Conclusão: o aspecto geográfico do território, condições financeiras, sociais, escassez de serviços de saúde, ausência de profissionais habilitados, são fatores que atenuam o processo de vulnerabilidade em saúde e os indicadores desfavoráveis na saúde materna de mulheres negras na atenção pré-natal.

Descritores: Mulheres. Quilombolas. Cuidado Pré-natal. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Vulnerabilidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção ao pré-natal representa um leque de ações que são de caráter preventivo, diagnóstico e curativo, que objetiva o bom desenvolvimento da gestação para a mulher e seus filhos. A implantação dos programas e políticas de saúde às mulheres, permitiram a expansão da cobertura do pré-natal no Brasil, que atualmente possui um alcance de 97,6%¹.

Embora se aponte a ampliação do pré-natal no país, a oferta não acontece com qualidade e de forma equânime para determinadas populações, especialmente as mais vulneráveis. Estudos¹⁻² revelam que a qualidade da assistência ao pré-natal apresenta fragilidades, tais como: desigualdades sociais e regionais, de gênero, raça e etnia, que imprimem tonalidades diversas a essa assistência, impactando negativamente a saúde das mulheres na atenção pré-natal.

Nesse sentido, ao observar a saúde de mulheres quilombolas, torna-se necessário refletir e compreender a vulnerabilidade no campo da saúde reprodutiva, tendo o racismo como um determinante social, que interfere diretamente no processo saúde-doença. Desse

modo, o Brasil deve fomentar em suas políticas a justiça reprodutiva³⁻⁴, que se expressa em romper as desigualdades sociais das mulheres, especialmente com a inércia e negligência do estado brasileiro com as mulheres quilombolas, que habitam em áreas rurais e possuem maiores dificuldades no acesso aos serviços em saúde. As mulheres negras possuem maiores proporções de gravidez não planejada e utilização dos serviços de saúde, como representam menores números de consultas durante o pré-natal⁵.

Assim, em 2024 o Brasil rebatizou a Estratégia Rede Cegonha por meio das Portarias n. 5.340 e 5.341 de 5 de setembro de 2024, com a criação da Rede Alyne, que tem como objetivo de reduzir a mortalidade materna (MM) no país em 25% e com a diminuição de 50% de MM de mulheres negras até 2027⁶. Essa iniciativa política vem a garantir melhores cuidados materno em todo ciclo gravídico-puerperal, com observância da vulnerabilidade social e justiça reprodutiva.

A mortalidade materna no Brasil tem dados alarmantes e constitui um desafio a ser enfrentado. Entre 1990 e 2019, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 39%, passando de 111,4 para 62,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Ainda dados de MM entre 2020-2022 (resultante também pela pandemia de COVID-19) o boletim do Observatório Obstétrico Brasileiro revelam 2.055 óbitos maternos, sendo 462 em 2020, 1.518 em 2021 e 75 em 2022. Assim, há uma necessidade do país em estabelecer o cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, como meta de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos em 2030⁷.

Desse modo, a promoção da saúde das mulheres no campo do pré-natal tem o intuito de otimizar ações resolutivas e acolhedoras, com o propósito de garantir os melhores cuidados reprodutivos. A assistência à mulher grávida quilombola, necessita ser realizada de forma individualizada e coletiva, sendo necessário entender o meio em que essa gestante está inserida, o significado que a mesma atribui a este processo de gestar e tendo como prioridades estratégias que qualifiquem o processo desse cuidado.

Então, torna-se necessário, além de discutir o pré-natal, refletir as características inerente a população da Amazônia legal, especialmente quanto as questões geográficas. Pois, estudos apontam para uma baixa adequação do que é preconizado pelas políticas públicas, menor cobertura e desempenho na região norte do país. Elencado a isto, encontra-se nesta região elevados índices de condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldades de acesso à serviços de saúde e precariedade dos serviços de saúde, especialmente pela geografia local e a infraestrutura dos serviços de saúde⁸.

As populações quilombolas, constituem como comunidades tradicionais na Amazônia legal, que historicamente, enfrentam a negligência do estado diante de contextos

de vulnerabilidade no campo da saúde, educação e meio ambiente⁹. Assim, essa parcela da população feminina necessita de uma real efetivação das políticas públicas, que garantam o acesso e assistência de forma a subsidiar a saúde das mulheres quilombolas.

