




## ARTÍCULO ORIGINAL

# Experiencia de las mujeres quilombolas en la atención prenatal\*

## HIGHLIGHTS

1. ¿Se enfrentan las mujeres quilombolas a barreras para acceder a una atención prenatal de calidad?
2. ¿Cómo se proporciona información a las mujeres quilombolas durante la atención prenatal?
3. ¿Cómo es la experiencia de la mujer quilomba durante la atención prenatal?

Brenda Caroline Martins da Silva<sup>1</sup> Diego Pereira Rodrigues<sup>2</sup> Valdecyr Herdy Alves<sup>2</sup> Márcia Simão Carneiro<sup>1</sup> Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini<sup>3</sup> Giovanna Rosario Soanno Marchiori<sup>4</sup> Joyce Maíra Bernardes Angelo Ventura<sup>5</sup> 

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la experiencia de las mujeres quilombolas en la atención prenatal.

**Método:** Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. Se realizaron 26 entrevistas semiestructuradas a mujeres quilombolas de tres comunidades del municipio de Abaetetuba, estado de Pará, Brasil, durante el mes de abril de 2024. Los datos fueron transcritos en su totalidad y se realizó un análisis de contenido.

**Resultados:** se observó que la experiencia de las mujeres embarazadas se caracteriza por la insuficiente información recibida durante la atención prenatal, y que la orientación se concentra principalmente en conferencias y grupos de mujeres embarazadas. Esta información suele complementarse de manera informal por la red de apoyo a la mujer. **Conclusión:** describe que la experiencia de las mujeres quilombolas en la atención prenatal revela importantes lagunas de información. El trabajo de educación para la salud es una prioridad para el cambio en la atención prenatal, con el objetivo de garantizar la orientación de las gestantes y promover así una mejor atención materna.

**DESCRIPTORES:** Atención Prenatal; Salud Materno-Infantil; Quilombola; Vulnerabilidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

## CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

da Silva BCM, Rodrigues DP, Alves VH, Carneiro MS, Calandrini TSS, Marchiori GRS, et al. Experiencia de las mujeres quilombolas en la atención prenatal. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e97235es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97235es>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

<sup>5</sup>Lumio- Cuidados Obstétricos e Planejamento Reprodutivo, MG, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

Las estrategias de atención a la salud de la mujer son una de las prioridades en las discusiones sobre salud pública en Brasil. La atención humanizada y calificada en el período de gestación y puerperio es fundamental para alcanzar resultados clínicos satisfactorios en la salud materna y neonatal<sup>1-2</sup>. En este sentido, una de las medidas recomendadas por organismos y asociaciones internacionales para asegurar la salud en el binomio madre-hijo es garantizar la atención integral durante el control prenatal<sup>3</sup>.

Una atención prenatal deficiente se asocia a resultados perinatales desfavorables, como bajo peso al nacer, prematuridad, problemas neurológicos, además de contribuir significativamente a complicaciones obstétricas, síndromes hipertensivos, diabetes gestacional y muertes maternas<sup>2</sup>.

Aunque Brasil tiene una cobertura de atención prenatal superior al 90%, esta cobertura no está distribuida de manera uniforme y persisten grandes desigualdades, especialmente en los últimos años. Hay mayor dificultad de acceso para las mujeres adolescentes, negras, con menor escolaridad, sin pareja o múltiparas, lo que revela el mantenimiento de disparidades sociales y raciales, especialmente en las áreas rurales y en las zonas donde viven las poblaciones tradicionales del Norte del país<sup>4</sup>.

La atención a la salud de grupos étnico-raciales en condiciones de vulnerabilidad, como la población quilombola, pone en evidencia las inequidades en la atención debido a la precocidad de la enfermedad, la progresión de los procesos de enfermedad y las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La vulnerabilidad en el proceso salud-enfermedad de la población negra de Brasil es un proceso resultante del contexto histórico y social de privación de derechos<sup>5-6</sup>.

