



ACESSO ABERTO

A COR DO CUIDADO: DISPARIDADES NO PRÉ-NATAL DE MULHERES NEGRAS NO BRASIL

Data de Recebimento:

19/07/2026

Data de Aceite:

31/07/2026

Data de Publicação:

17/08/2026

***Autor correspondente:**

Erica Maria de Santana Silva,
Enfermeira Especialista em
Saúde da Família e Comunidade.
Av. Marechal Floriano Peixoto
1480. Nova Iguaçu, Centro,
(RJ), Brasil. Contato:
(21) 991725196
E-mail: enfermagemfdc2012@
gmail.com

Citação:

SILVA, E.M.S.; PEREIRA,
B.P.; SOUZA, C.L.A.; A cor
do cuidado: Disparidades no
pré-natal de mulheres negras no
Brasil.

Revista Multidisciplinar em
Saúde, v. 7, n. 3, 2026. [https://
doi.org/10.51161/integrar/
rem/4924](https://doi.org/10.51161/integrar/rem/4924)

DOI: 10.51161/integrar/
rem/4924

Editora Integrar© 2026.

Todos os direitos reservados.

^aErica Maria de Santana Silva, Bruna de Paula Pereira^b, Camila Laporte Almeida de Souza^c

^aPrograma de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^bMestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^cPrograma de Residência em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

RESUMO

Introdução: As desigualdades raciais no acesso e na qualidade da assistência pré-natal representam importante desafio para a equidade em saúde no Brasil, especialmente para mulheres negras, mais vulneráveis a desfechos maternos e neonatais desfavoráveis. **Objetivo:** Descrever as disparidades no cuidado pré-natal direcionado a mulheres negras no Brasil e discutir suas implicações para a equidade em saúde. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, com busca em bases de dados científicas utilizando descritores relacionados ao cuidado pré-natal, desigualdades em saúde e população negra, sem restrição de idioma ou período. Os estudos foram avaliados quanto ao rigor metodológico e analisados em relação ao acesso, à qualidade e à experiência do cuidado. **Resultados:** Mulheres negras apresentaram menor probabilidade de iniciar o pré-natal precocemente, realizar o número recomendado de consultas, acessar exames essenciais e receber orientações adequadas. Também foi observada maior prevalência de pré-natal inadequado, peregrinação por serviços de saúde, ausência de acompanhante e exposição a práticas discriminatórias. Adolescentes negras em maior vulnerabilidade socioeconômica apresentaram piores desfechos maternos e neonatais. **Conclusão:** O racismo estrutural, associado às desigualdades socioeconômicas, contribui para iniquidades no cuidado pré-natal. Seu enfrentamento requer políticas públicas efetivas, formação antirracista dos profissionais de saúde e estratégias que garantam acesso, vínculo e qualidade da assistência.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Desigualdades em saúde; População negra; Mulheres negras; Cor da pele.

ABSTRACT

Introduction: Racial inequalities in access to and quality of prenatal care represent a significant challenge to health equity in Brazil, especially for Black women, who are more vulnerable to unfavorable maternal and neonatal stages. **Objective:** To describe the disparities in prenatal care directed at Black women in Brazil and discuss their implications for health equity. **Methodology:** Integrative literature review, searching scientific databases using descriptors related to prenatal care, health inequalities, and the Black population, without language or period restrictions. Studies were evaluated for methodological rigor and detailed in relation to access, quality, and experience of care. **Results:** Black women were less likely to initiate prenatal care early, attend the recommended number of consultations, access essential examinations, and receive specific guidance. A higher prevalence of inadequate prenatal care, pilgrimage between health services, absence of a companion, and exposure to discriminatory practices was also observed. Black adolescents in greater socioeconomic vulnerability presented lower maternal and neonatal outcomes. **Conclusion:** Structural racism, coupled with socioeconomic inequalities, contributes to inequities in prenatal care. Addressing it requires effective public policies, anti-racist training for healthcare professionals, and strategies that guarantee access, bonding, and quality of care.

Keywords: Prenatal care; Health inequalities; Black population; Black women; Skin color;

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal constitui uma intervenção essencial no campo da saúde materno-infantil, reconhecida pelo seu impacto na redução da morbimortalidade materna e perinatal. Além de refletir a efetividade dos serviços de saúde, o acompanhamento pré-natal adequado representa um importante indicador das condições de desenvolvimento social e da equidade em saúde de um país. A qualidade dessa assistência pressupõe o início precoce do acompanhamento, a realização do número mínimo de consultas recomendadas, o encaminhamento oportuno aos serviços especializados quando necessário, o vínculo à maternidade de referência e a adoção de boas práticas durante o parto, favorecendo a integralidade do cuidado e melhores desfechos maternos e neonatais (Brasil, 2012; Lessa *et al.*, 2022; Jorge; Silva, 2024; Conceição *et al.*, 2023).