A acessibilidade em saúde na região amazônica, ainda se configura como um desafio na saúde brasileira. A região amazônica possui como grande o custeio da logística para maior deslocamento das equipes para a realização das ações nos territórios. Além de apresentar como característica o enfrentamento das distâncias por meio fluvial característicos na região, que sofrem alterações e movimentos pelo ciclo das águas (seca, enchente, vazante e cheia). O desenvolvimento das políticas de saúde na região amazônica necessita dialogar com as características locais da região de modo como as pessoas vivem nesse ambiente¹⁰.

Assim, o estudo teve como questão norteadora: como se configura a experiências das mulheres quilombolas na atenção pré-natal? Nesse sentido, o estudo objetivou compreender a experiência de mulheres quilombolas amazônidas na atenção pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com vinte e seis (26) mulheres quilombolas do município de Abaetetuba, estado do Pará, Brasil. O estudo ocorreu em três comunidades quilombolas localizados no município, a saber: Itacuruçá, Arapapuzinho e Ipanema. Essa localidade se justifica pois estarem vinculada a uma unidade de saúde, com a realização de consulta pré-natal.

Para melhor delinear a produção deste manuscrito, utilizou-se o instrumento com os critérios em pesquisa qualitativa na *Consolidated Criteria for Report Qualitative Research* (COREQ)¹¹, para auxiliar os pesquisadores a descrever com clareza e qualidade os subsídios das pesquisas qualitativas.

O primeiro contato dos pesquisadores, foi realizado por meio de uma conversa com os líderes comunitários, como objetivo de identificar e selecionar os potenciais comunidades e participantes. Dessa forma, com a definição das comunidades quilombolas, foi feito o levantamento de gestantes cadastradas, que contabilizou 50 mulheres. Assim, foi aplicado os seguintes critérios de elegibilidade, ser mulher quilombola; idade acima de 18 anos; estar grávida entre o 2º e 3º trimestre de gestação. E como critério excludente: mulheres que não estavam sendo acompanhadas por profissionais da atenção básica de saúde do município.

Ressalta-se que nenhuma participante foi excluída ou desistiu de participar do estudo. Não foi realizado nenhum contato inicial antes da coleta de dados com as mulheres. Foi realizado um estudo piloto com três gestantes de outra comunidade quilombola para adequações da técnica de coleta de dados, onde essas não fizeram parte da contabilização dos participantes do estudo.

Para a coleta de dados, a pesquisadora principal se deslocou até a residência de cada participante, por meio de transporte fluvial mediada por contato com o líder comunitário. Foi realizada entrevista semiestruturada presencial, individualizada, com a participação da pesquisadora 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 mediou quanto as seguintes perguntas disparadoras: Conte a sua experiência com a atenção pré-natal? Diga quais pontos positivos ou negativos para a atenção pré-natal com a população quilombola? Quais os obstáculos que você enfrenta no pré-natal? As entrevistas foram gravadas em aparelho mp3, com a finalidade de não perder nenhum ponto de seus depoimentos. Para o encerramento e estabelecimento do número de participantes do estudo, foi determinado a saturação teórica, quando por meio das respostas das mulheres, não sucedeu nenhum outro elemento novo, assim finalizando a coleta de dados.

Com a realização da transcrição do material coletado, foi iniciado o processo de tratamento dos dados com a análise de conteúdo¹². Dentre as etapas estabelecidas no processo analítico, tem-se: a pré-análise, com a realização da leitura exploratória do material para identificar elementos que compusessem a análise, com a formulação de hipótese e identificação de documentos pertinentes para realização da análise; com a segunda etapa, a exploração de material, onde 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-las.

Dentro desta etapa foi utilizado a estratégia de colometria e a partir do desmembramento dos temas, com a criação das unidades de significação, que podemos identificar: Ausência de serviços de saúde locais, busca por exames no período gravídico, deslocamento para outra cidade, escassez de profissionais e insumos, questões financeiras, ervas medicinais. Por conseguinte, na etapa final do processo analítico, o tratamento dos resultados permitiu que a interferência e interpretação possibilitassem a identificação da categorização das seguintes categorias: 1) Dificuldades no acesso de

mulheres quilombolas nos serviços de saúde: barreiras para um pré-natal efetivo e de qualidade; 2) Experiências das mulheres quilombolas na atenção pré-natal.

