

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES NEGRAS NO CICLO  
GRAVÍDICO-PUERPERAL

Niterói

2021

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES NEGRAS NO CICLO  
GRAVÍDICO-PUERPERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Enfermagem e Licenciatura da  
Universidade Federal Fluminense, como requisito  
parcial para obtenção do Grau de Enfermeira e  
Licenciada em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Bianca Dargam Gomes Vieira

Niterói

2021

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES NEGRAS NO CICLO  
GRAVÍDICO-PUERPERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Enfermagem e Licenciatura da  
Universidade Federal Fluminense, como  
requisito parcial para obtenção do Grau de  
Enfermeira e Licenciada em Enfermagem.

Aprovado em 06 de Maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. BIANCA DARGAM GOMES VIEIRA – UFF - Presidente

---

Prof. Dr. VALDECYR HERDY ALVES - UFF – 1º Avaliador

---

M.<sup>a</sup> MÁRCIA VIEIRA DOS SANTOS – UFF – 2º Avaliador

---

Prof. Dr. AUDREY VIDAL PEREIRA - UFF - Suplente

Niterói  
2021

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder esta oportunidade de aprendizado que é a vida, e nela possuir o bem mais precioso que é a saúde. Além disso, me possibilitar ter a certeza de que cuidar de pessoas faz parte do meu propósito, e por uni-lo em minha vida pessoal e futuramente profissional.

Agradeço a minha mãe, por todos esforços em prol do meu bem estar, por me proporcionar uma ótima educação. Agradeço por sempre lembrar-me da minha força e confiar nos meus passos. Agradeço por me dar todo suporte para conclusão desta graduação.

Agradeço ao restante de meus familiares por incentivarem meus estudos e por acreditarem no meu potencial.

Agradeço a minha amiga Luísa por todo carinho, incentivo e apoio. Agradeço pela companhia nas longas madrugadas de estudo, por dividir metas futuras e pelo acolhimento desde sempre.

Agradeço imensamente a todas minhas amigas da faculdade, Marcela, Nicole, Eduarda, Ana Beatriz e Yasmin, juntas sempre fomos mais fortes e vocês trouxeram muitas alegrias em dividir esses anos comigo. Que nossa parceria seja eterna e que continuemos comemorando uma as conquistas das outras.

Agradeço às minhas amigas de infância, Iandra, Mariana, Roberta, Luana e Larissa por sonharem junto comigo o meu ingresso nesta graduação, por serem tão boas amigas, por todos momentos bons que me fortaleceram como pessoa e termos uma às outras como incentivadoras.

Agradeço à minha orientadora Bianca, por todas oportunidades durante a faculdade, por todas as parcerias, pelas orientações, dedicação e pela amizade. Foi ótimo tê-la como orientadora, agradeço a prontidão, o seu tempo, a compreensão, incentivos e também as risadas.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa de Saúde da Mulher e da Criança, em especial ao Herdy, Márcia e Paolla que são exemplos de profissionais para mim, e sempre foram muito gentis comigo.

Agradeço a Professora Marcela, por me ouvir e sempre zelar pelo bem estar de todos. Agradeço também aos amigos do Grupo de Saúde Mental, nossos encontros foram essenciais para o meu bem-estar durante o ano de 2020.

Minha gratidão se estende a dezenas de pessoas que compuseram minha trajetória, me sinto abençoada por ter conhecido tantas pessoas maravilhosas ao longo dessa faculdade, tanto colegas de classe, professores e enfermeiras que tive contato. Agradeço todos conhecimentos adquiridos, todas trocas, bons exemplos, gentileza e paciência de pacientes, que apenas se somam para que desde sempre e para sempre eu busque o meu melhor.

Agradeço a todos pesquisadores que abordaram esta temática e de alguma forma me auxiliaram a concluir este trabalho.

"Me levanto sobre o sacrifício de um milhão de mulheres que vieram antes e penso: O que é que eu faço para tornar esta montanha mais alta para que as mulheres que vierem depois de mim possam ver além?"

Rupi Kaur

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica automática - SDC/BENF  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

048a Oliveira, Vitória Costa  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES NEGRAS NO CICLO  
GRAVÍDICO-PUERPERAL / Vitória Costa Oliveira ; Bianca Dargam  
Gomes Vieira, orientadora. Niterói, 2021.  
62 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-  
Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora  
de Afonso Costa, Niterói, 2021.

1. Saúde da Mulher. 2. Gravidez. 3. Raça. 4. Cuidados de  
Enfermagem. 5. Produção intelectual. I. Dargam Gomes Vieira,  
Bianca, orientadora. II. Universidade Federal Fluminense.  
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. III. Título.

CDD -

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

## RESUMO

Observar a saúde das mulheres negras a partir do recorte étnico-racial permite entender como o racismo se torna um determinante social uma vez que, a forma como as relações raciais estão no Brasil tornam a população negra mais vulnerável, interferindo no processo de saúde-doença. Levando em conta as questões sociais envolvidas e o restrito acesso à saúde da população negra e embora o Ministério da Saúde enfatiza em diversos materiais a importância da abordagem da temática da saúde da mulher com recorte racial, a saúde da mulher negra ainda, trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria das pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil. Os aspectos citados anteriormente indicam ser necessário um planejamento de ações na atenção ao pré natal, parto e nascimento que além do enfoque de gênero, integre também as questões relativas à raça/etnia e seguimento do recém-nascido. Reconhecer a individualidade e as especificidades de cada mulher é humanizar o atendimento. Para a realização de boas práticas, é necessário que haja o acolhimento na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a mulher, oferecendo escuta ativa, proporcionando autonomia à mulher, garantir a privacidade e a confidencialidade, informar sobre condutas, procedimentos a serem adotados e assegurar-las a todos direitos. Entender as demandas desta população e assegurar seus direitos perante suas especificidades é caminhar em prol do fim das iniquidades em saúde. Este estudo, tem por objetivo, identificar, a partir da revisão de literatura, a assistência de enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal e analisar se esta assistência está em consonância com as ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura sobre a assistência de enfermagem às mulheres negras no Brasil durante o ciclo gravídico-puerperal. Os dados desta pesquisa foram coletados através de buscas nas bases de dados MEDLINE, BDNF e LILACS. O recorte temporal foi de 2010 a 2020. O processo de análise dos dados ocorreu através da análise textual. A amostra final constituiu-se de 8 artigos, onde ao analisá-los os achados dos estudos apontam para uma assistência desfavorável para as mulheres negras, notando-se que a assistência prestada oferece maiores benefícios para as mulheres brancas em relação às negras. Concluiu-se que embora as pesquisas sobre a temática sejam inexpressivas, a abordagem ao recorte étnico racial vem crescendo porém ainda não asseguram uma mudança efetiva no acesso e qualidade dos serviços oferecidos às gestantes, demonstrando falta de efetivação das recomendações descritas nos materiais existentes referentes à saúde da população negra.

**Palavras-chave:** Parto; Raça/cor; Gravidez; Saúde da mulher.

## ABSTRACT

Observing the health of black women from an ethnic-racial perspective allows us to understand how racism becomes a social determinant since, the way racial relations are in Brazil makes the black population more vulnerable, interfering in the health-disease process . Taking into account the social issues involved and the restricted access to health of the black population and although the Ministry of Health emphasizes in several materials the importance of addressing the issue of women's health with a racial approach, the health of black women is still a vague subject that, in most cases, is ignored by most researchers and students, students and health professionals in Brazil. The aspects mentioned above indicate that it is necessary to plan actions in the care of prenatal care, childbirth and birth that, in addition to the gender approach, also integrate issues related to race / ethnicity and follow-up of the newborn. To recognize the individuality and specificities of each woman is to humanize care. In order to carry out good practices, it is necessary to embrace the relationship established between health professionals and women, offering active listening, providing autonomy to women, ensuring privacy and confidentiality, informing about conducts, procedures to be adopted and ensuring them all rights. Understanding the demands of this population and ensuring their rights in view of their specificities is to move towards the end of health inequities. This study aims to identify, based on the literature review, nursing care for black women in the pregnancy-puerperal cycle and to analyze whether this assistance is in line with the actions recommended by the Unified Health System. an integrative literature review on nursing care for black women in Brazil during the pregnancy-puerperal cycle. The data of this research were collected through searches in the databases MEDLINE, BDNF and LILACS. The time frame was from 2010 to 2020. The data analysis process took place through textual analysis. The final sample consisted of 8 articles, where, when analyzing them, the findings of the studies point to unfavorable assistance for black women, noting that the assistance provided offers greater benefits for white women compared to black women. It was concluded that although the research on the theme is inexpressive, the approach to racial ethnicity has been growing, but it still does not guarantee an effective change in the access and quality of services offered to pregnant women, demonstrating the lack of effectiveness of the recommendations described in the existing materials referring to the health of the black population.

**Keywords:** Childbirth; Race / color; Pregnancy; Women's health.



## SUMÁRIO

### **1 INTRODUÇÃO**

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.2 OBJETO DE ESTUDO

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

1.4 OBJETIVOS

1.5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

### **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS A SAÚDE DA MULHER

2.2 QUESTÕES RACIAIS FRENTE À SAÚDE DA MULHER

2.3 ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER NEGRA NO CICLO  
GRAVÍDICO-PUERPERAL

### **3 METODOLOGIA**

### **4 RESULTADOS**

### **5 DISCUSSÃO**

5.1 CATEGORIA 1: FATORES SOCIOECONÔMICOS QUE INTERFEREM NO ACESSO  
A ASSISTÊNCIA

5.3 CATEGORIA 2: ASPECTOS ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL

5.3 CATEGORIA 3: AÇÕES ASSISTENCIAIS REFERENTES AO PARTO

### **6 CONCLUSÃO**

### **7 REFERÊNCIAS**

### **8 APÊNDICES**

8.1 APÊNDICE A: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

8.2 APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1: APRESENTAÇÃO DA  
SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

## LISTA DE ABREVIATURAS

DeCS Descritores de ciências da saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS Ministério da Saúde

NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PBE Prática Baseada em Evidências

PHPN Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RC Rede Cegonha

SUS Sistema Único de Saúde

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O despertar do meu interesse pela melhoria da vida das mulheres surgiu a partir do meu estudo particular sobre o feminismo, que é o movimento social que luta contra a violência de gênero e pela igualdade de direito e de condições das mulheres na sociedade. Embora tenha afeição pela temática, ao entrar na faculdade ainda não tinha decidido qual seria minha futura especialização.

No momento em que iniciei a disciplina de Saúde da Mulher I e tive a oportunidade de estudar mais sobre as políticas públicas e assistência de enfermagem voltadas à Saúde da Mulher foi quando meus olhos se voltaram para essa campo da saúde e junto com a disciplina de Saúde da Mulher II pude consolidar minha vontade de desenvolver meus estudos e práticas focadas nessa área.

Sabendo das desigualdades sociais e raciais presentes no Brasil, passei a me interessar sobre de que forma o ciclo gravídico-puerperal é vivenciado pelas mulheres negras, uma vez que a questão racial está atrelada a questão social, assim como ambas costumam restringir o acesso à informação, a saúde e aumentarem a probabilidade no surgimento e agravamento de patologias.