Entretanto, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal no Brasil ainda não se distribuem de forma equitativa entre os diferentes grupos populacionais. Nesse contexto, o racismo, enquanto fenômeno estrutural, está enraizado nas relações sociais e institucionais, incluindo os sistemas, as redes de atenção e os serviços de saúde. Essa forma de organização social contribui para a produção e a manutenção de desigualdades raciais, comprometendo o acesso oportuno e equânime aos serviços de saúde e às oportunidades de cuidado, com repercussões negativas sobre as condições de vida e saúde da população negra (Conceição *et al.*, 2023; Guimarães *et al.*, 2025; Carmo *et al.*, 2022).

As mulheres negras, em especial, enfrentam desvantagens estruturais relacionadas aos determinantes sociais da saúde, expressas por desigualdades educacionais e econômicas, condições precárias de moradia, maior vulnerabilidade ao desemprego e inserção em ocupações de baixa remuneração. Esses fatores contribuem para piores condições de saúde e ampliam as barreiras de acesso, utilização e qualidade da assistência à saúde quando comparadas às mulheres brancas (Jorge; Silva, 2024; Conceição *et al.*, 2023).

Evidências científicas demonstram que as desigualdades raciais permeiam diferentes dimensões da assistência pré-natal no Brasil. Estudos apontam que mulheres negras apresentam maior probabilidade de iniciar o acompanhamento pré-natal tardiamente e de receber uma assistência inadequada quando comparadas às mulheres brancas. Além disso, entre 2014 e 2020, a mortalidade materna entre mulheres negras permaneceu superior à observada entre os demais grupos raciais, evidenciando a persistência das

iniquidades em saúde (Lessa *et al.*, 2022; Coelho *et al.*, 2022).

Dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil II apontam a persistência dessas desigualdades, evidenciando que mulheres negras apresentam piores indicadores em diversos aspectos da assistência pré-natal e ao parto, incluindo menor número de consultas, início tardio do acompanhamento, maior ocorrência de violência obstétrica e menor vínculo com a maternidade de referência (Coelho *et al.*, 2022).

Com o objetivo de enfrentar as desigualdades na atenção obstétrica e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2024, a Rede Alyne. A estratégia busca ampliar a articulação entre os pontos de atenção, garantir o acesso oportuno aos serviços, assegurar a vinculação da gestante à maternidade de referência, qualificar continuamente as equipes de saúde e reduzir a mortalidade materna, com especial atenção às populações em situação de maior vulnerabilidade social e racial (Brasil, 2024). Nesse contexto, destacam-se as gestantes pretas e pardas, que apresentam menor probabilidade de iniciar o pré-natal em tempo oportuno, piores condições socioeconômicas e educacionais, maior exposição à violência e menor acesso a práticas assistenciais recomendadas, constituindo o foco desta revisão (Lessa *et al.*, 2022; Jorge; Silva, 2024; Conceição *et al.*, 2023; Guimarães *et al.*, 2025).

Apesar do crescente interesse pela saúde materna, ainda são limitados os estudos que abordam especificamente as disparidades raciais no cuidado pré-natal de mulheres negras no Brasil. A compreensão dos fatores que sustentam essas desigualdades é fundamental para subsidiar o fortalecimento de políticas públicas orientadas pela equidade racial e para a consolidação de uma atenção obstétrica integral, equânime e de qualidade (Conceição *et al.*, 2023).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever, com base na literatura científica disponível, as disparidades no cuidado pré-natal ofertado às mulheres negras no Brasil, discutindo suas implicações para a equidade em saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida em seis etapas, conforme proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010). A questão de pesquisa foi elaborada com base na estratégia PICO, composta pelos seguintes elementos: população (P), representada por mulheres negras; fenômeno de interesse (I), correspondente às disparidades; e contexto (Co), referente ao cuidado pré-natal (Santos; Pimenta; Nobre, 2007). A partir dessa estratégia, definiu-se a seguinte questão norteadora: "Quais são as disparidades no cuidado pré-natal de mulheres negras no Brasil?".

Após a definição da questão de pesquisa, realizou-se uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil), no mês de julho de 2025. Os descritores empregados foram selecionados a partir das bases Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), sendo eles: “cuidado pré-natal”, “desigualdades em saúde”, “população negra” e “Brasil”. O cruzamento dos termos ocorreu por meio do operador booleano AND, resultando na estratégia: (“Cuidado Pré-Natal”) AND (“Desigualdades em Saúde”) AND (“População Negra” OR “Mulheres Negras” OR “Cor da Pele”) AND (“Brasil”). Os termos “mulheres negras” e “cor da pele” foram utilizadas como palavras-chave adicionais, com o intuito de ampliar a sensibilidade da busca e abranger estudos que explicitasse a temática racial.