O estudo foi aprovado 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, sob o parecer 6.497.731. 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

Dificuldades no acesso de mulheres quilombolas nos serviços de saúde: barreiras para um pré-natal efetivo e de qualidade

Nesta categoria as mulheres quilombolas exemplificam a fragilidade da assistência integral e as dificuldades notáveis para realizar o pré-natal na Amazônia, como expressado nos seguintes depoimentos:

Aqui é difícil, devido a nossa realidade. Nós temos que pegar um barco ou se tiver um rabudo vai, se não depende de outras pessoas, aí tem que pagar e muitas vezes não tem o dinheiro; ou tem o dinheiro certo e não sobra pra ir, aí complica, mas a gente vai dando um jeito. (G2)

Olha aqui na comunidade, tem só a agente de saúde né, que vem, visita e pergunta se precisam de alguma coisa, algum encaminhamento, mas é uma vez ou outra, aí quando a gente quer a gente vai no São João ou direto pra Abaetetuba. Mas aqui dentro não tem nada, se precisar corre pra Abaeté. E são muitas dificuldades, como por exemplo ter que custear tudo, pagar a passagem, sair de madrugada, não importa se esteja chovendo, tem que ver as condições da maré também, o barqueiro que a gente depende, então, tem todas essas dificuldades. Ter que pagar os exames, porque no público não tem ou se tiver, demora muito a sair o resultado, coisa de meses. A falta de profissionais ou algum posto de saúde aqui mesmo, dentro da nossa comunidade [referindo-se à comunidade quilombola de Ipanema], tudo isso é muito difícil. (G18)

As mulheres quilombolas, verbalizaram que há um posto de saúde localizado no ramal do São João, comunidade do Itacuruçá. Também informaram que só se locomovem até essa unidade de saúde para pegar encaminhamento para outros serviços de saúde em Abaetetuba. Segundo as participantes, há uma necessidade de uma unidade de saúde para a promoção da saúde das mulheres.

Aqui no Ipanema não temos posto de saúde, só lá em Itacuruçá, a gente tem que se deslocar para lá para poder ter acesso, mas aqui mesmo só o agente de saúde. Só em Itacuruçá, aí temos que ir para lá. Mas às vezes, a gente chega lá e não tem médico para atender, não tem remédios básicos, não tem dentista ou uma farmácia, nem materiais tem. [...] Então, as coisas lá são bem escassas, é só um posto para atende um monte de gente, aí não dá conta, por isso, que o povo vai logo direto pra Abaeté. (G7)

Aqui (referindo-se ao quilombo do Arapapuzinho) a maior dificuldade é não ter um posto aqui pra gente, aí tem que correr pra outro lugar ou Abaetetuba. Aí tem aquela dificuldade de embarcação, porque a gente não tem ou eu pego o barqueiro que passa de madrugada ou ligo para os meus filhos pra darem um jeito. Aí se for o caso de morte, vai morrer, porque é longe e não dá tempo de chegar imediatamente. (G8)

Ao acesso ao pré-natal, todas as mulheres entrevistadas relataram que na comunidade em que residem não há atenção ao pré-natal, nem acesso a procedimentos fundamentais para uma gestação segura, tais como: vacinação, exames de rotina, atividades educativas, consultas voltadas para o acompanhamento do ciclo gravídico, dentre outros.

Aqui na minha comunidade (destacando Ipanema), não tem à assistência ao pré-natal [...], só tem coisas básicas, não tem tudo que a mulher precisa pra ter um bom pré-natal. Tipo vacina não tem, não tem médico especialista, não dá pra realizar exames, escutar o coração do bebê, essas coisas. Tudo precisa ser feito na cidade, aí tem o gasto com transportes, alimentação, tem a espera do médico que às vezes falta e a gente perde a consulta, tem que ir. (G6)

Olha, aqui mesmo no Arapapuzinho não temos. Eu fiz meu pré-natal todos na cidade (referindo-se a Abaetetuba), mas os meus filhos eu tive em casa, porque não dava tempo de ir, já que fica longe, então eu chamava a parteira e ela cuidada de tudo, meus partos eram todos rápidos. Sentia a dor e já tinha, aí não dava para correr. (G12)

No que tange a busca por exames laboratoriais que precisam ser feitos durante o pré-natal, as entrevistadas pontuaram dificuldades quando ao acesso e a falta de alguns exames, o que levava a escolha de fazer em clínicas particulares, gerando mais custos financeiros aos quilombolas.