“Em todo o mundo, as minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente mais pobres, desproporcionalmente mais afetadas pelo desemprego, desproporcionalmente menos escolarizadas do que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, conseqüentemente, menor expectativa de vida.” (BRASIL, 2005)

Entre 1980 e 2000, no âmbito da saúde, a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos com menos de um ano passou de 21% para 40%, quase duplicando a discrepância. Da mesma forma, em 2000, a proporção de mortalidade das mulheres negras de 10 a 49 anos, por problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério, foi 2,9 vezes maior que a taxa identificada com relação às mulheres brancas (BRASIL, 2015).

Estudo sobre Indicadores de Desenvolvimento Humano, realizado pelo Professor Marcelo Paixão, do Instituto de Economia da UFRJ e da coordenação do Observatório Afro-Brasileiro, mostrou o alto grau de desigualdades entre negros e brancos no país. Por esse índice, que agrega as variáveis rendas per capita, longevidade e alfabetização, combinados com a taxa de escolaridade, o Brasil ficaria em 74º no ranking do PNUD e seria enquadrado como um país de índice médio de desenvolvimento humano. No entanto, se aplicássemos o índice apenas à população branca brasileira, o país ocuparia a 49ª posição. Se considerada apenas a população afrodescendente, a posição brasileira cairia para 108ª posição. (BRASIL, 2005).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população negra encontra-se abaixo do que a população branca em todos os estados brasileiros. Esses dados indicam que as desigualdades raciais permeiam todos os estados do Brasil, independente do seu nível de desenvolvimento. (BRASIL, 2005)

Acerca da discussão sobre construção da representação social das mulheres negras no Brasil pode-se concluir que as consequências do racismo, sexismo e outras subordinações sofridas pelas mulheres se estendem até o setor da saúde. As imagens estereotipadas das mulheres negras como mulheres fortes, resistentes à dor ainda permanecem intensas nos serviços. Este imaginário, um dos legados da escravidão, justifica, em grande medida, a analgesia, aumentando o sofrimento do corpo feminino negro. Neste sentido, o direito à saúde tende a estar prejudicado. (ASSIS, 2010).

Sobre os aspectos relacionados ao estereótipo do imaginário social sobre o corpo da mulher negra e a analgesia, Brasil, (2004) na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher declara que:

Quanto à discriminação na assistência durante a gravidez e parto, pesquisa realizada pela Fiocruz/Pref. Rio de Janeiro, divulgada na Folha de São Paulo em 26 de maio de 2002, demonstra que 5,1% de mulheres brancas não receberam anestesia no parto normal, em relação a 11,1% de negras; 82% de mulheres brancas não foram informadas sobre a importância do pré-natal, em comparação a 76,6% de negras. Quanto aos sinais de parto, 73,1% das brancas foram informadas em relação a 62,5% das negras; no que se refere ao aleitamento, 77,7% das brancas foram orientadas, enquanto apenas 62,5% das negras tiveram orientação; puderam ter acompanhantes 46,2% das brancas e 27,0% das negras. (BRASIL, 2004)

No campo da ética profissional, a luta contra o racismo, é uma exigência ética e política para a atuação profissional, pois se trata de uma luta em defesa da igualdade e, portanto, uma luta que contribui para o desenvolvimento particular de determinadas orientações de valores que são indispensáveis para o enfrentamento da desigualdade. (BRITES, 2011)

Para a ciência, as pessoas descendem de uma única raça: a Raça Humana. Todavia, é importante destacar a importância dos movimentos sociais negro no processo de ressignificação do termo raça como uma categoria fundamental para análise das relações e desigualdades étnico-raciais. (CFESS, 2016)

Já quanto à etnia, alguns pesquisadores passaram a se referirem a povos como os judeus, índios, negros, entre outros grupos. Mas para Cashmore (2000), não há relação entre os dois conceitos de raça e etnia, embora reconheça que, na atualidade, haja, muitas vezes, uma superposição dos dois.

Dessa forma, em uma raça, sendo ela branca, negra ou amarela, pode haver várias etnias em sua composição, ou seja, “uma etnia é um conjunto de indivíduos que, histórica ou mitologicamente, têm um ancestral comum; têm uma língua em comum, uma mesma religião ou cosmovisão; uma mesma cultura e moram geograficamente num mesmo território”. (CFESS, 2016)

Nessa perspectiva, utilizamos a expressão “relações étnico-raciais”, quando nos referimos a relações sociais baseadas na condição de raça ou etnia, assimilando, desta forma, ambas as categorias.

É necessário que dados relacionados a cor ou raça/etnia sejam coletados, pois são uma categoria de análise das relações étnico-raciais no país e são utilizados como informação essencial para geração de políticas públicas para equidade, planejamento de ações e pesquisas e produção de Censos brasileiros que possam avaliar a qualidade de vida de determinada população. (CFESS, 2016)

O quesito “cor” também é indispensável no processo de garantia de direitos e para identificar quais patologias são mais acometidas por determinado grupo. (CFESS, 2016)

Athias (2018) afirma que “o quesito de cor ou raça é baseado na autodeclaração, sendo esse um preceito de direitos humanos, e o mesmo complementa que “a identificação é da pessoa, é ela que sabe como se entende, porque é uma interação social, uma percepção de si mesma e do outro.”

O sistema de classificação adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é dividido em cinco categorias, consolidadas em uma longa tradição de pesquisas domiciliares, mas não deixa de ser passível de críticas. Sendo assim, toda classificação é uma simplificação da realidade. Muitas vezes o objetivo de classificar, para “atender” os objetivos estatais de proteger minorias, mostrar desigualdades e balizar políticas, pode não coincidir com o objetivo de identificar, ou seja, mostrar como as pessoas se enxergam em sua diversidade. (IBGE, 2018)

Sobre isso, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, com vistas à promoção da equidade, (BRASIL, 2017) resolve:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

A realização de melhores pesquisas nacionais sobre a saúde das mulheres negras é necessária para que seja possível proporcionar, nos ambientes de saúde, um lugar de escuta, acolhimento e percepção verdadeiramente integral de todas as mulheres.

Sobre as abordagens a essa temática, Martins (2013) destaca que: “entrar em contato com a literatura que contempla questões envoltas à mulher afrodescendente é um grande desafio, pela escassez de produções existentes e pela complexidade que a referida temática exige.”

É importante fazer essa observação inicial para explicar o entendimento de que para se pensar qualquer aspecto pertencente às mulheres negras, não é possível isolar nenhum dos fatores que o compõe (MIRANDA, 2015)

## 1.2 OBJETO DE ESTUDO

A assistência de enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal

## 1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

As questões norteadoras levantadas foram:

- ✓ Como se dá a assistência de Enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal, a partir de uma revisão de literatura?
- ✓ Esta assistência de Enfermagem, percebida a partir da revisão de literatura, está em consonância com as ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde?

## 1.4 OBJETIVOS

- ✓ Identificar, a partir da revisão de literatura, a assistência de enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal
- ✓ Analisar se esta assistência está em consonância com as ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde

## 1.5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Segundo o Ministério da Saúde, a grande maioria das mulheres negras situa-se abaixo da linha de pobreza e o analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por isso, o acesso à saúde de boa qualidade se torna restrito, tendo maior risco de contrair doenças e morrer do que as mulheres brancas. (BRASIL, 2004)

Por essas razões, as mulheres negras possuem dificuldade em alcançar a assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, durante o parto ou no puerpério. (BRASIL, 2004)

Embora as desigualdades sociais que permeiam a vida das mulheres negras estejam expostas no contexto social e na comunidade científica, ao buscar produções, enquanto

artigos científicos completos indexados nas bases de dados online, em periódicos nacionais, em setembro de 2020, sobre a questão racial atrelada ao ciclo gravídico-puerperal, identificou-se 8 estudos, notando-se que a quantidade de materiais disponíveis não condizem com a demanda necessária de discussões acerca da temática.

Dessa forma, sabendo as peculiaridades vivenciadas pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e as possíveis dificuldades sofridas pelas questões raciais enquanto mulher negra, que culminam sendo prejudiciais a qualidade de vida e a saúde, torna-se fundamental aprofundar os estudos sobre como o período gravídico-puerperal ocorre para essa população, buscando identificar as possibilidades e limites das práticas assistenciais que vem sendo aplicadas.

## 1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo possui o propósito de elucidar sobre as peculiaridades presentes na vida das mulheres negras; agregando conhecimento e importância em relação a essas questões no momento à assistência dessas mulheres no período gravídico-puerperal e abordar alguns conceitos biunívocos a temática, como gênero, questão racial e representação social.

O estudo também intenciona abordar sobre a necessidade de os profissionais de saúde atentarem-se sobre o preenchimento da questão da pertença racial nos formulários das instituições, uma vez que ele é algo básico para gerar dados de qualidade para o desenvolvimento de pesquisas.

Este trabalho busca contribuir com a apresentação de autores que sustentem o tema, almejando demonstrar a importância desse assunto na academia científica, intencionando identificar ações assistenciais que devem ser trabalhadas em melhorias para que essas mulheres desfrutem do direito sobre o exercício pleno de sua saúde.



## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### 2.1 Políticas Públicas direcionadas à Saúde da Mulher

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (BRASIL, 2004)

Encontram-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. (COELHO, 2003).

O Ministério da Saúde elaborou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que provocou uma ruptura de conceitos com relação os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, e as mudanças no novo programa incluíam:

Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90. Estudos elaborados para avaliar a implementação da política de saúde da mulher demonstram algumas dificuldades para efetividade da implantação, sendo elas dificuldades políticas, técnicas e administrativas. Como uma estratégia para aos problemas apresentados, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que versa sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção básica, define o processo de regionalização do

serviço, elaborar mecanismos para uma melhor gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios. (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS determina as ações básicas mínimas que devem ser realizadas nos municípios, sendo elas, o pré-natal e puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero. Ele também prevê junção de sistemas funcionais e resolutivos de assistência, utilizando como estratégia a organização dos territórios estaduais. (COELHO, 2003).