Os critérios de inclusão compreenderam estudos que respondessem à pergunta condutora e estivessem disponíveis em acesso aberto. Não foram aplicados filtros de idioma ou de período de publicação. Foram

excluídos artigos que não se relacionassem diretamente ao objeto de estudo, bem como artigos de reflexão, relatos de experiência, livros, capítulos de livros, cartas editoriais, monografias, dissertações e teses.

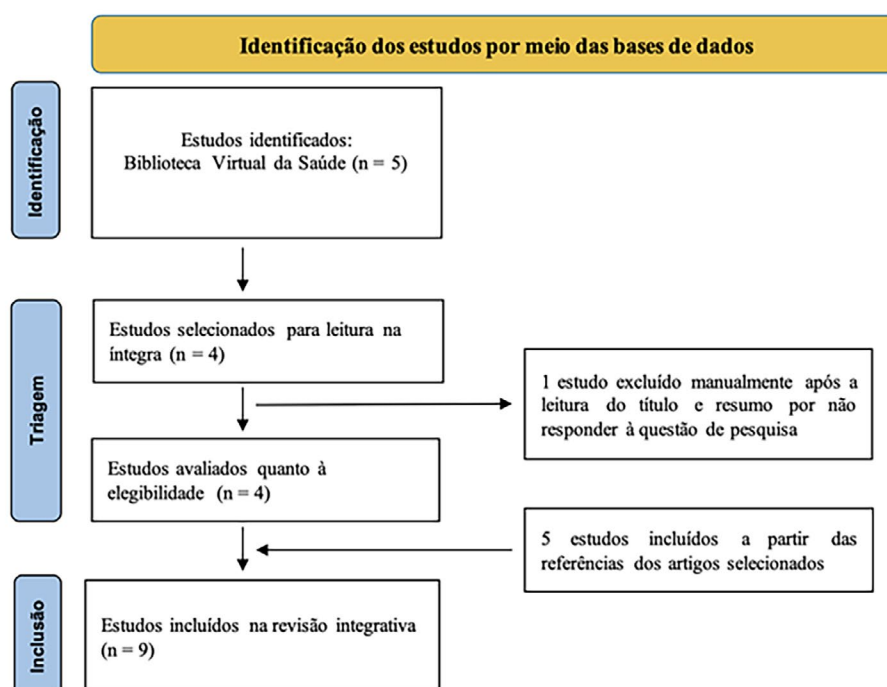
Os resultados das buscas foram importados para a ferramenta *online Rayyan*, utilizada para a triagem e organização das referências. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos por dois avaliadores independentes, com o objetivo de eliminar os estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade.

As divergências entre os revisores foram resolvidas por um terceiro pesquisador. Em seguida, os artigos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura na íntegra para definição da amostra final. O processo de seleção dos estudos foi apresentado por meio do fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2022) (Figura 1).

Os estudos incluídos foram organizados e analisados quanto ao ano de publicação, autoria, título, objetivo, delineamento metodológico e principais resultados. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por meio do *JBICritical Appraisal Checklist for Qualitative Research* (Joanna Briggs Institute, 2014), composto por dez critérios destinados à avaliação do rigor metodológico de pesquisas qualitativas. Com base nessa ferramenta, os estudos foram classificados quanto ao risco de viés em três categorias: baixo risco ($\geq 70\%$ dos critérios atendidos), médio risco (50% a 69%) e alto risco ($< 50\%$ dos critérios atendidos).

O nível de evidência dos estudos foi classificado de acordo com a proposta de *Melnyk e Fineout-Overholt* (2011), que organiza as evidências em sete níveis, considerando o delineamento metodológico dos estudos, desde revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (nível I) até opiniões de especialistas e relatórios de comissões de especialistas (nível VII).

Figura 1 - Fluxograma dos estudos selecionados segundo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.



Fonte: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial na base de dados resultou em cinco estudos. Após a triagem por título e resumo, quatro foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais um foi excluído por não responder à questão de pesquisa. Nessa etapa, procedeu-se à busca manual nas listas de referências dos artigos incluídos, com o intuito de identificar estudos potencialmente relevantes não capturados pela estratégia inicial de busca. Essa etapa resultou na inclusão de cinco novos artigos, totalizando nove estudos que compuseram a amostra final. A caracterização dos estudos está apresentada no Quadro 1.