Poblaciones que viven en comunidades tradicionales en la Amazonia han enfrentado históricamente el abandono estatal frente a la vulnerabilidad en las áreas de salud, educación y medio ambiente, como las comunidades ribereñas, extractivistas, indígenas y quilombolas<sup>7</sup>. La atención prenatal integral a la población quilombola es una prioridad para superar los obstáculos en el acceso a los servicios y garantizar sus derechos y la calidad de la atención prenatal<sup>8-9</sup>.

Las mujeres quilombolas durante el embarazo son vulnerables, lo que se establece en una condición de riesgo, relacionada con estigmas y condiciones sociales que contribuyen a tornarlas vulnerables, especialmente en lo que se refiere al acceso a medios de comunicación y a la utilización de recursos de salud favorables<sup>10</sup>.

En este contexto, las mujeres quilombolas comparten una cultura y costumbres específicas, muchas de ellas heredadas de sus raíces africanas, y presentan una realidad particular en su modo de vida. En este contexto, las cuestiones relacionadas con la salud no pueden analizarse de forma aislada, sino que deben tener en cuenta su modo de vida, el entorno social en el que viven, su cultura, sus valores y sus costumbres. Al destacar estas cuestiones, cabe señalar que la atención a la salud de las mujeres quilombolas requiere intervenciones que dialoguen con sus necesidades sanitarias específicas<sup>11</sup>.

La presencia de prácticas discriminatorias en la asistencia sanitaria se traduce en un acceso reducido y una atención inadecuada, lo que influye en la forma en que las mujeres negras gestan y nacen, viven y mueren. Las desigualdades socio-raciales en Brasil revelan la influencia de determinantes socioeconómicos, políticos y culturales

y la falta de reconocimiento de la singularidad racial excluyente y vulnerable de gran parte de la población<sup>10</sup>.

La falta de atención sanitaria a las mujeres negras sustenta la vulnerabilidad social que se refleja en su estado de salud. Estos factores están asociados a la discriminación étnico-racial y de género, que colocan a este grupo en situación de desventaja en diversas situaciones<sup>11</sup>. La pregunta orientadora del estudio fue: ¿Cómo viven las mujeres quilombolas la atención prenatal? Por lo tanto, el objetivo del estudio fue describir la experiencia de las mujeres quilombolas en la atención prenatal.

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado con mujeres quilombolas del municipio de Abaetetuba, en el estado de Pará, Brasil.

Para delimitar mejor la producción de este manuscrito, utilizamos los criterios para informes de investigación cualitativa de la lista de verificación *Consolidated Criteria for Report Qualitative Research* (COREQ)<sup>11</sup>.

El estudio se realizó en tres comunidades quilombolas ubicadas en el municipio de Abaetetuba en el estado de Pará, a saber: Itacuruçá, Arapapuzinho e Ipanema durante el mes de abril de 2024. Se eligió este escenario de estudio por albergar el mayor número de comunidades quilombolas del estado, con aproximadamente 14.526, lo que lo convierte en el quinto municipio de Brasil con mayor población quilombola<sup>12</sup>.

El primer contacto de los investigadores fue realizado con los líderes comunitarios para identificar y seleccionar las comunidades y los participantes. Una vez definidas las comunidades quilombolas, se realizó una encuesta entre las mujeres embarazadas registradas, que ascendió a un total de 50 mujeres. Se aplicaron criterios de inclusión, a saber: ser mujer quilombola; tener más de 18 años; estar embarazada entre el 2° y 3° trimestre de embarazo, o haber pasado por lo menos por un proceso de embarazo. Y como criterio de exclusión: mujeres que no estuvieran siendo controladas por profesionales de atención primaria de salud del municipio. Ninguna participante fue excluida del estudio.

No se realizó ningún contacto inicial con las mujeres antes de la recogida de datos. Se realizó un estudio piloto con tres gestantes de otra comunidad quilombola para adaptar la técnica de recolección de datos, que no fueron incluidas entre las participantes del estudio.