Alguns eu fiz particular, porque alguns não tinha pelo posto, aí pra conseguir tive que pagar e não foi fácil conseguir, porque tinha que dar um jeito de conseguir o dinheiro, não foi fácil, mas eu consegui. Mesmo com o auxílio do governo, o dinheiro era pouco. (G3)

Foi difícil, porque alguns eram feitos particular, então às vezes a gente não tinha dinheiro pra pagar. Quando fazia pelo público demorava muito pra chegar o resultado, então isso foi um pouco estressante. (G17)

Essa questão de exames era bem difícil, porque eu tinha que marcar, aí depois tinha que ir, tinha que ter o dinheiro, porque alguns o hospital público não oferecia, aí eu tinha que fazer muitas viagens que tinha um certo gasto. (G19)

O deslocamento até às unidades de atendimento para a realização das consultas pré-natal, foi pontuado pelas participantes, como o fator de maior dificuldade enfrentado. As condições climáticas, disponibilidade de barqueiro para fazer a travessia e subsídios financeiros.

No inverno é mais difícil, devido à chuva e como a gente vai de rabudo, que não tem cobertura, se molha todo mesmo com sombrinha (Guarda-chuva), essa é a parte mais difícil e financeiramente é comprar gasolina, que é caro. (G10)

Essa questão maior é de despesa, ter que arcar com tudo, porque nessa época não tinha bolsa família de 600,00 reais, nesse tempo a gente ganhava 58 reais, então foi mais difícil essa situação das despesas e a questão de agendar exames e ter que chegar mais cedo, então isso tudo foi difícil, essas foram as minhas maiores dificuldades. (G22)

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres quilombolas no acesso ao pré-natal destaca uma realidade desafiadora e complexa. Embora o acompanhamento pré-natal seja crucial para garantir a saúde e o bem-estar durante a gestação, as barreiras enfrentadas por essas mulheres são significativas.

Experiências das mulheres quilombolas na atenção pré-natal

A escassez de recursos e as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, viabiliza a utilização de práticas de cuidado ditas como populares como forma de resolubilidade de problemas no cotidiano das participantes. Destaca-se o uso de plantas e ervas medicinais para aliviar ou prevenir diversas situações de saúde durante a gestação como anemias, enjoos, albumina, infecções pontuadas pelas participantes, como visualizado a seguir:

Sim, quando estava como muito “entojo” (referindo-se ao enjoo), esses remédios caseiros, alguns banhos também pra ter parto normal da raiz da borboleta, porque não tinha

como ir para o hospital e a parteira fazia as garrafadas, siritada, misturava algumas plantas pra tomar depois que o bebê nasce que é pra limpar por dentro e tudo mais. (G2)

Eu usei depois que tive neném, que eu usei um remédio caseiro feito com cachaça e algumas folhas que a parteira fez e minha mãe me dava todo dia às 5h da manhã, que era pra limpar tudo, o útero, o nome é garrafada. (G14)

Sim, tomava alguns chás pra não dar albumina, pra não dar enjojo, depois de ter o bebê, tomava a garrafada pra não inflamar. (G25)

Os depoimentos dos participantes, trazem como ponto central e de destaque e continuidade dessas práticas a figura materna, frequentemente representada por avós, que compartilham os conhecimentos adquiridos no cotidiano.

Sim, chás de erva cidreira, outros chás naturais também e depois que tive o bebê eu tomei a garrafada, que minha avó fez, porque ela dizia que fazia bem para limpar por dentro e que era melhor que esses remédios que passava no hospital. Minha avó tomou, minha mãe tomou, todo mundo de casa depois que teve filho tomou a garrafada. (G16)

Fiz de algumas folhas como caatinga de mulata, que serve pra dor e também a garrafada que minha avó sempre fazia pra todas as pessoas que tinham filho aqui na família, foi uma coisa que ela aprendeu com a mãe dela e passou pra gente também. (G20)

O conhecimento popular desempenha um papel crucial no cuidado durante o período gravídico das mulheres quilombolas, oferecendo uma perspectiva única e enriquecedora que complementa os cuidados médicos convencionais. As práticas tradicionais, transmitidas ao longo das gerações, são profundamente enraizadas nas experiências e sabedorias culturais dessas comunidades, refletindo uma profunda confiança nesses saberes.