Entre os estudos incluídos, observou-se predominância de publicações provenientes da Região Sudeste ($n = 5$; 55,5%), seguida pelas Regiões Nordeste ($n = 2$; 22,2%) e Sul ($n = 2$; 22,2%). Quanto ao ano de publicação, destacaram-se os anos de 2015 ($n = 2$; 22,2%) e 2017 ($n = 2$; 22,2%), seguidos por 2005, 2010, 2018, 2019 e 2022, com um estudo publicado em cada ano (11,1%) (Mallmann *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2022; Domingues *et al.*, 2015; Leal; Gama; Cunha, 2005; Almeida *et al.*, 2019; Tomasi *et al.*, 2021; Victora *et al.*, 2010; Lessa *et al.*, 2022).

Em relação ao delineamento metodológico, predominaram os estudos transversais ($n = 4$; 44,4%), seguidos por estudos de base populacional ($n = 1$; 11,1%), de séries temporais ($n = 1$; 11,1%), de corte transversal ($n = 1$; 11,1%), observacionais ($n = 1$; 11,1%) e qualitativos exploratórios ($n = 1$; 11,1%) (Lessa *et al.*, 2022; Mallmann *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2022; Domingues *et al.*, 2015; Leal; Gama; Cunha, 2005; Almeida *et al.*, 2019; Tomasi *et al.*, 2021; Victora *et al.*, 2010).

As principais disparidades no cuidado pré-natal de mulheres negras identificadas nos estudos incluíram menor probabilidade de iniciar o acompanhamento precocemente e de realizar o número recomendado de consultas, menor acesso a exames essenciais, como HIV e VDRL, e menor recebimento de orientações sobre os cuidados durante a gestação e o parto. Além disso, mulheres negras e pardas apresentaram maior frequência de pré-natal inadequado, menor vínculo com a maternidade de referência, maior ausência de acompanhante durante a assistência, maior peregrinação em busca de atendimento e menor acesso a procedimentos analgésicos (Lessa *et al.*, 2022; Mallmann *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2022; Domingues *et al.*, 2015; Leal; Gama; Cunha, 2005; Almeida *et al.*, 2019; Tomasi *et al.*, 2021).

Adolescentes negras, especialmente aquelas pertencentes às classes econômicas menos favorecidas, apresentaram maior vulnerabilidade, evidenciada pela menor realização de exames e pelo menor recebimento de orientações durante o pré-natal, além de maior dificuldade de acesso à assistência adequada. Observou-se ainda que essas adolescentes eram mais suscetíveis a vivenciar situações adversas durante a gestação, como violência física, tabagismo, tentativas de aborto inseguro e peregrinação em busca de atendimento nos serviços de saúde (Leal *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2022; Domingues *et al.*, 2015; Leal; Gama; Cunha, 2005; Tomasi *et al.*, 2021).

Além disso, os estudos evidenciaram que fatores sociodemográficos, como idade, paridade, presença de companheiro, escolaridade, condição socioeconômica e região de residência, estiveram associados à adequação do pré-natal. Mulheres brancas e aquelas com melhores condições socioeconômicas apresentaram maior acesso aos serviços e maior número de consultas realizadas quando comparadas às mulheres em situação de maior vulnerabilidade social e racial (Lessa *et al.*, 2022; Mallmann *et al.*, 2018; Leal *et al.*,

2017; Fonseca *et al.*, 2022; Domingues *et al.*, 2015; Leal; Gama; Cunha, 2005; Tomasi *et al.*, 2021; Victora *et al.*, 2010).

Entretanto, alguns estudos identificaram que determinados fatores, como presença de parceiro e maior escolaridade, estiveram associados a maior adequação do pré-natal entre mulheres negras jovens, indicando que as desigualdades raciais podem ser moduladas pelas condições sociais e pelo contexto em que essas mulheres estão inseridas (Leal *et al.*, 2017; Tomasi *et al.*, 2021).

Quanto ao nível de evidência, predominou a classificação VI (n = 8; 88,9%), correspondente a estudos descritivos ou qualitativos, seguida pelo nível IV (n = 1; 11,1%), referente a estudos observacionais analíticos. Na avaliação da qualidade metodológica, todos os estudos apresentaram baixo risco de viés segundo o instrumento JBI *Critical Appraisal* e elevada qualidade metodológica conforme a ferramenta CASP, indicando maior rigor na condução dos estudos incluídos (Joanna Briggs Institute, 2014; Melnyk; Fineout-Overholt, 2011) (Quadro 2)