Un total de 26 mujeres embarazadas quilombolas participaron en el estudio. La recolección de datos se realizó con el apoyo de transporte fluvial hasta el domicilio de cada participante, mediado por el contacto con el líder de la comunidad. Se realizó una entrevista semiestructurada, cara a cara, individualizada, con la participación de la investigadora principal y de la entrevistada, sin la presencia de terceros, garantizando los preceptos éticos para la recolección de datos. Cada entrevista duró una media de 45 minutos.

Durante la entrevista, la investigadora principal medió las siguientes preguntas disparadoras: Cuéntenos su experiencia con el control prenatal que está recibiendo. ¿Cuáles son los aspectos positivos o negativos de la atención prenatal para la población quilombola? ¿Qué obstáculos enfrenta durante el control prenatal?

Durante las entrevistas, se realizó el proceso de saturación teórica<sup>13</sup>. En la 23ª entrevista, se observó un encadenamiento en las respuestas de las gestantes, con la ocurrencia del significado del evento. Por lo tanto, se realizaron tres entrevistas más, totalizando 26 participantes en el estudio, ya que no hubo nuevas incorporaciones durante las entrevistas. Las entrevistas se grabaron digitalmente y se transcribieron en su totalidad.

Una vez transcritos los discursos, se inició el proceso de tratamiento de los datos con el Análisis de Contenido<sup>14</sup>. Entre las etapas establecidas en el proceso analítico están: preanálisis; lectura exploratoria del material para identificar los elementos que compondrían el análisis; formulación de una hipótesis e identificación de los documentos relevantes para el análisis<sup>14</sup>. Tras la exploración del material, se procedió a la categorización y codificación del estudio. En esta fase, el investigador separó la información de la investigación para gestionarla, codificarla e interpretarla<sup>14</sup>. Se utilizó la estrategia de la colorimetría para identificar las unidades de registro, a saber: familiares mujeres como mentoras; participación en grupos de embarazo; charlas durante el embarazo; consultas/orientaciones con personal de enfermería; relaciones con profesionales de salud.

Se procesaron los resultados, se realizaron inferencias e interpretaciones, buscando los significados de los datos obtenidos. Es el momento de la intuición, del análisis reflexivo y crítico<sup>14</sup>. En esta etapa del análisis, se buscó captar el contenido de todo el material recogido a través de los instrumentos utilizados, lo que llevó a la construcción de la unidad temática: Directrices y la consulta al profesional de salud, que permitió definir la siguiente categoría temática: La experiencia de las mujeres quilombolas: barreras para una atención prenatal eficaz y de calidad. Los datos fueron discutidos a partir de las políticas de salud dirigidas a la atención prenatal y de la literatura especializada en atención prenatal integral.

El estudio fue aprobado bajo el protocolo n° 6.497.731/2023 por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pará (CEP-ICS/UFGA), de acuerdo con la Resolución n° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Para preservar la confidencialidad, el anonimato y la confiabilidad, las entrevistadas fueron identificadas por la letra (G) de Gestante, seguida de un número numérico, correspondiente a la secuencia en que se realizaron las entrevistas (G1, G2, G3, ..., G26), además de la garantía de participación voluntaria, a través de la firma del participante en el Formulario de Consentimiento Informado (FCI).

El estudio forma parte de la disertación titulada: Atención prenatal a mujeres quilombolas en el estado de Pará: una mirada al campo de la salud reproductiva, del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Pará.

## RESULTADOS

La edad de las participantes oscilaba entre los 20 y los 35 años. En cuanto a la ocupación, 19 (76%) trabajaban en la agricultura, y en cuanto al estado civil, 12 estaban casadas (46%). En cuanto a la educación, 11 (42%) tenían estudios primarios incompletos, 21 (80%) declararon recibir menos de un salario mínimo y 23 (88%) de las participantes declararon entre uno y cinco embarazos.