As mulheres são a maior parte da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas também acompanhando membros da família, e outras pessoas da comunidade. (BRASIL, 2004)

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. (BRASIL, 2004)

A situação de discriminação sofrida pelas mulheres ocorre por consequência dos papéis de gênero impostos pela sociedade. Segundo a Organização Pan Americana da Saúde:

O gênero se refere às características socialmente construídas de mulheres e homens - como normas, papéis e relações existentes entre eles. As expectativas de gênero variam de uma cultura para outra e podem mudar ao longo do tempo. Renda, escolaridade, idade, etnia, orientação sexual e local de residência são determinantes importantes para a saúde. Quando eles se cruzam com a desigualdade de gênero, podem agravar a experiência da discriminação, dos riscos à saúde e da falta de acesso aos recursos necessários para alcançar a saúde. (OPAS, 2015)

As diferenças entre homens e mulheres socialmente não consistem em si um problema, porém muitas vezes limitam as oportunidades ou recursos necessários para resultados positivos para saúde. Quando os indivíduos não correspondem às normas e papéis

estabelecidos, se tornam alvos de ações discriminatórias e exclusão social. Essas restrições ocorrem sobre os recursos necessários para atingir a saúde ideal, incluindo: econômicos, sociais, políticos, informação e educação, falta de tempo para o acesso aos serviços de saúde, e de caráter interno como autoconfiança. (OPAS, 2015)

Sabendo que a organização social das relações de gênero resulta em padrões diferentes de sofrimento, adoecimento e morte, se torna fundamental a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que busquem promover a igualdade e os direitos de cidadania da mulher, resultando em melhores condições de vida. (BRASIL, 2004)

Em 2015, entrou em vigor o projeto para a ação sobre gênero, equidade e direitos humanos 2014-2019 da OMS que propõe a integração da equidade, gênero, direitos humanos e determinantes sociais no trabalho. Esse roteiro propõe que os distintos programas da Organização abordem as questões de gênero e melhorem a igualdade de direitos. (OPAS, 2015)

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial de 2002, demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas. (BRASIL, 2004)

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher ainda identificava a necessidade de articulação com outras áreas e a elaboração de novas ações que englobam a atenção às mulheres rurais, negras, indígenas, presidiárias, com deficiência, e lésbicas e somar nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (BRASIL, 2004)

Sobre atenção à Saúde de mulheres em suas especificidades, sendo uma delas, a população de mulheres negras, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher expõe que:

A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres

brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. (BRASIL, 2004)

## **2.2 Questões Raciais direcionadas à mulher no Brasil**

Conforme apresentação do Ministério da Saúde, 67% do público atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte da população negra. Porém, no Brasil a proporção de pessoas que tiveram consulta com um médico nos últimos 12 meses é menor entre pretas e pardas: 69,5% e 67,8%, respectivamente, sendo que a média nacional é 71,2%. Quanto à realização do pré-natal: 71% de mulheres pretas e pardas relataram realizar ao menos seis consultas de pré-natal, já na população branca a taxa é de 85,8%. (SES, 2018)

Levando em conta as questões sociais envolvidas e o restrito acesso à saúde da população negra, o Ministério da Saúde, instituiu em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), através da Portaria nº 992, com o intuito de minimizar os impactos do racismo na assistência à saúde desses pacientes. Essa política é baseada nos princípios de dignidade humana e cidadania, enfatiza o repúdio ao racismo, em busca da promoção da igualdade. A diretriz também reafirma a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a igualdade da atenção à saúde, que são princípios do SUS. (SES, 2018)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. (BRASIL, 2013)

A história do Brasil construída sobre as bases da desigualdade reservou para a população negra as condições de vida mais precárias por possuírem as classes sociais mais pobres. Embora a escravidão tenha sido abolida para os povos africanos e seus descendentes, esse período deixa seqüelas até os dias atuais, sendo elas um racismo silencioso e não declarado. (BRASIL 2013)

A persistência do racismo é visível ao longo dos anos ao notar a estimativa de vida da população negra, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de

doenças crônicas e infecciosas. Além disso, devido à baixa renda familiar, a população negra em sua maioria está sujeita aos ambientes onde mais ocorre a violência urbana. (BRASIL, 2013)

Um dos fatores responsáveis pela desigualdade do exercício de uma saúde plena pela população negra é o racismo institucional que está presente no funcionamento das instituições e organizações, o qual se caracteriza como práticas que limitam o acesso de determinado grupo racial ou étnica aos serviços de saúde, gerando desigualdade na distribuição de benefícios a saúde dos mesmos. O racismo institucional é perpetuado devido a falta de implementação das políticas públicas existentes assim como produção de novas diretrizes relacionadas a importância do conhecimento sobre este descompasso na assistência. (BRASIL, 2017)

Os movimentos sociais da população negra seguem denunciando a indignidade em que estão inseridos, que impossibilitam uma vida de qualidade. A discussão e problematização dessa realidade são traduzidas em reivindicações de políticas públicas que reduzem a desigualdade social e racial, e ampliem a equidade em todas as esferas sociais, bem como nos serviços públicos. (BRASIL, 2013)

Em 1986, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, estabelecendo a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. O movimento Social Negro participou ativamente na conferência junto de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas. (BRASIL, 2013)

Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembléia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988).

Ainda nesse período, o movimento de mulheres negras concedeu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, principalmente com relação à saúde sexual e reprodutiva. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras que culminam em limitações dos direitos desse segmento, gerando um duplo preconceito. Com relação ao

movimento de mulheres negras, “As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores” (BRASIL, 2013)

A dimensão político-programática de combate ao racismo institucional é caracterizada pela produção e disseminação de informações sobre as experiências diferentes e/ou desiguais em nascer, viver, adoecer e morrer; pela capacidade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das desigualdades no processo de ampliação das potencialidades individuais; pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade. (BRASIL, 2013)

O SUS encontra-se em busca de contínuas melhorias, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, está pactuado com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que afetam a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

A saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde. É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria das pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil. (WERNECK, 2016)

Observar a saúde das mulheres negras a partir do recorte étnico-racial permite entender como o racismo se torna um determinante social uma vez que, a forma como as relações raciais estão no Brasil tornam a população negra mais vulnerável, interferindo o processo de saúde-doença. (BATISTA, WERNECK, LOPES 2012)

Para Ayres et al. (2003), “vulnerabilidade diz respeito aos condicionantes estruturais que indicam “susceptibilidade” de determinadas populações para alguma questão.” Essa

explicação diferencia-se das definições dos condicionantes individuais, objetivando compreender os processos que influenciam nas condições de saúde de uma população. O modelo de vulnerabilidade proposto está dividido de três maneiras: o individual; o social; e o programático.

A vulnerabilidade individual tem relação com o grau e qualidade da informação que o indivíduo tem acesso e a elaboração em sua vida prática. A vulnerabilidade social se refere a soma de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações. A vulnerabilidade programática equivale aos programas e políticas pensadas e executadas pelo poder público e outras instituições como resposta a determinadas problemáticas. (BATISTA, WERNECK, LOPES 2012)

### **2.3 Assistência à Saúde da Mulher Negra no Ciclo gravídico-puerperal**

A gravidez e o parto são eventos únicos na vida das mulheres e de seus parceiros, sendo um momento que envolve suas famílias e a comunidade. Além das mudanças fisiológicas, ocorrem mudanças socioeconômicas, psicológicas e na dinâmica familiar. (BRASIL, 2001)

Segundo o Brasil (2001), um de seus compromissos fundamentais é “assistir às mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade”, e os profissionais da saúde são, coadjuvantes desta experiência, desempenhando importantes funções neste processo, por isso é fundamental prestar uma assistência de qualidade, bem articulada, de forma humanizada, de maneira a promover a saúde da mulher e do recém nascido na sua integralidade minimizando os riscos e, principalmente atendendo as necessidades presentes no ciclo gravídico e puerperal.

Para assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal parto e nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, lançou em março de 2011 a Rede Cegonha instituída pela Portaria nº 1.459, sendo uma estratégia que objetiva melhorias no acesso e na qualidade da assistência ao pré natal, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento,

incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. (OLIVEIRA,CELESTO, 2016)

Para a realização de boas práticas, é necessário que haja o acolhimento na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a mulher, em atitudes como: os profissionais se apresentando, escuta ativa, proporcionar autonomia a mulher, garantir a privacidade e a confidencialidade, informar sobre condutas e procedimentos a serem adotados. Uma atitude positiva para a prática é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa. Desse modo, o acolhimento não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. (BRASIL, 2006)

Outro fator importante para o cuidado integral, é a necessidade de considerar os fatores socioeconômicos sobre o estado de saúde das mulheres e a influência dos mesmos ao acesso a serviços de saúde. Reconhecer a individualidade e as especificidades de cada mulher é humanizar o atendimento, por isso a atenção ao pré-natal, parto e nascimento devem estar sempre relacionadas às desigualdades socioeconômicas e raciais. (BERQUÓ, LAGO, 2016)

Sobre isto, em Brasil (2007) no manual referente à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, menciona que no relatório Saúde Brasil, de 2005, traz um estudo sobre a situação da saúde com análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, com enfoque na assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer e realiza a análise dos dados relativos ao nascimento, incluindo morbimortalidade materno-infantil, em âmbito nacional e regional, e alguns dados coletados foram que:

Entre os nascidos vivos negros, a porcentagem de nascimentos provenientes de mães adolescentes de 15 a 19 anos foi de 29%, portanto 1,7 vez maior que a de nascidos vivos brancos. Verificou-se ainda que 62% das mães de nascidos brancos referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal. Para as mães de nascidos indígenas, o percentual foi de 27% e para as mães de nascidos pardos, 37%. (BRASIL, 2007)

A análise dos dados permitiu constatar que as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, como por exemplo, a hipertensão própria da gravidez, que as brancas; e as crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição; e, nas faixas etárias mais jovens, os negros morrem mais que os brancos. (BRASIL, 2005).



No Brasil, as síndromes causadas pela hipertensão são a principal causa de morte materna, sendo responsável por um terço dos óbitos. A hipertensão arterial consiste em uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, por apresentar alto risco de morbidade e mortalidade para o binômio mãe-filho. Ela é a mais freqüente na população negra, começando mais cedo do que nos indivíduos brancos, além de apresentar uma fisiopatologia mais grave. (BATISTA, WERNECK, LOPES 2012)

Outro desafio a ser analisado é a sensibilização dos profissionais a respeito das patologias que costumam ser desenvolvidas pelas gestantes, em especial as negras, pois a maioria dessas mulheres desenvolve um trabalho árduo, que demanda força e disponibilidade diurna, dificultando o acesso aos serviços de saúde. Outra doença com alta prevalência na gestação, e que acomete as mulheres negras é a anemia falciforme. Os aspectos citados anteriormente indicam ser necessário um planejamento de ações de saúde da mulher que além do enfoque de gênero, integre também as questões relativas à raça/etnia e seguimento do recém-nascido. (BATISTA, WERNECK, LOPES 2012)

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura, que é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática clínica (SOUZA et al., 2010)

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (WHITTEMORE, KNAFL, 2005)

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular. Esse método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando compreensão mais completa do tema de interesse. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem. (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008)

Para a elaboração da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, a saber: Etapa 1: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Etapa 2: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; Etapa 3: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; Etapa 4: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Etapa 5: interpretação dos resultados; Etapa 6:

apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na primeira etapa, o tema identificado foi: a assistência de Enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal, e a hipótese de pesquisa: a assistência de Enfermagem às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal é retratada na literatura científica brasileira.

Na segunda etapa, foram delimitados os critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos selecionados devem incluir os descritores no título ou resumo, onde os sujeitos da investigação fossem mulheres negras vivenciando o ciclo gravídico-puerperal, disponíveis integralmente, em português, sendo o recorte temporal de artigos publicados entre 2010 e 2020. Como critérios de exclusão: Artigos de revisão de literatura, teses, dissertações, trabalhos publicados em anais de eventos, editoriais, duplicatas, artigos que abordam a respeito da percepção das mulheres sobre a assistência de enfermagem no ciclo gravídico puerperal que não consideram o aspecto raça/cor, artigos que abordam a questão racial no serviço de saúde sem ser no ciclo gravídico-puerperal.

Para a realização da busca na literatura foi composta a estratégia de rastreamento dos seguintes termos, elencados a partir do vocabulário controlado, Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): “Parto”, “raça/cor”, “Gravidez”, “Saúde da Mulher”, “Racismo” e “Pré-Natal”. A busca se deu a partir de duplas de descritores, sendo necessário somente utilizar o operador booleanos AND. Os descritores selecionados foram combinados nas seguintes formas: “parto AND raça/cor”; “gravidez AND raça/cor”; “saúde da mulher AND racismo”; “pré-natal AND racismo”; “pré-natal AND raça/cor” As fontes de informação selecionadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature and Retrieval System Online (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os dados foram coletados no mês de Outubro de 2020. O recorte temporal foi a partir do ano de 2010. A amostra inicial constitui-se de: 125 artigos (LILACS); 12 (MEDLINES); 29 (BDENF) totalizando 166 artigos. As bases de dados, estratégias de busca correspondentes e o número de artigos encontrados e suas respectivas fontes de informação são registradas no Quadro I.