Quadro 1 – Síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025

IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	DESENHO DO ESTUDO	RESULTADOS
A1	LEAL; GAMA; CUNHA, 2005.	Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.	Analisar as disparidades sociais e no acesso dos serviços de saúde referente à cor da pele em amostra inerente de puérperas que demandaram de assistência hospitalar ao parto.	Estudo transversal	Nas mulheres pretas e pardas é prevalente nas puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Estarem submetida a agressão física, tabagismo, tentativa de aborto inseguro e peregrinação em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras, seguidas das pardas e das brancas.
A2	VICTORA et al., 2010.	Desigualdades socioeconômicas e étnicas na qualidade do atendimento pré-natal nos setores público e privado no Brasil.	Descrever intervenções efetivas e avaliar como atualmente estão propostas para se aproximar á diferentes grupos de mulheres	Pesquisa qualitativa exploratória	O número de consultas foi maior entre mulheres brancas e de melhor situação financeira quando comparadas a mulheres negras ou pardas que também eram mais propensas a iniciar o cuidado pré-natal no primeiro trimestre. De quatro em cada cinco mulheres foram atendidas pelo SUS (67,1%) e o uso de planos de saúde privados foram mais prevalentes entre mulheres brancas e de maior poder aquisitivo (94,6%).

A3	DOMIN-GUES et al., 2015.	Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.	Verificar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil e sua associação com características sociodemográficas das mulheres.	Estudo observacional	A maior adequação do pré-natal foi observada em mulheres de pele preta, jovens entre 18 e 35 anos; parceria fixa, ensino médio, sem trabalho remunerado, de classes econômicas mais baixas e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país.
A4	FON-SECA; KALE; SILVA, 2015.	Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?	Identificar fatores referente ao pré-natal ineficaz, com visibilidade a para cor da pele, em usuárias do SUS do Estado do Rio de Janeiro (RJ), no último trimestre de 2011.	Estudo de corte seccional	A cor da pele preta manteve-se associada ao pré-natal inadequado. Gravidez adolescente, ausência de companheiro e multiparidade também se associaram positivamente ao desfecho.
A5	TOMASI et al., 2017.	Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais.	Descrever indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).	Estudo transversal	Identificado que 15,4% de gestantes de cor parda e preta receberam atenção ao pré-natal satisfatório, sendo significativamente maior proporção em gestantes com mais idade, de maior renda, na Região Sudeste, nos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior. Das 43,6% de mulheres eram da faixa etária de 25 a 34 anos e 20% de 16 a 20 anos. As que apresentavam a pele parda e preta era em sua maioria prevalentes totalizando 63,6%.
A6	LEAL et al., 2017	A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.	Avaliar as iniquidades na assistência ao pré-natal e parto de acordo com a raça/cor.	Estudo de base populacional	Mulheres de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Mulheres de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado e ausência de companheiro quando comparadas às brancas.

A7	MALL-MANN et al., 2018	Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015.	Analisar a evolução da realização de ao menos sete consultas de pré-natal no Brasil, no período 2000-2015, segundo escolaridade da mãe e raça/cor da pele do recém-nascido.	Estudo temporal	As gestantes cujos recém-nascidos eram de raça/cor da pele indígena, parda e preta foram as que apresentaram as menores proporções de realização de sete ou mais consultas de pré-natal, na comparação com aquelas cujos filhos eram de raça/cor da pele branca.
A8	ALMEIDA et al., 2019	Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012.	Analisar a assistência pré-natal de puérperas adolescentes brasileiras, segundo as características econômicas e de cor da pele.	Estudo transversal	Houve maior proporção de adolescentes da classe econômica D/E e de cor da pele preta que não conseguiram realizar exames preconizados como rotina durante a gravidez, que receberam poucas orientações sobre a gestação e parto, e que mais peregrinaram em busca de maternidade para realização do parto.
A9	LESSA et al. 2022	Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado.	Caracterizar as mulheres que realizaram o pré-natal no Brasil segundo raça/cor e variáveis sociodemográficas e verificar associação entre os indicadores de processo do cuidado no pré-natal e a raça/cor das mulheres.	Estudo transversal	Mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, ter seis ou mais consultas, realizar teste de HIV, exame VDRL e receber orientações referentes aos cuidados na gestação e parto.

Quadro 2 – Rigor metodológico dos artigos selecionados por meio do formulário JBI *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* para o risco de viés e nível de evidência com base nas recomendações Melnyk & Fineout-Overholt. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2025.