DISCUSSÃO

O caminho para o entendimento da construção da saúde das comunidades quilombolas no cenário brasileiro, envolve uma perspectiva multidimensional, onde os aspectos históricos, sociais, culturais e políticos precisam de um olhar mais singular. Logo, compreender a influência da escravização no acesso a saúde da população negra é reconhecer um processo de luta por liberdade que contribuiu para a formação de identidades coletivas e práticas de resistência¹³.

Nessa perspectiva, o conceito de saúde é fortemente influenciado pela conjuntura social, econômica, política e cultural. Isso implica que a saúde não tem o mesmo significado para todas as pessoas, variando conforme a época, o local e a classe social. Também

possui interferência de valores individuais, além de concepções científicas, religiosas e filosóficas. Dado este contexto, para o binômio população quilombola e saúde, é importante discorrer sobre o acesso e acessibilidade em saúde por esta população.

O acesso aos serviços de saúde é um tema amplo e que abrange diversas dimensões, tais como: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, capacidade financeira e adequação funcional, sendo também determinado por circunstâncias econômicas, políticas, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos. O acesso a saúde aos recursos essenciais para se fazer uma assistência à saúde qualificada, dependerá da garantia dos direitos do usuário e aos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade que doutrinam o Sistema Único de Saúde¹⁴. O acesso é um importante indicador de saúde, especialmente para mulheres na atenção pré-natal, garantindo que a mulher obtenha o acesso em conformidade as diretrizes do SUS.

É imprescindível a compreensão das questões relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pelas populações negras, especialmente as de remanescentes de quilombos que residem no âmbito da região amazônica brasileira, exigindo, assim, uma percepção aprofundada de conceitos e do contexto histórico e social em que essas comunidades estão inseridas, considerando as fragilidades que permeiam o ser quilombola, e também para o acesso aos serviços básicos de saúde, como a atenção pré-natal.

As especificações do território amazônico influenciam na organização e dinâmica dos serviços em saúde. Outros autores também¹⁵⁻¹⁶ ressaltam as particularidades climáticas e geográficas na organização do cotidiano das comunidades tradicionais que vivem às margens do rio. Apontam de igual forma o ciclo das águas e os modos de deslocamento pela região que impactam no cotidiano, no surgimento de doenças e no acesso às redes de saúde.

As barreiras geográficas enfrentadas pelas mulheres quilombolas, evidenciam uma utilização do espaço que favorece a exclusão social e territorial. O espaço não se caracteriza apenas uma entidade física, mas uma construção social utilizada de maneira desigual por diferentes grupos. As políticas públicas destinadas as comunidades quilombolas, dentro da perspectiva de construção social, desconsideram as especificidades territoriais dessas populações, perpetuando um ciclo de marginalização e invisibilidade, conforme já apontado em estudos¹⁷. Visto que, a sua marginalização se dá para a negação de exclusão quando a mulher obtém obstáculos para a garantia seja de promoção, prevenção e tratamento da saúde.

Como observado por meio dos depoimentos das mulheres quilombolas, a ausência de uma infraestrutura em saúde adequada nas áreas rurais, a dependência do transporte

fluvial e as longas distâncias são condições que agravam as desigualdades no acesso e acessibilidade à saúde, especialmente no âmbito do cuidado pré-natal. Além disso, a precariedade dos meios de transporte, especialmente na realidade dos transportes fluviais amazônicos exemplifica a fragmentação espacial, onde o território é dividido de forma desigual, limitando o acesso de grupos marginalizados a serviços essenciais¹⁸.

Tal realidade implica em indicadores de saúde desfavoráveis para a população quilombola. De forma mais segmentada, abordando a saúde de mulheres negras quilombolas em vulnerabilidade, a falta de qualidade na assistência à saúde, é particularmente alarmante. Essas mulheres enfrentam não apenas barreiras de acesso, mas também serviços inadequados que não atendem suas necessidades específicas, como cuidados materno-infantis e saúde reprodutiva. A ausência de profissionais capacitados e de políticas públicas de saúde que considerem as particularidades culturais e sociais dessas comunidades resultam em um atendimento deficitário, contribuindo para altas taxas de complicações e mortalidade^{16,18-20}.