**Quadro I - Fontes de informação, estratégias de busca e resultados. Niterói/RJ. 2020**

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	RESULTADOS
---------------	---------------------	------------

LILACS	<p>“parto AND raça/cor”;</p> <p>“gravidez AND raça/cor”;</p> <p>“saúde da mulher AND racismo”;</p> <p>“pré natal AND racismo”</p> <p>;“pré natal AND raça/cor”</p>	125
MEDLINE	<p>“parto AND raça/cor”;</p> <p>“gravidez AND raça/cor”;</p> <p>“saúde da mulher AND racismo”;</p> <p>“pré natal AND racismo”</p> <p>;“pré natal AND raça/cor”</p>	12
BDENF	<p>“parto AND raça/cor”;</p> <p>“gravidez AND raça/cor”;</p> <p>“saúde da mulher AND racismo”;</p> <p>“pré natal AND racismo”</p> <p>;“pré natal AND raça/cor”</p>	29

Posteriormente à coleta de dados, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos. Foi selecionado um total de 166 artigos, e depois de realizada leitura e análise por título e resumo, que resultou na exclusão de 157 artigos, onde 4 eram duplicados, obtendo-se a amostra final, constituída por 8 artigos. O quantitativo dos artigos é apresentado no Quadro II.

**Quadro II – Quantitativo dos artigos encontrados e selecionados. Niterói/RJ. 2020**

<b>Bases de Dados</b>	<b>Artigos Encontrados</b>	<b>Artigos Selecionados</b>
<b>LILACS</b>	<b>125</b>	<b>8</b>
<b>MEDLINE</b>	<b>12</b>	<b>0</b>
<b>BDENF</b>	<b>29</b>	<b>0</b>

Na terceira etapa, foi realizada a análise das informações a serem extraídas dos artigos selecionados. Para correta extração das informações foi desenvolvido um instrumento de coleta (APÊNDICE B). A análise e interpretação dos dados foram realizadas através das informações contidas nos estudos incluídos no presente trabalho e posteriormente organizados. O Quadro III elaborado contempla os seguintes itens: título do trabalho, periódico em que foi publicado, ano de publicação, abrangência territorial, nível de evidência, categoria profissional dos autores, objetivo do estudo, método do estudo, resultados e recomendações.

**Quadro III – Artigos sobre Assistência de enfermagem à mulher negra no ciclo gravídico-puerperal, publicados de 2010 a 2020. Niterói/RJ. 2020**

<b>1. Título:</b> Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa		
<b>Periódico:</b> Ciência & Saúde Coletiva,		
<b>Ano:</b> 2018	<b>Abrangência:</b> Nacional	<b>Nível de Evidência:</b> IV
<b>Categoria dos autores:</b> Turismólogo, Médico, Sociólogo		
<b>Objetivo:</b> analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (POARC), realizada pela Ouvidoria do SUS com mulheres puérperas atendidas no SUS de março a dezembro de 2012, sob a ótica dos princípios do SUS e da Rede Cegonha através do inquérito telefônico.		
<b>Método do estudo:</b> Qualitativo		
<b>Resultados:</b> Na assistência ao pré-natal, as mulheres de raça/cor preta/parda tiveram maiores proporções de gravidez não planejada e de utilização da rede pública, e menores proporções no número de consultas preconizado pela Rede Cegonha, de internações por complicações na gravidez no SUS; proporção menor recebeu		

informações sobre o parto normal e informações sobre o local do parto. Na assistência ao parto, houve mais dificuldades quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde, esperaram mais tempo para serem atendidas, foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto e tiveram mais partos normais. Embora nem todos esses dados indicam piores condições (por exemplo, serem usuárias do SUS, ou proporção maior de partos normais), é importante a constatação de que há diferenciais por raça/cor na assistência. A proporção menor com o número de consultas preconizado pode ser reflexo da desigualdade sócio-econômica; assim como menos informações sobre parto normal e local de parto pode refletir rotinas dos serviços e não sinais de discriminação, assim como a peregrinação e maior tempo de espera. Todavia, a maior dissonância dos dados com as diretrizes encontra-se na assistência ao parto. O estudo destaca ainda que não está sendo garantido um direito estabelecido pela lei como o direito a acompanhante de livre escolha para a maioria das mulheres de todas as raças/etnias; o percentual mais elevado para as mulheres pretas/pardas foi constatado também no estudo Nascido no Brasil que propôs a implementação destes protocolos e treinamento dos profissionais de forma a que esta seja uma política de saúde universal e equitativa.

**Recomendações:** Os resultados apontam para a necessidade de busca de equidade na atenção, possivelmente oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, com acompanhamento mais frequente e detalhado por parte dos serviços de atenção pré-natal, possivelmente com consultas médicas ou de enfermagem, e visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde mais frequentes, e com capacitação da equipe para identificação precoce das vulnerabilidades, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde, ou seja, reduzindo a vulnerabilidade programática.

2. **Título:** As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis

**Periódico:** SAÚDE DEBATE

**Ano:** 2018

**Abrangência:** região Sul do Brasil

**Nível de Evidência:** IV

**Categoria dos autores:** Enfermeira e Médicos

**Objetivo:** Avaliar a associação da raça/cor com os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, em uma maternidade pública de referência na região Sul do Brasil.

**Método do estudo:** Quantitativo

**Resultados:** A comparação das influências da raça/cor entre gestantes brancas e negras proposta neste estudo, identificou diferenças significativas das gestantes negras quanto à hipertensão crônica, à baixa escolaridade, à multiparidade e à ocupação. Evidenciou-se também a relação da raça/cor com as variáveis socioeconômicas,

<p>demográficas e de saúde. Já na análise da razão de chance dos desfechos desfavoráveis, não foram evidenciadas diferenças significativas segundo a raça/cor. Muitas vezes, as disparidades raciais podem ser corrigidas pelo acesso adequado ao serviço de saúde. Assim, esta variável pode ter sido influenciada pelo número adequado de consultas pré-natais. O reconhecimento das suscetibilidades raciais pode ajudar a orientar a assistência e direcionar intervenções para diminuir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, durante e após a gravidez.</p>		
<p><b>Recomendações:</b> O estudo enfatiza a importância de que os estudos na área da saúde avaliem a raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade da população negra na análise da variável enquanto risco para desfechos, uma vez que a discriminação racial nem sempre se faz presente de forma explícita e mensurável nas relações sociais.</p>		
<p>3. <b>Título:</b> Mortalidade materna segundo raça / cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015</p>		
<p><b>Periódico:</b> Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</p>		
<p><b>Ano:</b> 2017</p>	<p><b>Abrangência:</b> região Centro-Oeste do Brasil</p>	<p><b>Nível de Evidência:</b> III</p>
<p><b>Categoria dos autores:</b> Enfermeira e Médicos</p>		
<p><b>Objetivo:</b> Analisar o perfil epidemiológico dos óbitos maternos segundo raça/cor em Mato Grosso do Sul.</p>		
<p><b>Método do estudo:</b> Quantitativo</p>		
<p><b>Resultados:</b> As raças/cor indígena e preta foram as que apresentaram maiores disparidades, com risco de óbito materno quatro vezes maiores que as brancas. Nesse estudo predominaram os óbitos maternos ocorridos no momento puerperal, o que merece destaque, visto que, a melhoria do acesso à rede de atenção, qualificação profissional e medidas de intervenção adequadas podem contribuir para a diminuição dos óbitos. Para o Estado de Mato Grosso, as causas diretas classificadas como edema, proteinúria e transtorno hipertensivo gravídico parto e puerpério foram as de maiores percentuais para as raças/cor preta (45,4%) e parda (29,9%), o mesmo evidenciado neste estudo. Embora seja evidenciado que a categoria raça é um construto social, que reúne inúmeros aspectos da história da pessoa e de suas gerações, estudos de recorte étnico-racial refletem as desigualdades abrangentes da sociedade, como posição socioeconômica e iniquidade no acesso aos serviços de saúde e reduzida qualidade de assistência prestada.</p>		
<p><b>Recomendações:</b> Ainda que a razão de mortalidade materna segundo raça/cor tenha evidenciado o risco de morte para determinados grupos étnico-raciais, há aspectos</p>		

complexos também relacionados à posição socioeconômica e à iniquidade racial em saúde, que devem ser objeto de investigação de novas pesquisas.		
4. <b>Título:</b> A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil		
<b>Periódico:</b> Cad. Saúde Pública		
<b>Ano:</b> 2017	<b>Abrangência:</b> Nacional	<b>Nível de Evidência:</b> I
<b>Categoria dos autores:</b> Enfermeira, Médico, Nutricionista, Estatísticos e Biólogo		
<b>Objetivo:</b> avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor utilizando o método de pareamento baseado nos escores de propensão.		
<b>Método do estudo:</b> Quantitativo		
<p><b>Resultados:</b> Mulheres pardas e pretas sofreram menos intervenções obstétricas no parto que as brancas; no entanto as pretas recebem menos anestesia local quando submetidas à episiotomia. Apesar de pardas e pretas possuírem similaridades, a adequação do pré-natal e vinculação à maternidade para as mulheres pretas se mostrou pior. Foi identificado um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, evidenciando aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura. Os achados deste estudo indicam que, além dos eventos no entorno mais imediato do parto, as desigualdades segundo raça/cor se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, mantido o gradiente de cor.</p>		
<p><b>Recomendações:</b> Reconhece-se que os determinantes maiores dessas iniquidades estão na sociedade e não podem ser corrigidos por um esforço isolado do setor saúde, mas se sugere que o atual quadro seja modificado, utilizando-se como uma das ferramentas a inclusão do item equidade racial na atenção à saúde como indicador de qualidade dos serviços para acreditação hospitalar. é fundamental ampliar o debate e a conscientização com propósito de identificação e enfrentamento das práticas que potencialmente resultam nas iniquidades verificadas, o que necessariamente passará por medidas educativas voltadas aos profissionais dos serviços de saúde.</p>		
5. <b>Título:</b> Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)		