Tras analizar los datos obtenidos, se construyó un Análisis Temático para discutir y perfilar mejor el estudio.

## La experiencia de las mujeres quilombolas: obstáculos para una atención prenatal eficaz y de calidad

En las experiencias de las gestantes quilombolas durante la atención prenatal, la orientación específica sobre el ciclo del embarazo es vista como una laguna en la atención, ya que hay una falta de información de los profesionales de salud hacia las mujeres. Por ese motivo, esas informaciones son transferidas a los familiares, que asumen el papel de poseedores del conocimiento transmitido de generación en generación, como se puede observar en las siguientes afirmaciones:

*[...] no tuve nada de eso durante el prenatal, sólo en casa con los mayores, mi mamá, mi suegra, pero durante las consultas con los profesionales [...] no tuve nada de eso. (G7)*

*[...] nunca participé, no me dijeron qué hacer, cómo hacerlo. Me orientaban en casa, con mi madre o mi abuela. (G20)*

*[...] no tuve ninguna orientación, todo lo que aprendí fue en casa, o lo aprendí sola, día a día con mis hijos. Los profesionales no se preocupaban mucho, no preguntaban cómo estaba el aspecto emocional, no daban mucha orientación. Así que son marcas que quedan, que he ido reconociendo con el tiempo, no tuve ese apoyo. Tuve que guardármelo para mí". (G19)*

*[...] había muy poca orientación, mis hermanas, mi madre, mi abuela eran las que me decían las cosas, la orientación era más en casa que en la clínica. Cuando iba a consulta, el médico sólo me preguntaba si sentía algo, si tenía dolor, me miraba los análisis y si había algún cambio, me daba la medicación. Pero no me daba más explicaciones, y yo tampoco me sentía cómoda haciendo preguntas. (G26)*

Cuando se les preguntó si recibían orientación o participaban en un grupo para embarazadas, la mayoría de las mujeres declararon que desconocían la existencia de estos grupos en los lugares donde realizaban la atención prenatal. Estos grupos son esenciales para orientar a las mujeres, ya que tienen el poder de proporcionar información. Sin embargo, pocas mujeres participaron en charlas y no recibieron orientación colectiva sobre temas inherentes al embarazo y al parto, según las siguientes afirmaciones:

*[...] lo que más me dijeron fue que cuidara mi dieta, eso es todo. Pero cada vez que iba, nunca vi ni participé en ninguna charla sobre el embarazo, el cuidado del bebé después de nacer o el parto. Esas cosas no existen por aquí. (MQ9). Ni grupos ni charlas, pero de vez en cuando me hablaban de cómo cuidar al niño, de cómo no hacer esfuerzos. (G11)*

*[...] no participé en ningún grupo para embarazadas, ni tuve mucha orientación. Cuando tenía una consulta, el médico sólo me preguntaba si estaba bien, me decía cómo estaba el bebé, escuchaba los latidos del corazón, miraba los análisis y ya está. Si tenía que darme algún medicamento, me lo daba y yo le decía si había funcionado, y ya está. (G18)*

*[...] nunca participé en ninguna clase y nunca me pidieron que participara en grupos para mujeres embarazadas, nada de estas cosas más específicas de orientación. La mayoría de las veces no pasé nada de tiempo en la sala de la enfermera o del médico, sólo me hicieron la exploración tomándome la tensión, escuchando al bebé, diciéndome que estaba bien y que no comiera fritos, eso es todo, y luego me dieron los medicamentos o las pruebas que tenía que hacerme. (G24)*

La experiencia de las mujeres en todo el proceso del embarazo y su acogida son fundamentales en la atención prenatal, para que puedan comprender el momento

de transición que atraviesan. Sin embargo, el análisis de las declaraciones de estas mujeres sugiere que la comunicación sigue basándose en el modelo curativo, con la medicalización de los problemas de salud y poco énfasis en su salud integral durante el embarazo.