Apesar do aumento do pré-natal no Brasil, o acesso igualitário a cuidados adequados durante a gestação e o parto continua insuficiente, especialmente para mulheres quilombolas, colocando em paradoxo a discussão do SUS fundamentados entre os seus princípios de universalidade e a equidade. Além disso, as mulheres negras enfrentam maiores dificuldades no acesso a cuidados pós-aborto, refletindo falhas na assistência à saúde dessa população¹⁷.

Ainda quanto ao acesso e acessibilidade, observa-se que a ausência de uma unidade de saúde dentro dos territórios quilombolas, que ofereça insumos necessários para o acompanhamento de uma gestação segura, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, fato que compromete a longitudinalidade do cuidado para com esta população, dificultando a assistência à saúde de qualidade.

A região norte possui o pior desempenho em relação a cobertura pré-natal, uma região que também se configura pelos altos índices de pobreza e baixo quantitativo de profissionais em saúde. Apesar da visualização de políticas públicas destinadas às mulheres e as iniciativas para melhorar o acesso aos serviços de saúde por este público, a falta de recursos, infraestrutura inadequada e a dificuldade de implementação em áreas remotas limitam a eficácia de suas ações²¹.

A falta de diálogo com a realidade geográfica de comunidades quilombolas, alinhado à escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e a inexistência de políticas de saúde que levem em consideração as especificidades em saúde que permeiam estas

populações, contribuem para uma disparidade crescente no acesso à saúde e estabelecimento desta população a margens de acesso básico a saúde²²⁻²³.

Diante de tal excludência, escassez de recursos e o acesso limitado aos serviços de saúde, a adoção ao uso de práticas de cuidado populares são costumeiras na realidade de comunidades quilombolas na região amazônica. Essas práticas são influenciadas por figuras como mães, vizinhas, amigos e outros grupos sociais. Historicamente, as parteiras têm um papel fundamental no pré-natal e no nascimento, possuindo conhecimentos empíricos que lhes permitem oferecer assistência domiciliar às gestantes, no parto, no pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido.

O cuidado sempre esteve presente no cotidiano de maneira ontológica, moldado pelas experiências humanas e pela compreensão de suas necessidades. Nesse contexto, o cuidado se torna autêntico e atribui significado às diversas maneiras de cuidar, manifestando-se ativamente nas rotinas diárias. Pode-se afirmar que o cuidado é intrínseco à natureza humana e à cultura, sendo construído a partir do entendimento de saúde e doença, que se conecta com as representações sociais, culturais, políticas e geográficas do viver. Assim, o ato de cuidar é influenciado pelas percepções de quem o realiza, variando conforme as particularidades de diferentes grupos, como as comunidades quilombolas, que têm uma visão única e específica sobre saúde, levando em conta sua organização social, cultura e experiências identitárias²⁴.

Na abordagem contemporânea das linhas de cuidado em saúde, valoriza-se a importância dos saberes populares e o reconhecimento das práticas tradicionais e costumes das comunidades nas relações diárias. O uso de plantas para fins terapêuticos tem uma longa história e está ligado às práticas cotidianas de diversas comunidades ao redor do mundo. À medida que se estuda e se conhece sobre as culturas de diferentes povos, novas informações são incorporadas aos valores tradicionais, resultando em novas opções medicamentosas que podem ser associadas às diversas condições de saúde enfrentadas pelas comunidades²⁵⁻²⁶.

As comunidades tradicionais quilombolas possuem um legado de cuidado com o meio ambiente, utilizando os recursos naturais, como as plantas medicinais, para fins terapêuticos. Considerando este aspecto, o Brasil abriga diversas comunidades quilombolas, onde as mulheres desempenham um papel fundamental na preservação e transmissão da história e cultura africana para as novas gerações. O objetivo é preservar os costumes, crenças e a valorização étnico-racial como referência sociocultural, reforçando a identidade do grupo quilombola e evitando seu esquecimento²⁷⁻²⁸.

As mulheres vivenciam a gravidez atribuindo significados às necessidades e desafios que enfrentam, assim como às ações e recursos dos serviços de saúde. Por isso, é fundamental ouvir e considerar suas experiências e perspectivas sobre a gravidez, além do que consideram importante para a sua saúde e a de seus filhos. Essa significação é coletiva e se constrói nas relações sociais²⁴.