Identificação do Artigo	Risco de Viés	Nível de evidência
A1	Baixo - 100%	Nível VI
A2	Baixo - 100%	Nível VI
A3	Baixo - 100%	Nível VI
A4	Baixo - 95%	Nível VI
A5	Baixo - 100%	Nível VI
A6	Baixo - 100%	Nível IV
A7	Médio - 65%	Nível VI
A8	Baixo - 95%	Nível VI
A9	Baixo - 85%	Nível VI

O Ministério da Saúde estabelece que uma assistência pré-natal adequada deve incluir o início do acompanhamento até a 12ª semana de gestação e a realização do número mínimo recomendado de consultas, associado à oferta de exames, orientações e ações de promoção da saúde (Brasil, 2012). Entretanto, os achados desta revisão evidenciaram que mulheres negras apresentam menor probabilidade de iniciar o pré-natal precocemente, realizar a quantidade recomendada de consultas e acessar componentes essenciais da assistência, como exames e orientações durante a gestação (Lessa *et al.*, 2022; Mallmann *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2017; Domingues *et al.*, 2015). Esses resultados demonstram que, apesar da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), persistem desigualdades raciais no acesso oportuno e na qualidade do cuidado pré-natal ofertado às gestantes negras.

A literatura nacional aponta que características sociodemográficas, como raça/cor, escolaridade, renda e situação conjugal, estão associadas à qualidade da assistência pré-natal recebida pelas gestantes (Saavedra; Cesar; Linhares, 2019; Fonseca *et al.*, 2022). Mulheres em condições socioeconômicas mais vulneráveis enfrentam maiores barreiras relacionadas ao acesso a exames, transporte e serviços de saúde, comprometendo a realização de procedimentos recomendados e a adequação do cuidado pré-natal (Rodrigues *et al.*, 2023). Esses achados convergem com os resultados desta revisão, que identificaram maior inadequação do pré-natal entre mulheres negras, especialmente adolescentes e aquelas expostas a condições sociais desfavoráveis.

Em consonância com esses achados, Rebouças *et al.* (2024), por meio de uma coorte nacional, identificaram que as desigualdades raciais estiveram associadas a piores desfechos maternos e neonatais, incluindo maior ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e outros eventos adversos. Observa-se, portanto, que as iniquidades raciais atravessam diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, expressando-se na menor frequência de consultas, menor vínculo com a maternidade de referência, menor oferta de orientações e menor acesso a métodos analgésicos durante a assistência obstétrica (Rebouças *et al.*, 2024; Leal *et al.*, 2017; Domingues *et al.*, 2015; Tomasi *et al.*, 2021).

Além disso, a literatura revisada evidencia que mulheres negras e pardas apresentam menor acesso ao acompanhamento por pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, apesar de esse ser um direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005 e reconhecido como uma prática associada à humanização da assistência obstétrica. Essa desigualdade demonstra que a garantia formal de direitos não necessariamente

se traduz em acesso equitativo às boas práticas de cuidado para todas as mulheres (Leal *et al.*, 2017; Tomasi *et al.*, 2021; Carmo *et al.*, 2022).

A presença de um acompanhante durante a assistência obstétrica tem sido associada à maior adoção de boas práticas e à qualificação do cuidado, favorecendo uma assistência mais humanizada (Tomasi *et al.*, 2021). Esse achado dialoga com os resultados desta revisão, que identificaram que, em determinados contextos, mulheres negras com parceiro fixo apresentaram maior adequação do pré-natal, sugerindo que fatores sociais e relacionais podem modificar a experiência de cuidado. Entretanto, tais relações são atravessadas por aspectos raciais, uma vez que as interações entre gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde podem influenciar experiências de discriminação e racismo na assistência obstétrica (Santana *et al.*, 2023; Guimarães *et al.*, 2025).

A persistência dessas desigualdades não se restringe ao contexto brasileiro. Estudos realizados em países de alta renda demonstram que mulheres negras relatam experiências de desumanização, discriminação e negligência na assistência à saúde materna, inclusive após considerar diferenças socioeconômicas. Esses achados reforçam que o racismo institucional constitui um elemento estruturante na produção das iniquidades em saúde, manifestando-se por meio de barreiras de acesso, práticas discriminatórias e desigualdades na oferta e qualidade dos cuidados (Bailey; Slatton, 2024; Williamson, 2021).

Dessa forma, embora as condições socioeconômicas exerçam importante influência sobre a assistência recebida, elas não explicam isoladamente as desigualdades raciais observadas, uma vez que diferenças relacionadas à raça/cor permanecem associadas aos desfechos maternos e à experiência de cuidado mesmo após o controle de outros fatores sociais (Lessa *et al.*, 2022; Rebouças *et al.*, 2024).

A interação entre determinantes sociais, como idade, escolaridade, renda, situação conjugal e região de residência, amplia as vulnerabilidades vivenciadas por mulheres negras e pardas. Estudos apontam que adolescentes negras apresentam maior exposição a desigualdades sociais, incluindo menor permanência escolar, interrupção da trajetória educacional e restrição de oportunidades futuras, especialmente em contextos periféricos e rurais (Costa Júnior *et al.*, 2022). Williamson (2021) destaca ainda que mulheres brasileiras negras e com menor escolaridade relatam com maior frequência experiências de discriminação e violência institucional durante a gestação e o parto. Assim, as desigualdades raciais em saúde resultam da interação entre condições sociais e experiências de racismo, ultrapassando explicações baseadas exclusivamente nas diferenças econômicas.