*[...] estuvo bien, no hacía tantas preguntas, sólo me preguntaba por mis exámenes y si necesitaba algo, entonces me daba algún medicamento, me decía cómo tomarlo y ya está. Las consultas solían ser muy rápidas. (G1)*

*[...] solía tardar mucho en llegar mi cita, lo que era muy malo. Porque salíamos de casa temprano, a veces sin comer nada, y nos pasábamos horas esperando a que nos vieran. Luego, cuando llegaba a la cita, era muy rápido, veía cómo estaba el bebé, miraba mis pruebas y, si salía algo, me daban un medicamento y me decían que me hiciera otras pruebas y ya está, eso era básicamente todo [...]. (G5)*

*[...] la consulta se alargaba durante el triaje con la enfermera, que me auscultaba el corazón, me preguntaba cómo estaba, luego lo apuntaba todo y yo se lo llevaba al médico cuando me tocaba. Allí en la sala del médico, él miraba mi prueba, veía si todo estaba bien, si no lo estaba, me daba algún medicamento para comprar y eso era básicamente todo, no era algo que tomara mucho tiempo, lo que realmente tomaba mucho tiempo era esperar a que él llegara. (G13)*

*[...] mira, yo creo que estuvo bien. Creo que lo que había que hacer, lo hicieron, que era pasar las pruebas, las medicinas, escuchar el corazón, y eso fue básicamente todo, así que creo que estuvo bien. (G23)*

*[...] cuando iba a consulta, el médico se limitaba a preguntarme si sentía algo, si tenía dolor, me miraba las pruebas y si había algún cambio me daba la medicación. Pero no me daban más explicaciones, y yo tampoco me sentía cómoda haciendo preguntas. (G26)*

De este modo, las mujeres embarazadas quilombolas se enfrentan a numerosos retos, entre los que destacan: la falta de orientación, que se traduce en un desconocimiento de las cuestiones de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. El embarazo es un período de inseguridad en el que el acceso a información cualificada debería ser una prioridad para estas mujeres.

## DISCUSIÓN

La vulnerabilidad sanitaria es un concepto que engloba las desigualdades sociales y económicas que repercuten en el acceso a una atención sanitaria de calidad. En un contexto en el que millones de personas siguen enfrentándose a importantes obstáculos para acceder a los servicios esenciales, resulta crucial analizar cómo influyen factores como la raza, la clase social y la ubicación geográfica en la salud de algunas poblaciones<sup>15-16</sup>, especialmente las poblaciones quilombolas.

La vulnerabilidad es una condición de las personas o grupos que corren el riesgo de sufrir daños en su salud debido a factores sociales, económicos y medioambientales. Se caracteriza como una construcción social, que involucra aspectos como la desigualdad, la exclusión y el acceso a bienes y servicios. También propone la discusión de que la salud debe ser entendida de forma integral, considerando las interacciones entre las dimensiones biológica, social y cultural. Esta perspectiva busca identificar y abordar las

barreras que impiden el acceso equitativo a la salud, promoviendo un abordaje más integrado y sensible a las necesidades de las poblaciones vulnerables<sup>17</sup>.

Dentro de este abordaje, la vulnerabilidad es influenciada por una serie de cuestiones: desempleo, baja renta, condiciones precarias de trabajo, exclusión social, violencia, falta de redes de apoyo, acceso limitado a educación e información, vivir en áreas de alta vulnerabilidad, edad, género, etnia, entre otras<sup>18-20</sup>.

Este estudio adopta el concepto de vulnerabilidad para evaluar las prácticas de orientación sanitaria en el proceso gestacional de las mujeres quilombolas. La falta de información sobre la gestante es un factor importante en la deficiencia de la atención prenatal de las mujeres quilombolas.