<b>Periódico:</b> Saúde Soc. São Paulo		
<b>Ano:</b> 2016	<b>Abrangência:</b> região Sudeste do Brasil	<b>Nível de Evidência:</b> I
<b>Categoria dos autores:</b> Médicos, Sociólogo, Biocientista e Biomédico		
<b>Objetivo:</b> Analisar as desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade no Sudeste do Brasil, segundo cor da pele, ao final da chamada “década inclusiva”.		
<b>Método do estudo:</b> Quantitativo		
<p><b>Resultados:</b> O estudo demonstrou pior acesso das mulheres pretas e pardas aos serviços de saúde para o pré natal, menor número de consultas com relação às mulheres brancas. Constatou-se que não há diferenças na assistência à gestação, mas evidenciou-se o desfavorecimento das mulheres negras na consulta de puerpério e na indesejabilidade do último filho. Com relação à assistência ao parto, vemos que mais mulheres pretas ou pardas tiveram mais partos vaginais, o que pode ser interpretado como vantagem ou desvantagem, como vantagem pois o tp espontâneo tem menos complicações que o induzido porém em contrapartida entrar em tp no Brasil é associado a enfrentar mais violência obstétrica e também a ficar sem acompanhante. Nesta pesquisa, que as chances de ter um bebê de termo pleno são maiores entre as mulheres pretas e pardas, o que se configura como paradoxo perinatal. Ainda que importantes disparidades persistem, na última década houve alguma redução das diferenças sociodemográficas, com diminuição das disparidades raciais. Houve também uma redução relevante quanto às diferenças de acesso, com um aumento do número de consultas e do acesso aos exames; porém, as mulheres negras ainda têm menos consultas de pré-natal consideradas adequadas. Persistem diferenças importantes de acesso e da qualidade da assistência oferecida às mulheres negras, apontando a necessidade de que gestores e profissionais de saúde desenvolvam estratégias que garantam a equidade do cuidado.</p>		
<p><b>Recomendações:</b> Persistem diferenças importantes de acesso e da qualidade da assistência oferecida às mulheres negras, apontando a necessidade de que gestores e profissionais de saúde desenvolvam estratégias que garantam a equidade do cuidado.</p>		
6. <b>Título:</b> Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão		
<b>Periódico:</b> Saúde Soc. São Paulo		
<b>Ano:</b> 2016	<b>Abrangência:</b> região Nordeste do Brasil	<b>Nível de Evidência:</b> IV
<b>Categoria dos autores:</b> Enfermeiras		

<b>Objetivo:</b> Descrever como ocorre a assistência ao ciclo gravídico puerperal de mulheres negras residentes no município de Icatu, no Maranhão.		
<b>Método do estudo:</b> Quantitativa		
<b>Resultados:</b> Todas as entrevistadas tiveram a primeira gestação antes dos 20 anos, 27% delas antes dos 15 anos. Estudos também têm sugerido que a gravidez na adolescência interfere no desenvolvimento psíquico, social e econômico das jovens. 96,2% tinham renda per capita menor que um salário mínimo, as entrevistadas, 61,5% começaram o pré-natal no primeiro trimestre e 69,2% tiveram 6 ou mais consultas durante o pré-natal. Quanto às orientações recebidas no pré-natal, 46,2% das entrevistadas alegaram alimentação saudável; 23,1%, necessidade de atividade física, e 23,1%, medicações. Elas não lembram ou não receberam orientações sobre anemia ferropriva, tampouco sobre anemia falciforme, que exigem cuidados especiais para manutenção da saúde. Das entrevistadas, somente uma puérpera citou a dieta hipossódica, elemento necessário para o não desenvolvimento de hipertensão arterial. Quando indagadas sobre o que seria uma alimentação saudável, elas não souberam responder, o que demonstra que a comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias não é eficaz. Sendo assim, precisamos adequar a forma de abordagem para um melhor entendimento e fixação das prioridades para gestantes no pré-natal, de acordo com a realidade do município.		
<b>Recomendações:</b> Estudos que elucidem as causas de disparidade racial relativas à mortalidade materna são essenciais para que sejam elaboradas estratégias de redução para o grupo mais suscetível, bem como melhorar a assistência às afrodescendentes, consideradas as vulnerabilidades sociais a que estão expostas estas mulheres.		
<b>7. Título:</b> Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?		
<b>Periódico:</b> Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.		
<b>Ano:</b> 2015	<b>Abrangência:</b> região Sudeste do Brasil	<b>Nível de Evidência:</b> III
<b>Categoria dos autores:</b> Médicas		
<b>Objetivo:</b> Investigar características marcadoras de desigualdades sociais, com ênfase na cor da pele, quanto à adequação do pré-natal em uma população de usuárias dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.		
<b>Método do estudo:</b> Quantitativo		
<b>Resultados:</b> As mulheres de cor da pele preta apresentaram 37% mais chance de receber atenção inadequada no pré-natal. Outras variáveis sociodemográficas, como idade materna e ausência de companheiro, pode traduzir falta de apoio social e estresse emocional durante a gravidez, foi confirmada em nosso estudo como fator para		

<p>pré-natal inadequado. As mulheres de cor da pele preta apresentaram 37% mais chance de receber atenção inadequada no pré-natal. Outras variáveis sociodemográficas, como idade materna e ausência de companheiro, também foram associadas à inadequação. As mulheres de cor da pele preta apresentaram 37% mais chance de receber atenção inadequada no pré-natal. Outras variáveis sociodemográficas, como idade materna e ausência de companheiro, também foram associadas à inadequação. A idade da gestante menor ou igual a 19 anos foi um fator predisponente associado ao pré natal inadequado. Além das desigualdades socioeconômicas, que podem explicar em parte esta associação, questões específicas da gravidez na adolescência, como dificuldade em planejar o futuro, podem contribuir para uma menor adesão ao pré-natal. O atendimento pré-natal em serviço público mostrou efeito protetor, diminuindo em 33% a chance de pré-natal inadequado.</p>		
<p><b>Recomendações:</b> Futuras pesquisas podem aprofundar a relação da cor com outras medidas de adequação do pré-natal e ampliar a compreensão dos mecanismos de discriminação no ciclo gravídico-puerperal.</p>		
<p><b>8. Título:</b> Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso</p>		
<p><b>Periódico:</b> Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.</p>		
<p><b>Ano:</b> 2012</p>	<p><b>Abrangência:</b> região Centro-Oeste do Brasil</p>	<p><b>Nível de Evidência:</b> I</p>
<p><b>Categoria dos autores:</b> Enfermeiros</p>		
<p><b>Objetivo:</b> Analisar a relação entre os óbitos maternos e raça/cor no Estado de Mato Grosso entre os anos de 2000 e 2006.</p>		
<p><b>Método do estudo:</b> Quantitativo</p>		
<p><b>Resultados:</b> O estudo evidenciou associação significativa entre raça/cor e morte materna, ao nível de significância de 95%. A odds ratio apontou uma razão de chances dessas mortes 5,13 vezes maior para mulheres pretas e 5,71 para indígenas, comparadas às mulheres brancas. "Transtornos hipertensivos da gravidez, parto/puerpério" foram a principal causa de óbito materno para as afrodescendentes e pardas; respectivamente 45,4% e 29,93%. As indígenas morreram mais pelas "complicações do trabalho de parto/parto" com 27,2%. Das mulheres brancas, 30,7% morreram por "outras complicações obstétricas não classificadas em outras causas".</p>		
<p><b>Recomendações:</b> Estudos que elucidem as causas de disparidade racial relativas à mortalidade materna são essenciais para que sejam elaboradas estratégias de redução para o grupo mais suscetível, bem como melhorar a assistência às afrodescendentes, consideradas as vulnerabilidades sociais a que estão expostas estas mulheres.</p>		

Na quarta etapa, foi realizada uma análise crítica das pesquisas selecionadas para identificar as aproximações e divergências dos resultados encontrados.

Na quinta etapa foi realizada a interpretação e discussão dos resultados demonstrados pelos artigos estudados utilizando literatura nacional para embasamento; e na sexta e última etapa, foi realizada a conclusão da revisão integrativa.

Observa-se que esse estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética por se tratar de uma pesquisa de revisão de literatura integrativa, em que são utilizadas produções bibliográficas públicas, que ao serem reproduzidas no presente trabalho possuem sua autoria garantida e, portanto, não há informações que necessitem de sigilo.

## 4 RESULTADOS

De acordo com a amostra estudada, composta pela seleção de 8 artigos, quanto à base de dados 100% dos artigos foram encontrados na LILACS.

Quanto ao ano de publicação, 2 artigos foram publicados em 2018, 2 em 2017, 2 em 2016, tendo 25% das produções em cada um dos anos anteriormente citados e 12,5% nos anos citados a seguir 1 em 2015 e 1 em 2012.

Quanto a região do estudo, 2 artigos são de abrangência Nacional (25%), 2 artigos são da região Centro-Oeste (25%), 2 da região Sudeste (25%), 1 do Nordeste e 1 do Sul (12,5% cada).

Na perspectiva do nível de evidência, 3 artigos possuem nível de evidência I (37,5%), 2 nível de evidência III (25%) e 3 artigos possuem nível de evidência IV (37,5%).

Quanto à categoria profissional, 5 dos 8 artigos tinham na composição de autores profissionais de enfermagem (62,5%) enquanto 6 dos 8 artigos foram elaborados por médicos (75%). Alguns artigos também são compostos por turismólogos, biomédicos, sociólogos, nutricionistas, biólogos, estatísticos e biocientistas.

No que se refere aos objetivos dos estudos: de forma abrangente todos artigos abordam a assistência a algum momento do ciclo gravídico-puerperal levando em conta a raça/cor das gestantes. Porém, de forma específica, 5 artigos possuem o seu foco na assistência ao pré-natal (62,5%), 2 artigos analisam os óbitos maternos segundo raça/cor (25%) e 1 avalia a relação entre desfechos obstétricos desfavoráveis e a raça/cor (12,5%).

Em relação aos tipos de metodologia dos artigos, houve predomínio nos estudos de abordagem quantitativa, totalizando 7 dos 8 artigos selecionados (87,5%).

Após a organização objetivando atender a revisão/síntese dos conhecimentos contidos nos artigos selecionados, a partir dos Resultados e Recomendações, emergiram as categorias: Fatores socioeconômicos que interferem no acesso a assistência; Aspectos assistenciais relacionados ao pré-natal e Ações assistenciais referentes ao parto.

CATEGORIA 1: Fatores Socioeconômicos que Interferem no Acesso a Assistência

Quanto à faixa etária das gestantes, os estudos de Theophilo *et al* (2018), Leal *et al* (2017), Diniz *et al* (2016) e Fonseca, Kale, Silva (2015) demonstraram que as gestantes negras estavam em uma faixa etária menor que as gestantes brancas. O percentual de gestantes negras com idade inferior a 20 anos nos estudos de Theophilo *et al* (2018), Leal *et al* (2017), Diniz *et al* (2016) e Fonseca, Kale, Silva (2015) foi respectivamente de 18,3%, 19,8%, 18,4% e 26,6%. Fonseca, Kale, Silva (2015) mencionam que estudos realizados no Brasil demonstram que a idade da gestante menor ou igual a 19 anos foi um fator predisponente associado ao pré-natal inadequado. Além das desigualdades socioeconômicas, que podem explicar em parte esta associação, questões específicas da gravidez na adolescência, como dificuldade em planejar o futuro, podem contribuir para uma menor adesão ao pré-natal. No estudo de Belfort, Kalckmann, Batista (2018), todas as entrevistadas tiveram a primeira gestação antes dos 20 anos, 27% delas antes dos 15 anos, indicando uma alta porcentagem de gravidez na adolescência da população de jovens negras.

Outro fator sociodemográfico que impacta na saúde da população é a educação. A escolaridade é considerada fator determinante da saúde, segundo Teixeira *et al* (2012) por ser remetida compreensão sobre a à educação em saúde, tendo influência sobre a autonomia da mulher sobre seu plano de parto, pois por não compreender as opções não compreenderá o melhor para si.

Pacheco *et al* (2018) mencionam que

“a escolaridade materna pode ser classificada como um parâmetro obstétrico de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, pois influencia quando e como a gestante acessa ao serviço de saúde, e o quanto compreende as orientações de autocuidado e cuidado com o bebê ao longo das consultas de pré-natal.”

