

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

**Disparidades Raciais no Acesso ao Parto e Pré-Natal de Mulheres Negras:**

Lições Aprendidas no Brasil

MARCELLA GEOVANNA FRANÇA DOS SANTOS

PROF. DRA. ELIZE MASSARD FONSECA

São Paulo – SP

2020

# **Disparidades Raciais no Acesso ao Parto e Pré-Natal de Mulheres Negras:**

## **Lições Aprendidas no Brasil**

### **Resumo** (250 palavras)

O campo de estudos do trabalho é saúde pública e tem como tema a saúde reprodutiva de mulheres negras. O objetivo pretendido é a identificação de boas práticas de enfrentamento as desigualdades raciais no acesso ao parto e pré-natal de mulheres negras no Brasil. A análise foi baseada no método de pesquisa qualitativo, fazendo uso de modelos de triangulação para aferição de resultados. A pesquisa indica que o Brasil tem poucos destaques em práticas locais, tendo o Ministério da Saúde como principal condutor de experiências positivas no campo. Os estados de Minas Gerais e Paraíba representaram um maior alinhamento aos direcionamentos dispostos pelo Ministério e tiveram como resultado melhores práticas na área. São destacados também possibilidades de atuação, com base na literatura explorada e questionário com especialistas da área. As maiores contribuições estão na análise da literatura sobre desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Brasil, particularmente em relação a população negra e na agenda de pesquisa em inovação nos serviços de saúde e atenção a população negra.

### **Palavras-chaves**

Saúde, Puérperas Negras, Racismo Institucional, Acesso, Boas Práticas

## 1. Introdução

A realidade brasileira coloca mulheres negras sujeitas a violações e violências relacionadas a todos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais<sup>1</sup>, assim como direitos sexuais e reprodutivos. Essas violações se dão tanto no acesso quanto na qualidade do atendimento e cuidado e podem ser identificadas na dificuldade de mobilidade; na insegurança alimentar; na ausência de saneamento básico; na precariedade de vínculos empregatícios e ausência de benefícios e assistência para gestantes; na violência doméstica familiar e institucional da peregrinação destas pessoas no sistema de saúde; na ausência de diálogo de profissionais de saúde e, na atuação do judiciário e do Estado;

Dado esse cenário, o debate do racismo como determinante social é de extrema importância no diálogo com políticas públicas já existentes, de forma a buscar o aperfeiçoamento e uma maior eficácia das mesmas. A introdução do recorte racial se faz necessária devido a relevância que as estatísticas têm sobre as decisões governamentais a serem desenvolvidas, sinalizando de forma suficiente e convincente a prioridade da questão como problema de saúde pública. A baixa produção científica é uma das responsáveis pela redução das possibilidades de enfrentamento da questão, contribuindo para a conservação da estrutura de iniquidades sociais encontrada atualmente.

O Brasil ainda carece em grande medida de estudos que considerem a variável raça em análises de desigualdade em saúde. É importante ressaltar que apenas a partir dos anos noventa, com a ação dos movimentos de saúde da população negra, o país passou a reconhecer raça como um dos fatores de desigualdade social<sup>2</sup>. Apesar dos estudos apontarem para uma disparidade no acesso da população negra, diversos autores explicam esse fato devido as características socioeconômicas dessa população (ARAUJO et al., 2009). Além disso, poucos investigam questões relacionadas a forma preconceituosa e discriminatória que as mulheres negras são por vezes tratadas nos serviços de saúde ou a estrutura de vantagens que acarretam essas desigualdades de acesso. Nesse sentido:

(...) raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde entre grupos raciais. (Araújo, 2009; 384)

---

<sup>1</sup> "Dia da Consciência Negra: números expõem desigualdade ...." 20 nov.. 2019, <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>2</sup> "A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública - SciELO." [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012). Acessado em 30 set.. 2020.