Referente às práticas de cuidados dentro das comunidades quilombolas, nota-se que tais ações estão intrínsecas às dinâmicas culturais que revelam os cuidados durante ciclo gravídico-puerperal, que são retratados a partir do uso de ervas medicinais para chás, banhos, “garrafadas”, minimizar dores, regular disfunções metabólicas, entre outros cuidados culturais que auxiliam na boa condução da gestação, parto, puerpério e no cuidado do neonato. Diante disso, estudos mostram que tais práticas populares estão fortemente presentes nos itinerários terapêuticos de comunidades quilombolas e são influenciados pela herança ancestral dessa população²⁸⁻²⁹.

Nas áreas rurais, a população encontra no saber popular uma alternativa de saúde que atende efetivamente às suas necessidades, promovendo relações solidárias entre homens e mulheres. Para as comunidades em vulnerabilidade, essas práticas representam uma assistência mais acessível e econômica. Dessa forma, as práticas de saúde populares não apenas fortalecem os vínculos sociais, mas também se conectam a outras formas de conhecimento, criando redes complexas de saberes³⁰⁻²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve a pretensão da compreensão da experiência de mulheres quilombolas amazônicas 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 mostram as limitações para o acesso aos serviços de saúde de mulheres quilombolas na atenção ao pré-natal. Embora a literatura aborde a ampliação da cobertura do pré-natal em todo o território nacional, pode ser observado que, não se configura de forma equânime para a população quilombola residentes em zonas rurais. Por meio dos relatos, 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.

Por fim, almeja-se que este estudo fomente novas pesquisas para a comunidade científica e contribua para gerar novas reflexões sobre a atenção ao pré-natal de quilombolas, mediante isso poderemos garantir que todas essas mulheres tenham acesso a um pré-natal de qualidade, contribuindo para o desenvolvimento de suas comunidades e a garantia de seus direitos.

O estudo teve como limitação a utilização de outras estratégias de coleta de dados, mediante as limitações de transporte e deslocamento que a pesquisa necessitava durante a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, *et al.* Labor and childbirth care in maternities participating in the “Rede Cegonha/Brazil”: an evaluation of the degree of implementation of the activities. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2025 mai 30]; 26(3):801–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
2. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SA, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Leite TH, *et al.* Protocol of Birth in Brazil II: National Research on Abortion, Labor and Childbirth. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024 [cited 2025 mai 30]; 40(4): e00036223. doi:10.1590/0102-311XPT036223. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT036223>
3. Brandão ER, Cabral CS. Reproductive justice and gender: theoretical and political challenges in Brazil amplified by the Covid-19 pandemic. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021 [cited 2025 mai 30]; 25(supl 1): e200762. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>
4. Criola. Dossiê: Mulheres negras e justiça reprodutiva (2020–2021) [Internet]. Rio de Janeiro: Criola; 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQQnZgeoBx/view>
5. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Souza AA, *et al.* Prenatal care of Brazilian women: racial inequalities and their implications for care. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 [cited 2025 mai 30]; 27(10):3881–90. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.314, de 4 de setembro de 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
7. Gama SGN, Bittencourt AS, Theme Filha MM, Takemoto MLS, Lansky S, Frias PG, *et al.* Maternal mortality: protocol of a study integrated to the Birth in Brazil II survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024 [cited 2025 mai 30]; 40(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT107723>
8. Ayres JR. Vulnerability, Care, and integrality: conceptual reconstructions and current challenges for HIV/AIDS care policies and practices. *Saúde Debate* [Internet]. 2022 [cited 2025 mai 30]; 46(spe7):196–206. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E7141>