La falta de información por parte de las mujeres embarazadas es un factor crítico que afecta a la calidad de la atención prenatal. Las personas con menos información se enfrentan a dificultades para interpretar los materiales informativos y las prescripciones médicas, lo que puede dar lugar a obstáculos para garantizar su salud y, en consecuencia, a decisiones inadecuadas relacionadas con la salud. Esta realidad no sólo pone en peligro la eficacia de la orientación sobre su salud, sino que también perpetúa las desigualdades sociales, lo que se traduce en peores resultados sanitarios entre los grupos vulnerables<sup>21</sup>.

En lo que respecta a la salud de la mujer y la atención obstétrica y neonatal, los servicios de salud deben caracterizarse por la calidad y la humanización, con el compromiso de acoger a las mujeres y los recién nacidos con dignidad, reconociéndolos como sujetos de derechos. A pesar de los avances en salud materno-infantil desde la implementación del Programa de Humanización del Parto y Nacimiento (PHPN), la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer y la más reciente Red Alyne, la calidad de la atención prenatal sigue siendo cuestionada cuando se relaciona con la raza/color<sup>22-24</sup>.

La experiencia de las mujeres en la atención prenatal sigue basándose mayoritariamente en el modelo curativo. Las mujeres no suelen participar en charlas o grupos para embarazadas, y el asesoramiento que reciben se basa en medicalizar sus necesidades, prescindiendo de una visión holística e integral del embarazo.

La Red Alyne hace hincapié en la importancia de la orientación durante la atención prenatal como parte esencial de la atención sanitaria integral a las mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Este programa hace hincapié en la necesidad de proporcionar información clara y basada en la evidencia sobre los cuidados durante el embarazo, incluidos los signos de alerta, los tipos de parto y los preparativos para el nacimiento, así como de asegurar la participación activa de las mujeres en las decisiones sobre su salud, garantizando un entorno de diálogo y escucha entre los profesionales sanitarios y las mujeres embarazadas<sup>23</sup>.

Este enfoque humanizado no sólo contribuye a la autonomía de la mujer, sino que también pretende abordar los aspectos emocionales y psicológicos, reconociendo la importancia del apoyo psicológico durante el embarazo<sup>22</sup>. Aunque se reconozca la importancia de estas recomendaciones, la atención sigue siendo deficiente, tanto en lo que se refiere a los procedimientos recomendados como a la forma en que los llevan a cabo los profesionales sanitarios<sup>1-3,7,22</sup>.

Un estudio demostró que el nivel educativo y la información sanitaria son determinantes para que las mujeres sean plenamente conscientes de las cuestiones de salud prenatal<sup>25</sup>. Otro estudio<sup>26</sup> afirma que las mujeres con condiciones educativas

y socioeconómicas más bajas tienen menos probabilidades de recibir los cuidados prenatales más adecuados.

Muchos profesionales sanitarios siguen centrándose únicamente en las necesidades fisiopatológicas de las embarazadas, descuidando la importancia de los procesos educativos como herramientas fundamentales para promover el bienestar de las embarazadas y sus cuidadores. Este enfoque limitado puede dar lugar a una experiencia de atención prenatal que no tenga en cuenta las dimensiones emocional, cultural y social. En cuanto a la información, las mujeres negras y morenas reciben menos información sobre el parto normal y el lugar del parto, y es más probable que no reciban una orientación adecuada durante la atención prenatal<sup>27-28</sup>.

Estas observaciones nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de concienciar sobre las diferencias interétnicas. Es importante crear espacios que apoyen el diálogo sobre las demandas de salud particulares de las mujeres quilombolas. Estas estrategias son fundamentales para el desarrollo de políticas públicas que tengan en cuenta las particularidades culturales, sociales, económicas y ancestrales de este grupo, promoviendo así una atención más inclusiva y eficaz. La creación de estos espacios puede fortalecer la formación de redes de apoyo, garantizando que las voces de las mujeres negras sean escuchadas y sus necesidades atendidas de forma integral<sup>29</sup>.