O conceito de racismo institucional ocorre no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, gerando a desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades à diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (LOPEZ 2012). Na área da saúde é manifestado na desigualdade de atendimento dos profissionais da saúde à população negra, assim como na negação ao acesso à proteção e direitos. Um exemplo dessa questão está na negação do uso de anestésico no momento do parto a mulheres negras com base no argumento de que há diferenças biológicas que fariam com que mulheres negras não necessitassem desse recurso para aliviar a dor (HOFFMAN ET AL. 2016). Esse fenômeno foi observado por Leal et al.<sup>3</sup>, onde profissionais de obstetrícia no Rio de Janeiro sugeriram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não aplicação de analgesia. Constatações como essa apresentam-se como um indicativo claro do caminho que ainda é necessário se percorrer em relação a questão no Brasil.

Diante desse cenário, o presente trabalho busca responder a seguinte questão: quais as melhores práticas para o enfrentamento do racismo no âmbito da saúde materna? Propondo-se identificar e apurar as boas práticas de combate ao racismo institucional na atenção ao pré-natal e parto de gestantes negras. Como objetivos específicos, pode-se apontar:

1. A exploração do debate acerca da atenção ao parto e pré-natal das mulheres negras no Brasil, abordando recortes socioeconômicos e demográficos;
2. A identificação de boas práticas relacionadas ao combate da desigualdade de acesso das mulheres negras ao pré-natal;
3. A investigação do papel do governo federal no desenvolvimento de iniciativas e políticas coordenadas para a prevenção ao racismo institucional e atenção à saúde da mulher negra.

Na primeira parte do presente trabalho são aprofundados os conceitos que permeiam a questão e ganham destaque na análise. A segunda parte diz respeito a metodologia utilizada, na terceira, são discutidos os resultados da pesquisa e por fim as conclusões.

---

<sup>3</sup> 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. P. 10.

## 2. Marco Analítico

No Brasil, foi sustentado por muito tempo o não reconhecimento do racismo, o que permitiu pouco progresso nas discussões sobre raça de maneira geral, apresentando uma baixa produção de estudos a respeito da relação entre raça e saúde<sup>4</sup>. A atuação do movimento negro no século XX foi de extrema importância para a priorização dessas discussões, o maior empenho no desenvolvimento de políticas de inclusão racial e na fomentação do diálogo com as esferas públicas geraram uma melhor inserção de suas demandas no debate. A introdução das pautas do movimento se deu tanto na esfera pública quanto na academia, de forma a estruturar áreas de estudos relacionadas a questão. Análises recentes têm compreendido o racismo como determinante social de saúde e o conceito de racismo institucional como campo de estudo, enquanto que a literatura internacional já apresenta avanços na exploração das iniquidades de acesso a saúde e as boas práticas para evitá-las<sup>5</sup>.

Smedley (2003), discute o avanço dos Estados Unidos na literatura de disparidade em saúde e boas práticas para atenção à saúde da população negra. Há um entendimento de que minorias raciais tendem a receber um cuidado de saúde menos adequado mesmo quando controlado por fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde como renda e cobertura de plano de saúde. A figura abaixo ilustra bem o conceito de disparidade de acesso a saúde (Figura 1). Ou seja, a diferença entre o acesso das minorias e não minorias aos serviços de saúde poderia ser explicado por fatores inerentes a enfermidade apresentada pelo paciente, a regulação e legislação que desfavorece o acesso das minorias e questões como discriminação e viés no atendimento dessa população. As duas últimas representam o conceito de disparidade.

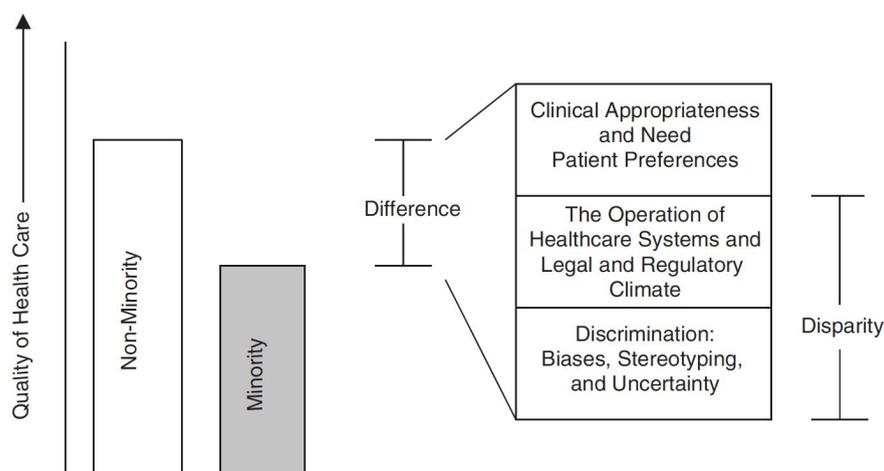
Fatores como entendimento estereotipado, preconceito e incerteza por parte dos cuidadores de saúde podem contribuir para um cuidado desigual. Assim como, as condições em que os encontros clínicos ocorrem – caracterizados por pressão de tempo, complexidade cognitiva, e redução de custos – também contribuem para que as necessidades de cuidado dessas minorias recebam menos atenção.