Dessa forma, quanto à escolaridade, foi evidenciado que quanto maior o nível de escolaridade mencionada, a porcentagem de mulheres negras que se enquadram diminui e que em todos os estudos as mulheres brancas entrevistadas apresentam mais anos de estudo do que as mulheres negras. Fato este que, segundo Theophilo *et al* (2018) se torna negativo para a saúde das mulheres negras, tendo em vista que a falta de instrução pode interferir no acesso aos serviços de saúde assim como na compreensão das informações recebidas. Picoli, Cazola, Lemos (2017) mencionam que uma pesquisa realizada nas capitais brasileiras demonstrou maior risco de morte para as mulheres com menos de quatro anos de estudos, concordando

com Theophilo *et al* (2018) sobre a baixa escolaridade dificultar o acesso à informação e aos serviços de saúde essenciais para uma gravidez saudável e o reconhecimento de direitos como cidadã. No estudo de Fonseca, Kale, Silva (2015), assim como no de Teixeira *et al* (2012) a baixa escolaridade foi associada a desfechos negativos em saúde. Os dados do estudo de Teixeira *et al* (2012) comprovam o menor nível de escolaridade das mulheres negras perante as mulheres brancas, indicando uma maior probabilidade de inconsistências qualidade da assistência obstétrica recebida, onde 36,4% das mulheres negras possuíam ensino fundamental, e a mesma porcentagem para ensino médio e apenas 9% possuíam nível superior. Já as mulheres brancas atingiram a porcentagem de 44,6%, 27,7%, 12,3% para o ensino fundamental, médio e superior respectivamente.

No estudo de Theophilo *et al* (2018), os dados extraídos na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 são apresentados e demonstram que mais de 10% das pessoas com maior idade afirmaram já sentirem discriminadas e tratadas de forma inferior as outras pessoas no serviço de saúde por profissionais de saúde. Dentre os fatores relacionados a discriminação, dois deles são pertinentes a serem mencionados neste estudo, sendo eles pessoas de cor preta (11,9%) e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).

## CATEGORIA 2: Aspectos Assistenciais Relacionados ao Pré-Natal

O tempo de espera para o atendimento foi abordado por Leal *et al* (2017) onde respectivamente foi demonstrado que 84% das gestantes brancas esperaram até 1 hora, enquanto 81,7% das gestantes negras esperaram até 1 hora. Theophilo *et al* (2018) também constataram diferenças no acesso aos serviços de saúde, de acordo com a raça/cor das gestantes, tendo a peregrinação como fator de estudo, onde para as mulheres pretas/pardas, o atendimento no primeiro serviço ocorreu em 61,2% dos casos e, para as brancas, em 68,2%. Já Diniz *et al* (2016) em seu estudo não constatou diferenças significativas quanto à peregrinação em busca de uma vaga para o parto.

Um fator citado por Theophilo *et al* (2018) é a falta de aderência de algumas mulheres negras no pré natal, é o medo de sofrerem preconceitos sociais que faz com que as mesmas não procurem os serviços de saúde. O estudo também demonstrou que mesmo quando

procuram assistência ao parto, as mulheres negras possuem maiores dificuldades de serem atendidas no primeiro serviço de saúde, esperaram mais tempo para serem atendidas, foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto e tiveram mais partos normais. Um primeiro problema para se avaliar diferenciais de atendimento em relação a raça/cor é a questão do preenchimento desse quesito no SIH que muitas vezes é negligenciado. Leal *et al* (2017) também cita a falta de vinculação à maternidade como um problema presente neste contexto.

Em um estudo realizado por Theophilo *et al* (2018) foi constatado que apenas 64,7% das mulheres pretas/pardas entrevistadas realizadas o número mínimo de 7 consultas como preconizado pela Rede cegonha, sendo 71,6% a realização de 7 consultas por mulheres brancas. Diniz *et al* (2016) utilizou o índice de Kotelchuck modificado para avaliar a adequação quantitativa do pré natal, este índice avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no início do pré-natal e na proporção de consultas realizadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento, quando aplicado o índice para pretas e pardas, a proporção de mulheres na categoria inadequado foi maior do que em relação às mulheres brancas. Sendo assim, seu estudo demonstrou estatísticas diferentes de acesso ao pré-natal para as mulheres segundo a cor declarada; onde as mulheres de cor preta demonstraram mais resultados negativos. A proporção de mulheres que tiveram seis ou mais consultas, como preconizado pelo Ministério da Saúde, foi maior para mulheres brancas, atingindo a porcentagem de 82,3%, enquanto foi de 77,3% e 73,2% para as de cor parda e preta, respectivamente.

Por outro lado, no estudo realizado por Belfort, Kalckmann e Batista (2016) a maioria das puérperas entrevistadas (69,2%) teve 6 ou mais consultas durante o pré-natal e 61,5% começaram o pré-natal no primeiro trimestre, sendo um resultado positivo pois quanto mais precoce for a captação das gestantes maior será o suporte oferecido, minimizando a mortalidade materna e neonatal, podendo assim a mulher ter acesso aos exames necessários, consultas de enfermagem, além de um maior período para o acolhimento, momentos oportunos para oferecer orientações adequadas, além de diminuir as dúvidas surgidas nesse período pelas mulheres. A pesquisa de Leal *et al* (2017) e Fonseca, Kale, Silva (2015) demonstraram resultados semelhantes aos demais autores citados quanto a maior risco das mulheres negras terem um pré- natal inadequado.



Quando indagadas sobre as orientações recebidas no pré-natal, 46,2% das mulheres entrevistadas na pesquisa de Belfort, Kalckmann e Batista (2016) alegaram serem instruídas sobre alimentação saudável; 23,1% foram orientadas a prática de exercícios físicos devido a sua importância, e 23,1% receberam orientações sobre medicamentos. Todas as mulheres da pesquisa relataram não lembrar sobre receber orientações sobre anemia e seus tipos, e embora tenham sido instruídas sobre a importância de uma alimentação saudável, apenas uma das puérperas citou o conhecimento sobre a dieta hipossódica para evitar o desenvolvimento da hipertensão arterial assim como nenhuma mulher soube explicar o que seria uma alimentação saudável, indicando falhas na transmissão de informações entre os profissionais da saúde e as gestantes, demonstrando falta de eficácia na educação em saúde.

No estudo realizado por Theophilo *et al* (2018) foi constatado uma pequena diferença em termos de participação nas atividades educativas nos serviços de saúde, entre as mulheres pretas/pardas (28,2%) e brancas (27,2%). O artigo realizado por Leal *et al* (2017) também demonstrou que uma proporção menor de mulheres negras receberam informação sobre o parto normal e o início do trabalho de parto. Tanto no estudo de Theophilo *et al* (2018) e no de Leal *et al* (2017) foi evidenciado falhas na comunicação sobre o local do trabalho e parto e também sobre as possíveis complicações na gravidez, respectivamente.

### CATEGORIA 3: Ações Assistenciais Referentes ao Parto

Quanto à presença de acompanhante no parto, 35,5% das gestantes brancas entrevistadas na pesquisa de Theophilo *et al* (2018) relataram ter a presença do acompanhante no parto, enquanto a porcentagem foi de 31,3% para as gestantes negras. Diniz *et al* (2016) demonstrou também que há diferenças estatisticamente significativas na presença de acompanhantes no parto: as mulheres pretas (30,9%) e pardas (24,8%) mais frequentemente ficaram sem quaisquer acompanhantes, comparadas com as mulheres brancas (17,4%), e mais raramente usufruíram de acompanhamento contínuo.

No estudo de Theophilo *et al* (2018) 50,2% das gestantes brancas justificam a falta do acompanhante pela proibição do serviço e 52,1% das mulheres negras relatam o mesmo. 16,5% e 18,3% de mulheres brancas e negras, respectivamente, não sabiam que podiam ter acompanhante e 8,7% das mulheres brancas não tinham acompanhante, enquanto 9,1% das

mulheres negras também não possuíam. Este percentual demonstra como a uma comunicação clara com as mulheres é importante, pois esse estudo demonstra que as gestantes não tiveram um direito estabelecido por lei garantido devido a falhas nas informações que lhe foram passadas.

A maioria das mulheres entrevistadas no estudo de Belfort, Kalckmann, Batista (2016) declarou desejar uma melhor assistência na hora do parto, afirmando que se sentiam desamparadas e até mesmo destratadas, evidenciando assim um comportamento dos profissionais destoante ao modelo de atenção humanizado que é preconizado para o atendimento às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, onde entende-se que uma assistência de qualidade inclui a escuta ativa e interpretação da subjetividade de cada mulher.

## 5 DISCUSSÃO

### CATEGORIA 1: Fatores Socioeconômicos que Interferem no Acesso a Assistência

A prevalência da gravidez na adolescência entre as mulheres negras também é confirmada em outras pesquisas fora do escopo de estudos incluídos nesta revisão. Um estudo foi realizado no Estado do Rio Grande do Sul a fim de analisar o acesso às consultas de pré-natal na região e os resultados evidenciaram um grande percentual de jovens negras com uma gestação em curso entre 10 e 19 anos, em contrapartida, o número de gestantes brancas incluídas na pesquisa crescia proporcionalmente à medida que a faixa etária aumentava. (SILVA, 2018)

A adolescência é um período de grandes transformações para os jovens, sendo um período comumente voltado para adequação às responsabilidades da vida adulta, incluindo dedicação aos estudos e perspectivas para inserção no trabalho. Diante de tantas demandas requeridas nesta fase, e tendo ciência de que a gravidez na adolescência frequentemente não é planejada, a ocorrência da mesma pode prejudicar a continuidade dos estudos da gestante, assim como favorecer doenças em idades precoces. Ainda sobre os riscos de uma gravidez indesejada na adolescência, o Ministério da saúde menciona que: “O abandono do parceiro ou da família, a perda de unicidade com o grupo de iguais, a descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida e riscos materno-fetais são alguns desses riscos.” (BRASIL, 2006)

O material do Ministério da saúde intitulado: Saúde da População negra e o SUS - Ações Afirmativas para Avançar na Equidade de 2005 menciona a Gravidez na adolescência como uma temática importante a ser abordada nas pesquisas. A gravidez na adolescência é vista também como um fator de risco para o curso da gravidez atual, juntamente com situação familiar insegura e somando-se a não aceitação da gravidez. Dessa forma, sabendo que a gestação na adolescência ocorre em maior número entre a população de jovens negras, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados a acolhê-las de forma integral e a ofertarem uma assistência compatível com suas especificidades, como mulher negra, vivenciando a adolescência com suas inerentes questões psicossociais envolvidas. (BRASIL 2005)

Cada gestação é única, tendo seu significado e impacto de acordo com o contexto que a mesma se desenvolve, se tratando da adolescência, a mesma pode vir acompanhada de uma

sobrecarga emocional devido ao estigma que perdura na sociedade ao se deparar com uma jovem e gestante. Portanto, a abordagem deve ser sistemática, buscando a equipe de saúde compreender o significado desta gestação para aquela jovem, criando um vínculo de confiança, reservando os direitos da adolescente, oferecendo apoio, e mais do que tudo, como preconizado pelo Ministério da Saúde 2006: “sem emitir juízo de valor”. (BRASIL, 2006).