De forma similar, Santos, Oliveira e Bastos (2024) argumentam que processos sócio-históricos de desigualdade e subalternização atuam de maneira interseccional, produzindo experiências específicas de vulnerabilidade entre mulheres negras, especialmente aquelas jovens, com menor escolaridade, sem parceiro e residentes em regiões marcadas por maiores desigualdades sociais. Esse contexto converge com os achados desta revisão, que evidenciaram maior inadequação do pré-natal entre mulheres negras expostas a condições sociais desfavoráveis. Entretanto, esses fatores devem ser compreendidos em articulação com as relações raciais estabelecidas nos serviços de saúde, que podem influenciar experiências de discriminação e racismo no cuidado (Guimarães *et al.*, 2025).

Essas vulnerabilidades se manifestam em diferentes situações adversas ao longo do ciclo gravídico-puerperal, incluindo maior exposição à violência obstétrica, tabagismo durante a gestação, tentativas de aborto inseguro e peregrinação em busca de atendimento (Goes *et al.*, 2020). Estudos nacionais e internacionais evidenciam que mulheres negras e em condições socioeconômicas desfavoráveis enfrentam

maiores barreiras na assistência obstétrica, como menor vinculação à maternidade de referência, maior tempo de espera e menor acesso a métodos adequados para manejo da dor durante o parto (Brailey; Slatton, 2024; Williamson, 2021; Silva *et al.*, 2024).

Como consequência, a mortalidade materna entre mulheres negras permanece superior à observada entre mulheres brancas, refletindo a influência de fatores sociais, institucionais e raciais na ocorrência de óbitos maternos, muitos dos quais poderiam ser prevenidos por meio de uma assistência oportuna e qualificada (Silva et al., 2024).

As desigualdades raciais em saúde reprodutiva também se manifestam no contexto do aborto. Mulheres negras e em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica apresentam maior exposição a barreiras no acesso ao cuidado seguro, podendo vivenciar maior risco de complicações e necessidade de atendimento hospitalar (Goes *et al.*, 2020; Domingues *et al.*, 2020). Esse cenário evidencia que as iniquidades raciais ultrapassam o período pré-natal, alcançando outras trajetórias de cuidado reprodutivo nas quais desigualdades sociais e institucionais influenciam as experiências das mulheres (Domingues *et al.*, 2020).

Diante desse panorama, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a implementação de políticas orientadas pela equidade racial, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, constituem estratégias fundamentais para o enfrentamento das desigualdades e para a garantia de uma assistência integral às gestantes negras (Brasil, 2000; Brasil, 2010). Uma revisão da literatura sobre políticas de saúde, com enfoque na atenção primária, destaca que as desigualdades em saúde refletem injustiças sociais historicamente construídas e que os padrões de iniquidade são produzidos por processos sociais, políticos e institucionais, não sendo considerados fenômenos neutros (Pitombeira; Oliveira, 2020). Portanto, a superação dessas disparidades requer o enfrentamento do racismo estrutural presente nas relações sociais e nas práticas institucionais que organizam o sistema de saúde brasileiro.

Apesar da elevada cobertura do pré-natal no país, persistem desigualdades relacionadas ao acesso oportuno a exames essenciais, ao recebimento de orientações qualificadas e ao estabelecimento de vínculo com a maternidade de referência. A construção de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e gestantes, especialmente no acompanhamento de adolescentes, pode favorecer a continuidade da assistência e a identificação precoce de necessidades específicas; entretanto, esse processo depende de práticas profissionais acolhedoras e sensíveis às dimensões sociais e raciais que atravessam o cuidado (Assis *et al.*, 2021; Guimarães, 2025).

Assim, promover a equidade no cuidado pré-natal requer ações integradas que fortaleçam a formação dos profissionais para o enfrentamento do racismo e das iniquidades raciais, ampliem o acesso oportuno a exames e orientações qualificadas, assegurem o vínculo com maternidades de referência e incorporem a equidade racial como princípio orientador das políticas de saúde (Brasil, 2010; Brasil, 2024; Nariño *et al.*, 2025).

A superação dessas desigualdades constitui condição essencial para a redução da morbimortalidade materna e para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e comprometido com a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres negras (Williamson, 2021; Brasil, 2010).

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa evidenciou que as desigualdades raciais permanecem como importante obstáculo para a garantia de uma assistência pré-natal equitativa no Brasil, afetando o acesso, a continuidade e a qualidade do cuidado oferecido às mulheres negras. As evidências indicam que essas iniquidades extrapolam fatores socioeconômicos, refletindo a influência do racismo estrutural e institucional na organização dos serviços de saúde e nas práticas assistenciais.