---

<sup>4</sup> MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.

<sup>5</sup> ARAÚJO, E.M. et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

Figura 1. Diferença, disparidade e discriminação: populações com acesso igualitário aos serviços de saúde.



Fonte: Smedley et al 2003.

A partir da atuação do movimento negro, em meados dos anos 90 foram tomadas as primeiras ações de governo para uma política de atenção à saúde da população negra no Brasil. Aquele foi um período favorável para a militância da causa por ocasião da 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância (Durban, 2001), que chamou a atenção para discussões sobre racismo como determinante social das condições de saúde.

Em 1995, foi criado um Grupo Interministerial para Valorização e Promoção da População Negra, que estabeleceu uma agenda de trabalho em resposta às demandas do movimento negro apresentadas durante a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo e Pela Vida em celebração aos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares. Nos dois anos subsequentes, o Ministério da Saúde lançou um Programa de Anemia Falciforme (que apesar dos esforços, não conseguiu grande aporte de recursos no Ministério).

A gestão do Presidente Luís Inácio Lula aprofundou os debates e aprimorou as ações voltadas para efetivação dos direitos deste grupo, culminando com a criação de uma Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (Seppir) em 2003. Além disso, foi criado um Comitê Técnico em Saúde da População Negra no MS, em 2004. Em 2006, as Redes Negras que atuam no campo da saúde e o movimento de mulheres negras estabeleceram o dia 27 de outubro como marco para uma mobilização nacional pela aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Conselho Nacional de Saúde. Na sequência desses eventos foi instituída uma Política Nacional de Saúde Integral

da População Negra (Portaria GM 992 de 14.05.09) e a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, que ampliou o escopo normativo dessa Política (Lei 12.288 de 20.07.10).

Apesar dos avanços, a exploração da interseccionalidade entre gênero e raça ainda se apresentava como incipiente na perspectiva do governo nacional, porém já era colocada em evidência em outros cenários, como destacado na 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância:

“Estamos convencidos de que racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata revelam-se de maneira diferenciada para mulheres e meninas, e podem estar entre os fatores que levam a uma deterioração de sua condição de vida, à pobreza, à violência, às múltiplas formas de discriminação e à limitação ou negação de seus direitos humanos”.

Mesmo com limitados ganhos, a estruturação do feminismo negro brasileiro se deu anos antes, motivado pela interface entre o ativismo das mulheres negras e o tema de saúde sexual e reprodutiva. O movimento teve seu fortalecimento a partir da repercussão da existência de um programa de esterilização em massa no Brasil, e mesmo sem consenso na literatura sobre o caráter racial da esterilização, setores do movimento negro apontaram a existência de um projeto eugênico em curso nas últimas décadas do século XX.

Entretanto, Martins pontua que “a falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca “espanto” quando se menciona a saúde da mulher negra”. E é essa realidade que faz com que, mesmo em um cenário de discussão internacional e apoio de movimentos nacionais, a interseccionalidade seja pouco estudada e notada pelos governos, colocando as mulheres negras em uma posição de expressiva desvantagem.