A ocorrência da gestação indesejada na adolescência provém da falta de adesão do planejamento familiar nos serviços de saúde, sendo o mesmo instituído por meio da Lei n.º 9.263/96. Embora seja um assunto mais presente durante a fase adulta, é de extrema importância fortalecer a sua implementação na adolescência pois favorece a redução da morbimortalidade materna e infantil, o número de gestações indesejadas, de abortamentos induzidos e proporciona orientações para que o intervalo entre as gestações seja de 2 anos no mínimo. Ademais, a educação em relação à saúde sexual e reprodutiva deve sempre caminhar em conjunto com estímulo à dupla proteção (prevenção da gravidez e de IST 's). (BRASIL, 2006)

Através dos dados coletados nos artigos mencionados é possível notar que a gravidez na adolescência é um fator presente entre mulheres pretas e que a mudança dos planos e relações são frequentes e comumente vistas como negativas. Em vista disso, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das jovens, é necessário que ações de educação em saúde sejam fortalecidas nas escolas, visitas domiciliares e que as equipes de saúde possam oportunizar este diálogo com as jovens que residem em sua área de abrangência.

O Art. 2º da Rede Cegonha tem como um de seus princípios: “a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.” (BRASIL, 2011). Isto posto, é direito dos adolescentes receberem informações sobre planejamento familiar, é necessário que os profissionais de saúde entendam a realidade destas jovens, qual contexto estão inseridas, se elas desejam engravidar e se não, quais meios disponíveis elas possuem de prevenir-se, sobretudo se essas fizerem parte de um contexto de vulnerabilidade social.

A baixa escolaridade é mencionada no manual do ministério da saúde “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” como fator de risco para a gestação em curso assim como no caderno 32 do ministério da saúde como um fator de risco para o desenvolvimento de blues pós-parto, sendo possível constatar que a falta de estudos,

associado com outros marcadores sociais, podem determinar a ocorrência de desfechos negativos, dificultando o acesso das mulheres negras ao exercício da saúde integral durante o ciclo gravídico puerperal.(BRASIL 2005; BRASIL 2006)

Em seu estudo, Almeida (2017) ao abordar sobre os fatores determinantes para o acesso à saúde, afirma que os autores pesquisados:

“reiteraram a estreita relação entre desigualdades socioeconômicas e a utilização dos serviços, indicando que indivíduos mais escolarizados, com renda fixa e brancos buscam mais os serviços sanitários, sejam eles preventivos ou curativos; o que contribui para fortalecer as iniquidades na distribuição de bens de consumo e serviços, uma vez que os grupos socialmente privilegiados são também aqueles que mais utilizam os serviços.” (ALMEIDA, 2017)

A realidade do acesso à Saúde as mulheres no Brasil não é satisfatória e as mulheres negras seguem em desvantagem pois possuem menores percentuais positivos relacionados aos fatores socioculturais, limitando seu acesso aos serviços, podendo o nível de instrução impactar no acesso a informações e também na capacidade de entendimento das orientações recebidas pelas mesmas. Lamentável notar perceber que, a lei do cuidado inverso, embora tenha surgido na década de 70 por Hart, ainda se perpetua, após 5 décadas, onde o cenário de assistência ainda oferece menor amparo às populações que mais necessitam de cuidados. (ALMEIDA, 2017; HART, 1971)

## CATEGORIA 2: Aspectos Assistenciais Relacionados ao Pré-Natal

Segundo Brasil (2006) “O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.” Para isso, algumas ações se fazem necessárias como a captação precoce das gestantes da comunidade, onde o tempo hábil preconizado para a primeira consulta é de até 12 dias de gestação, atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência e também ao fácil acesso a serviços de saúde de qualidade.

Além disso, o pré-natal de qualidade deve incluir a oferta de exames laboratoriais básicos (hemograma, sorologia para sífilis, testagem anti-HIV e exame de urina), avaliação clínica obstétrica; aferição da pressão arterial, mensuração de peso, medida da altura uterina, avaliação de batimentos cardíacos e exame físico das mamas); rastreio de doenças, entre outros. (BRASIL, 2006)

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser atender às reais necessidades da população de gestantes, fazendo dos conhecimentos técnico-científicos existentes e recursos disponíveis mais apropriados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal. (BRASIL 2006)

O quantitativo de consultas pré natal tem aumentado gradualmente ao decorrer dos anos no Sistema Único de Saúde, porém através dos estudos selecionados foi possível analisar que o alcance da assistência integral de atenção pré natal ainda não foi totalmente consolidada. Sobre isso, os achados da pesquisa de Silva (2018) foram semelhantes aos deste trabalho pois a mesma afirma que:

“Estudos nacionais e locais apontam não apenas para as desigualdades regionais e sociais no acesso ao pré-natal adequado, mas também às desigualdades e iniquidades étnico-raciais: mulheres indígenas e pretas, com baixa escolaridade, sem companheiro e com maior número de gestações possuem maior risco de receber uma assistência pré-natal inadequada no Brasil. (SILVA, 2018)

A captação precoce, assim como a vinculação oportuna são fatores essenciais para minimizar o percentual de mulheres com pré natal sem o número mínimo de consultas devido a vinculação tardia. Os profissionais de saúde devem sempre ser acolhedores, humanizados, e olhar para a gestante de forma integral, ter conhecimento científico e social sobre as subjetividades das mulheres negras, as doenças mais incidentes nesta população para tratá-las precocemente, se necessário, evitando maiores danos a sua saúde e até mesmo mortalidade. Outro fator importante é que somente através da realização adequada do pré-natal a gestante

terá a oportunidade de realizar os exames necessários durante a gestação, elaborar seu plano de parto, ser devidamente acolhida pela equipe de saúde e poderá sanar suas dúvidas.

Para a que a qualidade do pré-natal seja assegurada, o Ministério da Saúde, a fim de organizar e sistematizar a assistência instituiu Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHNPN) e Rede cegonha, que são documentos oficiais fundamentados nas definições e orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, documentos estes que descrevem ações para integrar todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido. (BRASIL, 2000; BRASIL 2011)

Os profissionais da saúde também contam com o manual técnico de Pré Natal e puerpério, como um instrumento para nortear o cuidado. Neste manual, há um capítulo que enfatiza a importância das ações educativas durante o processo gravídico e a responsabilidade dos profissionais diante destas demandas. Brasil (2006) afirma que “É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde.” Por isso, o diálogo aberto entre gestantes e profissionais deve ser incentivado, assim como rodas de conversas, palestras, orientações em sala de espera, dinâmicas entre gestantes, é necessário o engajamento da equipe em proporcionar todos meios possíveis para o empoderamento desta mulher frente a este momento.

Dentre as orientações que devem ser ofertadas às mulheres, estão o incentivo à alimentação saudável, orientações referentes à sinais de trabalho de parto, sinais de risco obstétrico, orientações sobre aleitamento materno e sobre a maternidade de referência para assistência ao parto, orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas, orientações sobre o uso de medicamentos, e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto. Também é necessário avaliar as condições de trabalho em que a gestante se encontra, assim como orientar sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos. (BRASIL, 2006)

Através dos resultados obtidos sobre a temática relacionada ao repasse de informações, nota-se que há falhas na comunicação na assistência, detectando que a maioria das mulheres que foi questionada sobre as informações não obteve as orientações contínuas satisfatórias, comprometendo assim a qualidade do serviço. Sendo possível notar também que a realização das seis consultas preconizadas não assegura necessariamente um pré-natal de

qualidade, mas sim a capacitação dos profissionais que irão assistir as gestantes neste momento.

Dessa forma, é recomendado que a equipe de saúde se conscientize da importância do debate com as gestantes sobre temáticas como alimentação, planejamento de parto, direito ao acompanhante, manejo das doenças que podem estar presentes sejam abordados e é necessário tanto para a equipe como para gestante entender a importância da educação em saúde como uma das estratégias para prevenção de complicações na gestação.

### CATEGORIA 3: Ações Assistenciais Referentes ao Parto

A rede cegonha menciona a importância garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo este direito instituído através Lei 11.108/05 que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante todo o ciclo gravídico puerperal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sendo, este direito, um dos fatores relacionados à saúde da mãe e do bebê. (BRASIL 2011; BRASIL 2005)

Os benefícios da presença do acompanhante estão para além da saúde da gestante, uma vez que a escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e repasse de informações deve ser direcionada também ao acompanhante de sua escolha. É essencial que a equipe de saúde não coloque obstáculos à participação do acompanhante no pré-natal, adotando uma postura de encorajamento do acompanhante a participar de todo o processo da gestação, compreendendo não somente as alterações fisiológicas sofridas pela gestante, mas também as mudanças psicológicas e emocionais. (BRASIL 2005)

Nessa perspectiva, um desafio para os profissionais de saúde na atualidade deve ser preparar o acompanhante de escolha da gestante a vivenciar a gravidez, o parto e o pós-parto da forma mais ampla possível, estando a partir dos processos educativos e das demandas requeridas durante a experiência da gestação pela mulher. (BARBOSA et al., 2013)

Sobre isto, Brasil (2005) afirma que:

“O benefício da presença do(a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto.



Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto.” (BRASIL, 2005)

Na prática dos serviços de saúde, este direito, assim como os demais, deve ser assegurado a todas mulheres, não devendo ser tolerado discrepância da adesão desta prática ao ser relacionada a raça/cor das gestantes. O acolhimento está atrelado a boas práticas para o serviço de qualidade, por isso, os profissionais devem escutar e valorizar os anseios de todas mulheres, informá-las sobre seu direito e encorajá-las a exercê-lo.

## 6 CONCLUSÃO

A realização deste estudo, de revisão integrativa de literatura, demonstrou uma grande lacuna nas produções científicas sobre a mulher negra associado a assistência de enfermagem recebida pelas mesmas no ciclo gravídico puerperal. Embora o recorte étnico racial seja de grande importância para alcance da extinção das iniquidades em saúde, a produção que se encontra não condiz com a demanda necessária de abordagem da temática.

Devido a um contexto histórico, as mulheres negras se encontram em um local de vulnerabilidade, onde suas condições sociais são determinadas por uma sociedade desigual, portanto, renda e escolaridade devem ser fatores sempre abordados nas pesquisas, pois junto a cor da pele, aumentam o percentual de desfechos negativos de saúde. Embora a dificuldade de acesso aos serviços de saúde tenha base nos indicadores pesquisados, e estes espelham as desigualdades sociais que se perpetuam, há falhas também no sistema de saúde que podem e devem equiparar o direito e oportunidade do exercício pleno da saúde entre as mulheres.

Todos os artigos incluídos neste trabalho apontam para uma assistência desfavorável para as mulheres negras, notando-se que a assistência prestada oferece maiores benefícios para as mulheres brancas em relação às negras, o que é alarmante, uma vez que esta população ocupa a maior porcentagem de pessoas no nosso país, assim como possui um maior percentual na utilização dos serviços públicos.

Houve também a identificação de que as mulheres negras ainda são vítimas de discriminação racial nos serviços de saúde, porém onde os dados sobre a presença do racismo são incompletos, primeiro porque nos registros de saúde o quesito raça cor não é devidamente preenchido, e uma vez que não está identificado a subjetividade da mulher a ser assistida a probabilidade de não contemplá-la com uma assistência integral é maior e segundo pois a discriminação muitas vezes é banalizada e até mesmo velada, impossibilitando maiores e mais freqüentes estudos. Além disso, é necessário que a saúde da população negra seja incluída no currículo de cursos da saúde, compreendendo as doenças prevalentes nesta população, pois a falta de abordagem deste assunto na formação dos profissionais resulta no desconhecimento da importância do recorte étnico racial na prestação de serviços em saúde.

Verifica-se que embora sejam crescentes os materiais provenientes do Ministério da Saúde sobre a população negra, os mesmos, ainda não asseguram uma mudança efetiva no acesso e qualidade dos serviços oferecidos às gestantes, demonstrando falta de implementação

das recomendações descritas nos materiais existentes.