9. Paes RFC, Rodrigues DP, Alves VH, Silva SED, Cunha CLF, Carneiro MS, *et al.* The prenatal nursing consultation from the perspective of kristen swanson's theory of care. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2022 [cited 2025 mai 30]; Nov 18;(27):1-11. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87707>
10. Dolzane RS, Schweickardt JC. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2025 mai 30]; 18(3): e00288120. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00288>
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2015.
13. Schorr JS, Santos ECR, Thesing NV. Comunidades Quilombolas no Brasil: da resistência à escravidão à conquista do direito à terra previsto pela Constituição Federal de 1988. *Campos Neutrais: Revista Latino-Americana de Relações Internacionais* [Internet]. 2023 [cited 2025 mai 30]; 5(3):56-75. Available from: <https://periodicos.furg.br/cn/article/view/16153>
14. Christofoletti M, Duca GFD, Benedetti TRB, Malta DC. Sociodemographic determinants of multimorbidity in Brazilian adults and older adults: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2022 [cited 2025 mai 30]; 140(1): 115–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0105.R1.31052021>
15. El Kadri MR, Schweickardt JC, Freitas CM de. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022 [cited 2025 mai 30]; 26: e220056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220056>
16. Scott JB, Prola CA, Siqueira AC, Pereira CRR. The concept of social vulnerability in the realm of psychology in Brazil: a systematic review of the literature. *Psicol Rev.* [Internet]. 2018 [cited 2025 mai 30]; 24(2):600-15. Available from: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>
17. Bezerra RKC, Souza DLA, Silva JCS, Pinto NS. Territorialization as strategy for transformation in the territory. *Cad ESP* [Internet]. 2020 [cited 2025 mai 30]; 14(1):84-8. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/217>
18. Pereira MPB. Geografia da saúde por dentro e por fora da geografia. *Hygeia* [Internet]. 2025 [cited 2025 mai 30]; 17:121-32. Available from: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/58055>
19. Florêncio RS, Cestari VRF, Azevedo SGV, Borges JWP, Santiago JCS, Pessoa VLMP, *et al.* Health vulnerability: evidence of validity of an item bank. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2024 [cited 2025 mai 30]; 37: eAPE006022. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00006022>
20. Bento TC, Inoue SRV. Conceptions of black women about self-care in reproductive health. *Saúde Soc.* [Internet]. 2024 [cited 2025 mai 30]; 33(2): e230231pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230231pt>
21. Esposti CDD, Santos-Neto ET, Oliveira AE, Travassos C, Pinheiro RS Social and geographical inequalities in the performance of prenatal care in a metropolitan area of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2025 mai 30]; 25(5):1735–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32852019>

22. Silva NN da, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2025 mai 30]; 73(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
23. Barbosa NO, Cesário FRA, Arruda AG. Contribuições das práticas integrativas e complementares no acompanhamento pré-natal. In: Costa AB, Organizador. *Práticas integrativas e complementares: visão holística e multidisciplinar*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2021. p. 63–81. Disponível em: doi:10.37885/201202396.
24. Souza LN, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Pinheiro AKC, Andrade EGR. Health care practices with Quilombola children: caregivers' perception. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2023 [cited 2025 mai 30]; 27: e20220166. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0166en>
25. Badke MR, Barbieri RL, Ribeiro MV, Ceolin T, Martínez-Hernández À, Alvim NAT. Meanings of the use of medicinal plants in self-care practices. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019 [cited 2025 mai 30]; 53: e03526. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018047903526>
26. Trevisan M, Seibert CS, dos Santos MG. O emprego da medicina tradicional no SUS em uma cidade da Amazônia Legal. *Desafios: Rev Interdisciplinar Univ Fed Tocantins* [Internet]. 2021 [cited 2025 mai 30]; 8(2):93-109. Available from: <https://doi.org/10.20873/uftv8-10371>
27. Santos LS, Santos S, Junior, Araújo C, Custódio C, de L, et al. A medicina tradicional ribeirinha em vozes femininas. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Hum* [Internet]. 2023 [cited 2025 mai 30]; 18(1): 1-20. Available from: <https://doi.org/10.1590/2178-2547-BGOELDI-2021-0068>
28. Batista MAL. Desigualdades assistenciais sob o enfoque étnico-racial e suas repercussões à saúde da mulher. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2021; [cited 2025 mai 30]; 4(2):4922-36. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-075>
29. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, Miranda SVC, Sampaio CA. Therapeutic itineraries in health care in Quilombola communities. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2024 [cited 2025 mai 30]; 29(3): 1-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023EN>
30. Oshin LA, Milan S. My strong, Black daughter: Racial/ethnic differences in the attributes mothers value for their daughters. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* [Internet]. 2019 [cited 2025 mai 30]; 25(2):179–87. Available from: 10.1037/cdp0000206