No contexto de saúde sexual e reprodutiva de mulheres negras, é possível identificar a questão da mortalidade materna com evidenciado destaque. Estudos apresentam estatísticas preocupantes a respeito dessa questão, visto que mulheres pretas possuem uma maior razão de mortalidade em vários estados e capitais brasileiras (Martins 2006) e segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, 60% das vítimas de mortalidade materna são negras (pretas e pardas) e 34% são brancas. Apesar dos esforços já empenhados e das estatísticas alarmantes pouco se conhece sobre práticas inovadoras e bem-sucedidas na atenção à saúde da gestante negra, particularmente no que diz respeito a atenção pré-natal.

As primeiras análises sobre o tema tiveram como base a Pesquisa Nascido no Brasil, o primeiro estudo brasileiro de base epidemiológica que descreve a atenção ao parto e nascimento. A partir da utilização do quesito raça/cor no inquérito, tornou-se possível a realização do recorte racial, apontando para as profundas desigualdades no acesso ao parto e pré-natal de qualidade no Brasil.

Com base nos dados dispostos pela Pesquisa, os estudos apresentaram diversos resultados a serem explorados. Análises apontam que em comparação às brancas, as puérperas de cor preta apresentaram maior risco de perder o vínculo com o serviço de saúde, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Além disso, mulheres de cor parda também apresentaram maior risco de assistência pré-natal inadequado e ausência de acompanhante quando comparadas às brancas (LEAL et al., 2017). Outras pesquisas apontam que mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes da 12ª semana, realizar mais de 6 consultas, teste HIV, VDRL, exame das mamas e receber orientações quanto à gestação, parto e aleitamento materno (ALMEIDA, 2017). As disparidades raciais podem ser encontradas tanto no processo de atenção à gestação quanto no parto, demonstrando uma deficiência no atendimento e cuidado entre mulheres pretas.

Mulheres pretas e pardas estão em piores condições também nas características socioeconômicas, havendo associações entre a raça/cor e a idade, escolaridade, renda, ocupação, paridade e utilização do serviço público (THEOPHILO ET AL., 2016). A inclusão dessas variáveis na análise pode gerar uma percepção de desigualdade de atendimento mais atrelada à essas características do que à raça em si. Porém, estudos que controlam essas variáveis, de forma a considerar a raça/cor de forma isolada, ainda assim demonstraram que, quando comparadas às brancas, as mulheres de raça/cor preta e parda apresentam, de maneira geral, piores indicadores de atenção pré-natal e atenção ao parto (LEAL et al., 2017). Como consequência, essas mulheres apresentam um maior predomínio de depressão pós-parto, de acordo com dados brasileiros (THEME FILHA 2016).

As iniquidades raciais no acesso à atenção pré-natal e parto de qualidade não são um problema exclusivamente brasileiro, há evidências dessa realidade em vários países onde dados sobre pertencimento étnico-racial são coletados juntamente ao registro de estatísticas vitais (SAUCEDO ET AL. 2013; HOWELL ET AL. 2013). Por exemplo, nos Estados Unidos, os níveis de mortalidade materna são mais expressivos em mulheres que fazem parte de minorias étnico-raciais. Entretanto, as diferenças se tornam mais claras quando a análise é direcionada ao número de estudos e práticas de enfrentamento ao problema que são colocadas em prática nessas outras localidades.

### 3. Métodos

Com o objetivo de identificar e explorar as boas práticas de combate ao racismo na atenção pré-natal de mulheres gestantes negras, a metodologia de pesquisa qualitativa foi a mais adequada pois permitiu explorar em profundidade um tema ainda pouco conhecido na literatura.