A menudo, la falta de formación de los profesionales de la salud para acoger y atender a las mujeres quilombolas, los déficits en la organización de los servicios de salud y las barreras geográficas son condiciones que acentúan las desigualdades en salud. Los desafíos de la implementación de una atención sanitaria integral en la región amazónica se han convertido en un campo de acción político y de actualidad.

La ampliación de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), las unidades móviles de salud y las unidades fluviales son sugerencias de soluciones prácticas para reducir las desigualdades en salud<sup>30</sup>.

Así, la articulación de la red de apoyo a las gestantes, la oferta de información a las mujeres en el ciclo gestacional-puerperal, con enfoque en la integralidad de su salud (biopsicosocial), la capacitación de los profesionales de salud, así como la organización del sistema de salud, con unidades móviles y fluviales, son estrategias actuales con el objetivo de garantizar una atención gestacional de mejor calidad y así reducir la vulnerabilidad en términos de acceso a la información y a los servicios de salud de la población quilombola.

Una limitación del estudio fue la falta de recursos para utilizar otras técnicas de recolección de datos que pudieran apoyarlo, como la observación durante las consultas prenatales en la unidad de salud.

## CONSIDERACIONES FINALES

El estudio describió las experiencias de las mujeres quilombolas amazónicas en la atención prenatal. Los resultados mostraron la necesidad de políticas públicas en el campo de la salud reproductiva en las comunidades quilombolas y la reorganización de la red de atención a la salud materna, con la prestación de servicios dentro de sus comunidades, favoreciendo la salud de las mujeres durante el control prenatal.

Los resultados presentados revelaron las limitaciones de acceso a los servicios de salud para las mujeres quilombolas en el control prenatal, especialmente en lo que se refiere a la información, a la que las mujeres no tienen acceso debido a la necesidad de estrategias a emplear en el control prenatal.

Se observa que las limitaciones territoriales, financieras y educativas son factores que imposibilitan una atención de calidad durante el embarazo, tal como recomiendan los programas y políticas de salud materno-infantil del Ministerio de Salud.

En este contexto, es fundamental dar visibilidad a las demandas que surgen de las experiencias de las mujeres quilombolas durante la atención prenatal. Es necesario enfatizar que las debilidades estructurales/locales y las violaciones de derechos forman parte del cotidiano de las mujeres negras de las comunidades quilombolas.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue realizado con el apoyo de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de la Enseñanza Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiación 001.

## REFERENCIAS

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 Jun 10];30(1):e2020383. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014>
2. Marques LJP, da Silva ZP, Alencar GP, de 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 Jun 10];37(2):e00079120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079120>
3. Kpebo D, Coulibaly A, Yameogo WME, Bijou S, Lazoumar RH, 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 Jun 10];19:181. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01467-x>
4. da Luz LA, Aquino R, Medina MG. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 10];42(Spe No 2):111-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>
5. Pereira MPB. Geografia da saúde por dentro e por fora da Geografia. *Hygeia (Uberlândia)* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];17:121-32. Available from: <https://doi.org/10.14393/Hygeia17058055>
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, da Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public sector. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10];54:8. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
7. Paes RLC, Rodrigues DP, da 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 2024 Jun 10];27:e87707. Available from: <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):e0281581. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>

9. Quaresma FRP, Maciel ES, Barasuol AM, Pontes-Silva A, Fonseca FLA, 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 Jun 10];68(4):482-9. Available from: <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 Jun 10];29:e20180270. Available from: <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 Jun 10];34:eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

12. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Quilombolas: primeiros resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. 93 p. Available from: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_media/ibge/arquivos/2e215f8a8b5904299cca0a9f02b734de.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/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 Jun 10];27(2):389-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

14. Bardin L. Análise dos dados. São Paulo: Edições 70, 2015. 288 p.

15. Alves PHM, Leite-Salgueiro CDB, Alexandre ACS, de Oliveira GF. Reflections on comprehensive care in the ethnic-racial context: an integrating review. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10];25(6):2227-36. Available from: <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 Jun 10];46(Sep No 7):196-206. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>