Diante desse cenário, torna-se essencial fortalecer políticas públicas voltadas à equidade racial, qualificar a formação dos profissionais de saúde na perspectiva antirracista e ampliar estratégias que promovam acolhimento, vínculo, respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e cuidado centrado nas necessidades das gestantes.

Reconhecem-se, entretanto, limitações relacionadas à heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e à escassez de pesquisas recentes com recorte racial robusto, evidenciando a necessidade de novas investigações. A superação dessas desigualdades demanda ações intersetoriais comprometidas com a justiça social e com a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. S. S. DE B. et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 837–846, mar. 2021.

ALMEIDA A. H. V. et al. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011–2012. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 19(1):53–62, 2019.

BRAILEY, C.; SLATTON, B. C. Centering Black women's voices: illuminating systemic racism in maternal healthcare experiences. *Societies*. 14(5):70, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 set. Seção 1, p. 90, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2010.

CARMO, C.B. et al. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. **Femina**. 2022;50(3):184-192.

COELHO, R. et al. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Nota Técnica **IEPS**, n. 27, 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>. Acesso em: 26 Ago. 2025.

CONCEIÇÃO, E. M., SILVA, L. C. M.; RAMOS, N. M.; ALMEIDA, A. H. V. Desigualdades raciais no pré-natal em adolescentes no Brasil. **Facere scientia**. Jun;1–12, 2023.

- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 37(3):140 –147, 2015.
- FONSECA, S. et al. Trends in sociodemographic inequalities in prenatal care in Baixada Litorânea, a region of the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2000-2020: an ecological study. **Epidemiol Serv Saude**. 31(3):e2022074, 2023.
- GUIMARÃES, J. C. N.; PEREIRA A. L. F.; PRATA, J. A.; GONÇALVES, D. S. Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. **Rev Gaúcha Enferm**. 46:e20240265, 2025.
- GOES, E. F., et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad Saúde Pública**.36:e00189618, 2020.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition**. Adelaide: Joanna Briggs Institute, 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>. Acesso em: 26 Ago, 2025.
- JORGE, B. S.; SILVA, T. M. G. Iniquidade e violência contra a mulher negra no sistema de saúde: uma revisão narrativa. **CAOS Rev Eletr Ciênc Soc**. 1(32):52–68, 2024.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999–2001. **Rev Saúde Pública**. 39(1):100–7, 2005.
- LEAL, M. DO C. et al.. Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. e00036223, 2024.
- LESSA, M. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciênc Saúde Colet**. Rio de Janeiro, Oct; 27(10):3881–90, 2022.
- LIMA, M. M, et al. A importância do acompanhamento do Pré-natal na Atenção Básica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. 6(4):2457–2468, 2024.
- MALLMANN, M. B. et al.. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 4, p. e2018022, 2018.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. **New York: Lippincott Williams & Wilkins**, 2011.
- MIRANDA, T. F. M. et al.. Nascer no Brasil II: protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. e00249622, 2024.
- NARIÑO, S. et al. Strengthening equity and anti-racism in women's care: a quality improvement initiative reducing institutional maternal mortality in Brazil. *Int J Equity Health*. 2025;24:111.
- NIELSSON, J. G.. Direitos humanos, justiça reprodutiva e mortalidade materna no brasil 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel. **Revista Direito e Práxis**, v. 16, n. 1, p. e78389, 2025.
- OLIVEIRA, B. M. C., KUBIAK F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**. 2022;43(122):939-948.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 31, n. 2, e2022107, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742022000200033>. Acesso em: 26 Ago. 2025.

REBOUÇAS, P. et al. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. **Lancet Reg Health Am.** 2024;37:100833.

RODRIGUES, C. B. et al. Prenatal care and human rights: addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. **PLoS One.** 2023;18(2):e0281581.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A. ; LINHARES, A. O. Prenatal care in Southern Brazil: coverage, trend and disparities. **Rev Saúde Pública.** 2019;53:40.

SANTANA, A.T. et al. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Ciênc. Saúde Colet.** 29(9), 2023.

SANTOS, L. K. R.; OLIVEIRA, F.; BASTOS, J. L. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. **Physis.** 34:e34004, 2024.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

TOMASI Y. T. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 30(1):e2020383, 2021.

VICTORA, C. G. et al. Socioeconomic and ethnic inequalities in the quality of antenatal care in Brazil's public and private sectors. **Health Policy and Planning**, v. 25, n. 4, p. 253–261, jul. 2010.

WILLIAMSON, DE K. E. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropol Med.** 2021;28(2):172-187.