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada uma revisão de literatura sobre atenção ao pré-natal no Brasil para identificar as principais iniciativas e limitações referentes a mulher gestante negra. Em paralelo, foi efetuada uma pesquisa documental sobre diretrizes de governo para atenção à saúde da mulher negra. Uma vez que cabe ao Ministério da Saúde a coordenação por essas ações, iniciamos a investigação através de uma análise aprofundada dos documentos e diretrizes dessa esfera de governo. Posteriormente foi realizada uma consulta no site das 27 secretarias estaduais de saúde (SES) e do Distrito Federal para identificar iniciativas regionais. Essas iniciativas foram catalogadas e serviram de linha de base para a elaboração do questionário sobre o tema.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na condução de entrevistas através de um questionário enviado a especialistas para que: (1) comentassem sobre as iniciativas identificadas na primeira etapa, (2) informassem sobre práticas ainda não identificadas na primeira fase da pesquisa, (3) sugerissem com base na sua experiência e prática profissional que ações são relevantes para melhorar a atenção ao parto e pré-natal de mulheres negras. A seleção de entrevistados e respondentes se deu pela sua capacidade de comentar sobre o tema e experiência com ações para saúde da população negra (seja na gestão de serviços de saúde, academia ou atuação em um dos três níveis de governo). A lista com as organizações respondentes está disposta no Anexo I e a entrevista realizada no Anexo II. O questionário teve um total de 6 respostas, com respondentes dos estados de Santa Catarina (1), Paraná (1), Rio de Janeiro (3) e Maranhão (1). Por conta da pandemia do COVID-19, as entrevistas que seriam realizadas de forma presencial foram substituídas por um questionário que poderia ser respondido de forma escrita (através de e-mail) ou as respostas poderiam ser enviadas por áudio através do Whatsapp.

As respostas do questionário, em conjunto com a entrevista, o referencial e documentos previamente levantados, permitiram uma análise de conteúdo, de forma a examinar as diferentes informações e opiniões colocadas. Foram abordadas as seguintes perguntas:

- Identificação: Organização, Profissão, Nível de Escolaridade, Idade, Cidade e Estado;

- Qual a sua percepção sobre o acesso ao pré-natal e parto de mulheres negras no Brasil? Como você tomou conhecimento sobre esse tema?
- Quais as dificuldades enfrentadas pelas mulheres negras para ter acesso adequado ao pré-natal e parto no país?
- Quais as ações, iniciativas seriam adequadas para responder a essas dificuldades?
- Você conhece redes, instituições ou serviços de saúde que desenvolvem ações para atenção ao parto e pré-natal de mulheres negras? Quais?
- Quais as suas recomendações para melhorar as ações de pré-natal e parto de mulheres negras no Brasil?

A análise dos dados da pesquisa buscou em identificar boas práticas tendo como base o modelo de avaliação formulado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Como etapa do processo de avaliação de políticas, a identificação de boas práticas deve considerar as evidências coletadas, a triangulação da informação e validação de diferentes fontes para os insights apresentados. As fontes e conhecimentos formam um conjunto coerente, coeso, e reiteram uns aos outros, essa integração aumenta a chance de validade externa (PATTON, 2001). É importante que os critérios de validação das informações disponíveis se adequem ao campo de trabalho no qual está sendo realizada a análise. As boas práticas devem levar em conta também a possibilidade de generalização da iniciativa estudada para outras realidades, ou seja, a aplicação da prática em diferentes âmbitos de poder.

Foi realizado um relatório parcial de pesquisa e um relatório final. Espera-se que os achados gere um retorno aos gestores de forma que possam ter acesso as práticas identificadas por esse estudo.

#### **4. Resultados (2.000 palavras)**

##### *Contextualização*

O marco legal da saúde da população negra no Brasil se deu com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra, que tem como norte “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. A

PNSIPN representa uma forma de incentivo à discussão sobre raça e saúde em todas as esferas de governo. A expectativa era que os estados seguissem com a implementação da política até sua etapa final, porém é possível observar que isso se deu de maneira pontual, com poucos resultados efetivos.

A análise das 27 Secretarias de Estado de Saúde brasileiras indicou diferentes níveis de institucionalização da PNSIPN. Debates, discussões e oficinas sobre raça e saúde concentraram-se nos anos próximos a implementação da política, são mais identificadas de 2010 a 2014. Poucos estados estruturaram uma política e executaram um acompanhamento mais sistemático. Documentos oficiais das SES indicaram que Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Sergipe foram aqueles que estabeleceram um modelo de orientação e supervisão mais direcionado e estruturado, contando com documentos oficiais pautando o desenvolvimento de ações relacionadas a política no decorrer do tempo<sup>6</sup>.