17. do Nascimento VB, Arantes ACV, de Carvalho LG. Vulnerability analysis and quilombola women's health in a mining area in the Amazon. Saúde Soc [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];31:e210024en. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210024en>

18. Carvalho CC, Viacava F, de Oliveira RAD, Martins M. Analysis of the performance of health services in a group of vulnerable municipalities. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 10];29(7):e03202024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38958320/>

19. Florêncio RS, Moreira TMM. Health vulnerability model: conceptual clarification from social subjects' perspective. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];34: eAPE00353. Available from: <http://dx.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 Jun 10];97(4):e023219. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/2016>

21. de Almeida AHV, da 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 Jun 10];19(1):43-52. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>

22. Andrighetto A, Barbosa SS. A importância da afirmação de direitos para o empoderamento da mulher negra. Cult Juríd (Niterói) [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10];7(16):288-319. Available from: <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 Jun 10];23(11):3505-16. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
24. dos Santos LKR, de Oliveira F, Bastos JL. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. *Physis* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 10];34:e34004. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434004pt>
25. Nawabi F, Krebs F, Lorenz L, Shukri A, Alayli A, Stock S. 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 Jun 10];19(2):658. Available from: <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 Jun 10];105:103237. Available from: <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 Jun 10];27(4):1605-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
28. Santana KC, Silva EKP, Rodriguez RB, Bezerra VM, Souza R, Medeiros DS. Health service utilization by Quilombola and non-Quilombola adolescents living in a rural area in the semi-arid region of the state of Bahia, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];26(7):2807-17. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.09712021>
29. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, de Miranda SVC, Sampaio CA. Therapeutic itineraries in health care in Quilombola communities. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 10];29(3):e01602023. Available from: <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: de Almeida Junior S, editor. *Práticas integrativas e complementares: visão holística e multidisciplinar*. Guarujá, SP: Científica Digital; 2020. p. 63-81.

**Quilombola women's experience of prenatal care\*****ABSTRACT**

**Objective:** To describe the experience of quilombola women in prenatal care. **Method:** This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Twenty-six semi-structured interviews were conducted with quilombola women in three communities within the municipality of Abaetetuba, state of Pará, Brazil, during April 2024. The data was transcribed in full, and content analysis was carried out. **Results:** The experience of pregnant women was marked by the lack of information received during prenatal care, with guidance concentrated mainly on lectures and pregnant women's groups. This information is often supplemented informally by the women's support network. **Conclusion:** This paper describes the experience of quilombola women in prenatal care, which reveals significant gaps in information. The work of health education is a priority for change in prenatal care, with the aim of guaranteeing guidance for pregnant women and, in this way, promoting better maternal care.

**DESCRIPTORS:** Prenatal Care; Maternal and Child Health; Quilombola Communities; Health Vulnerability; Health Services Accessibility.

\*Artículo extraído de la tesis de maestría: "A atenção pré-natal de mulheres quilombolas no estado do Pará: um olhar para o campo da saúde reprodutiva", Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, 2024.

Recibido en: 11/10/2024

Aprobado en: 30/06/2025

Editor asociado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

**Autor correspondiente:**

Diego Pereira Rodrigues

Universidade Federal Fluminense

R. Dr. Celestino, 74 - Centro, Niterói - RJ, 24020-091

E-mail: [diego.pereira.rodrigues@gmail.com](mailto:diego.pereira.rodrigues@gmail.com)

**Contribución de los autores:**

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **da Silva BCM, Rodrigues DP**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **da Silva BCM, Rodrigues DP, Alves VH, Carneiro MS, Calandrini TSS, Marchiori GRS, Ventura JMBA**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **da Silva BCM, Rodrigues DP, Alves VH, Carneiro MS, Calandrini TSS, Marchiori GRS, Ventura JMBA**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

**Conflicto de intereses:**

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).