Para maior elucidação da temática, se fazem necessárias políticas de ações afirmativas para a população negra, de forma a naturalizar sua abordagem, garantindo melhor inserção da população negra e maior conhecimento das instituições e profissionais sobre possíveis erros cometidos pelos mesmos ao cuidar destas mulheres, para assim produzir a equidade.

Entendendo o conceito definido pela OMS sobre a saúde ser "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença", a mulher deve ser vista em sua totalidade, não oferecendo apenas informações e exames, mas também proporcionar um ambiente acolhedor, favorecendo um vínculo de escuta, de diálogo e de respeito mútuo, fatores essenciais para que a gestante se sinta à vontade para sanar dúvidas e se sinta estimulada a ser assídua nas consultas e responsável por realizar os cuidados prescritos.

Nem todos os artigos estudaram todos indicadores, sendo assim recomenda-se que novos estudos busquem sempre utilizar a maior quantidade de indicadores nas suas pesquisas, entendendo também a realidade do local em que as mesmas se encontram, identificando as possibilidades de melhora frente às prioridades de cada uma. Analisar os fatores como a faixa etária, nível de instrução, renda familiar, estado civil e a região que estas mulheres residem se torna essencial pois para alcançar uma saúde igualitária é preciso que os profissionais tenham ciência de todos aspectos que influenciam na chega desta mulher as unidades de saúde, quais são as debilidades de cada região, se está mulheres possuem uma rede de apoio durante o ciclo gravídico puerperal entendendo que este é um fator que influencia em ser bem estar. Pesquisas futuras devem continuar buscando de que formas a questão racial impacta no ciclo gravídico puerperal e quais são as melhorias solicitadas por esta população.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 7.1 OBRAS CITADAS

ASSIS, J. F.. **Pelo direito de viver: um estudo sobre as desigualdades raciais experimentadas por mulheres negras em período gravídico puerperal no Rio de Janeiro.**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialização em Serviço Social e Saúde. Rio de Janeiro, 2010: UERJ.

AYRES J. R. C. M. , FRANÇA J. I, CALAZANS G. J., SALETTI F. H. C. **O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

BARBOSA, T. L. A. GOMES, L. M. X. DIAS, O. V. **O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes.** Cogitare Enferma. n. 16, p. 29-35, 2011.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. **A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980-7031. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/331008193\\_A\\_ENTREVISTA\\_COMO\\_TECNICA\\_DE\\_INVESTIGACAO\\_NA\\_PESQUISA\\_QUALITATIVA](https://www.researchgate.net/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA)> Acesso em: 01/12/2019

BATISTA L. E., WERNECK J., LOPES F. - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros **Saúde da população negra.** Coleção negras e negros : pesquisas e debates 2. ed. -- Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf)> Acesso em: 15/03/2020

BELFORT, I. K. P., KALCKMANN, S., BATISTA, L. E. **Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300631&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300631&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 28/09/2019

BERQUÓ, E.; LAGO, T. G. **Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais.** Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 550-560, Sept. 2016 .

Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300550&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162568>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico: Pré-Natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada.** Brasília - DF. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> Acesso em: 14/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 14/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)> Acesso em: 20/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 344. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.** Brasil. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html)> Acesso em: 14/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 2ª edição.** Brasília - DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)> Acesso em: 25/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa estratégico de ações afirmativas: População Negras e Aids.** Brasília - DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao\\_negra\\_e\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra_e_aids.pdf)> Acesso em: 20/10/2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília - DF. 2007

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. OPAS. **Folha informativa - Gênero**. Brasília - DF, 2015. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5668:folha-informativa-genero&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5668:folha-informativa-genero&Itemid=820)> Acesso em: 25/10/2019

BRASIL. SECRETÁRIA DA SAÚDE. Governo de São Paulo. **Responder ajuda a prevenir Perguntar não ofende: Qual é a sua Cor ou Raça/Etnia? responder ajuda a prevenir**. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ouvidoria-da-secretaria-de-estado-da-saude-de-sao-paulo/biblioteca/perguntar\\_nao\\_ofende.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ouvidoria-da-secretaria-de-estado-da-saude-de-sao-paulo/biblioteca/perguntar_nao_ofende.pdf)> Acesso em: 20/10/2019

BRASIL. SECRETÁRIA DA SAÚDE. Governo do estado de São Paulo. **Pré-natal e puerpério manual técnico**. São Paulo, 2017. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual\\_tecnico\\_do\\_pre\\_natal\\_parto\\_e\\_puerperio.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-da-gestao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultas-publicas-manuais-da-linha-de-cuidado-da-gestante-parturiente-e-puerpera/manual_tecnico_do_pre_natal_parto_e_puerperio.pdf)> Acesso em: 14/10/2019

BRASIL. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Políticas públicas voltadas para saúde da população negra são essenciais para minimizar os efeitos do racismo**. Minas Gerais, 2018. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10727-politicas-publicas-voltadas-para-saude-da-populacao-negra-sao-essenciais-para-minimizar-os-efeitos-do-racismo>> Acesso em: 20/10/2019

CÂMARA, RH. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 6 (2), jul - dez, 2013. 179-191. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>> Acesso em: 01/12/2019

CFESS. **Série assistente social no combate ao preconceito: Racismo.** Caderno 3. Brasília (DF), 2016. 19 p, p. 7-9.

CRIZÓSTOMO, G. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715305014.pdf>> Acesso em: 25/11/2019

DINIZ C. S. G. et al. **Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012).** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.561-572, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 24/03/2020

DOMINGUES, R, M. S. M. et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140–7. Disponível em: . Acesso em: 18/04/2021.

FONSECA, S. C. ; KALE, P. L. ; SILVA, K. S. **Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 15 (2): 209-217 abr. / jun., 2015 Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000200209&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000200209&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 24/03/2020

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa.** 1ª edição. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

HART, J. T. **The inverse care law.** Lancet; v., n.7696, p.405-412, 1971.

IBGE. **Somos todos iguais? O que as estatísticas dizem.** Rio de Janeiro: IBGE. 2018. Disponível em:

<[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2)

LAKATOS, E. N.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LEAL M. C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00078816 Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci\\_abstract&tln g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tln g=pt)> Acesso em: 24/03/2020

MARTINS, L. L. P. **Afrorresilientes: a resiliência de mulheres afrodescendentes de sucesso educacional.** 1ª ed. Curitiba: Appris, 2013.

MEDEIROS, M. **Pesquisas de abordagem qualitativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 224-9, 30 jun. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/13628>> Acesso em: 01/12/2019

MENDES K. D. S., SILVEIRA R. C. C. P., GALVÃO C M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm. 2008 out-dez; 17(4):758-64.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993 .Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 08 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação.** In: \_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MIRANDA, D. B. **Tecendo o futuro: vivências de mulheres negras numa perspectiva intergeracional e familiar.** / Débora Brasil Miranda. Orientadora Vanessa Maria de Castro, Coorientadora Cléria Botelho Costa. – Brasília, 2015. 178fl



NASCIMENTO, M. **Huap sedia seminário da Rede Cegonha sobre pré-natal, parto e nascimento.** Disponível

em: <<http://www.noticias.uff.br/noticias/2014/08/seminario-da-rede-cegonha.php>>. Acesso em: 15/03/2020

OLIVEIRA E. M, CELENTO D. D. **A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto.** Revista de Saúde. 2016.

PACHECO V. C. et al. **As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 125-137, JAN-MAR 2018 Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000100125#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20estudo,desfechos%20obst%C3%A9tricos%20e%20neonatais%20desfavor%C3%A1veis.&text=A%20ra%C3%A7a%2Fcor%20n%C3%A3o%20se,de%20sa%C3%BAde%20enquanto%20determinante%20social.](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100125#:~:text=Trata%2Dse%20de%20um%20estudo,desfechos%20obst%C3%A9tricos%20e%20neonatais%20desfavor%C3%A1veis.&text=A%20ra%C3%A7a%2Fcor%20n%C3%A3o%20se,de%20sa%C3%BAde%20enquanto%20determinante%20social.)> Acesso em: 24/03/2020

PICOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; LEMOS, E. F. **Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010, a 2015.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 17 (4): 739-747 out. / dez., 2017 Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000400729&script=sci\\_abstract&tlng=pt#:~:text=O%20risco%20de%20%C3%B3bito%20de,maior%20quando%20comparadas%20%C3%A0s%20brancas.](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000400729&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=O%20risco%20de%20%C3%B3bito%20de,maior%20quando%20comparadas%20%C3%A0s%20brancas.)> Acesso em: 24/03/2020

RIO DE JANEIRO. **Resposta ao PARECER DE MÉRITO N° 1/2019-CGSMU/DAPES/SAS/MS, referente ao: PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA - REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.** Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. 2018-2020. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2316-par-metro-ii/file.html>> Acesso em: 01/12/2019

SALIM, N. R.; JUNIOR, H. P.O. S.; GUALDA, D. M. R. **Every Day behavioral and physical changes in women during the postpartum period – a qualitative approach.** Online Brazilian Journal of Nursing, 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2785/618>>. Acesso em: 28/10/19

SILVA, F. S. **Mulheres negras e brancas: análise do acesso às consultas de pré-natal no Estado do Rio Grande do Sul, 2016.** 2018. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184648>> Acesso em: 18/04/2021

SOUZA, D. E. **Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida.** Salvador: D.E. Souza, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10927/1/Tese%20Dami%C3%A3o%20Ernane%20Souza.%202012.pdf>> Acesso em: 24/04/2021

SOUZA, M. T. ; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

TEIXEIRA N. Z. F. et al. **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (1): 27-35 jan. / mar., 2012 Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20o%20teste%20%CE%A72,ind%C3%ADgenas%2C%20comparadas%20%C3%A0s%20mulheres%20brancas.](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000100003&script=sci_abstract&tlng=pt#:~:text=RESULTADOS%3A%20o%20teste%20%CE%A72,ind%C3%ADgenas%2C%20comparadas%20%C3%A0s%20mulheres%20brancas.)> Acesso em: 24/03/2020

THEOPHILO, R. J., RATTER, D., PEREIRA, L. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Brasília - DF, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf>> Acesso em: 26/10/2019

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** São Paulo, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt.&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt.&nrm=iso)> Acesso em: 25/10/2019

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology.** Journal of Advanced Nursing, v.52, n.5, p. 546-553, 2005.d1a98c80414c9.pdf>. Acesso em: 20/03/2020



## **8. APÊNDICES**

## 8.1 APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Etapas da Pesquisa	2º Semestre de 2019	1º Semestre de 2020	2º Semestre de 2020
Escolha do Tema	X		
Delimitação do Objeto de estudo	X		
Levantamento bibliográfico		X	
Abordagem metodológica			X
Análise e discussão dos resultados			X
Conclusão do estudo			X
Revisão e elaboração do texto final			X
Elaboração do artigo			X
Apresentação da monografia			X

8.2 APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1: APRESENTAÇÃO DA SÍNTESE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

<b>Título:</b>		
<b>Periódico:</b>		
<b>Ano:</b>	<b>Abrangência:</b>	<b>Nível de Evidência:</b>
<b>Categoria dos autores:</b>		
<b>Objetivo:</b>		
<b>Método do estudo:</b>		
<b>Resultados:</b>		
<b>Recomendações:</b>		