Em alguns dos sites das Secretarias de Saúde estão dispostos materiais como os Cadernos de Atenção Básica, que olham para os diversos recortes de saúde, incluindo o da população negra. Alguns desses Cadernos como o de Assistência ao Parto de Baixo Risco<sup>7</sup> e de Saúde Sexual e Reprodutiva<sup>8</sup> são de extrema importância para essa análise, visto o aprofundamento no contexto de gestantes negras. O texto traz informações sobre atendimento, tipo de atenção, exames necessários e acompanhamento adequado a gestantes negras, trazendo dados e análises para a discussão. Porém, dado o escopo exploratório dessa pesquisa, não foi possível observar se essas ações foram aplicadas na prática. Não foi possível identificar, no cotidiano médico e hospitalar, um indicador de resultados já consolidados ou os dados gerados sobre esse tema.

No site do Ministério da Saúde é possível encontrar materiais como esses e outros que exploram a questão das gestantes negras. Muitos desses documentos foram desenvolvidos em parceria com o Ministério dos Direitos Humanos, elaborados pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, mas indicadores, métricas e acompanhamento não são dispostos no site. Um tema a ser explorado é a capacidade dos Estados de formularem a estrutura necessária para a correta implementação desses materiais, já que não são identificados investimentos na translação dessas diretrizes em experiências aplicadas nos Estados.

---

<sup>6</sup> "Secretarias Estaduais - Ministério da Saúde." 28 ago.. 2017, <http://www.saude.gov.br/secretarias-estaduais>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>7</sup> "Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde." <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOO==>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>8</sup> "Saúde sexual e saúde reprodutiva - BVS MS." 19 out.. 2006, [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acessado em 30 set.. 2020.

A questão da interseccionalidade é pouco explorada em âmbito estadual, afastando ainda mais esses entes da discussão sobre gestantes negras. Dos estados citados acima, daqueles com maior estrutura relacionada a PNSIPN, apenas Minas Gerais e Paraíba contam com uma percepção mais integrada, tendo iniciativas específicas voltadas ao público em questão.

Observa-se que existem atuações possíveis tanto para o enfrentamento das disparidades raciais no acesso a saúde quanto à adequação do parto e pré-natal, mas são poucas as ações que levam em conta ambos campos de trabalho e exercem essa interseccionalidade. Existem propostas que se implementadas de maneira a considerar essa intersecção, podem gerar ganhos positivos às mulheres negras gestantes e puérperas. De acordo com as informações dispostas nos respectivos sites, os estados de Goiás, Maranhão, Pará, Pernambuco e o Distrito Federal<sup>9</sup> apresentam uma rede de parto e pré-natal melhor estruturada, contando com diversos programas relacionados à redução de mortalidade materna, aumento de consultas de pré-natal, acompanhamento dos primeiros anos de vida da criança, boa cobertura da Rede Cegonha e outros. Porém, ainda faltam mecanismos que olhem mais diretamente para a questão racial, assim como a incorporação e análise de dados mais específicos sobre a população negra.

Nesse contexto, vale ressaltar a recomendação sugerida por Maria do Carmo Leal (2017) e que vai de encontro à apontamentos colocados por Smedley (2003):

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, conforme recomendado por Fiscella et al. (Leal et al, 2017; p.13).

### *Práticas Mapeadas*

Segundo os entrevistados atualmente o acesso ao pré-natal e parto de mulheres negras no Brasil apresenta resultados insatisfatórios. Cerca de três entrevistados sugeriram que racismo institucional é o principal estimulador das disparidades raciais na atenção ao parto e pré natal, porém, particularidades como o horário restrito de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde também apontam para o prejuízo na questão. Nesse sentido, uma

---

<sup>9</sup> "Secretarias Estaduais - Ministério da Saúde." 28 ago.. 2017, <http://www.saude.gov.br/secretarias-estaduais>. Acessado em 30 set.. 2020.

boa prática a ser indicada é o Saúde na Hora, programa coordenado pelo Ministério da Saúde e implementado pelo Estado de Minas Gerais<sup>10</sup>, que estendeu o horário de atendimento de algumas de suas UBS.

Adotando direcionamentos colocados pela iniciativa HumanizaSUS, Minas Gerais criou, em 2001, o Grupo Interinstitucional de Política de Humanização (GIPH)<sup>11</sup> que até hoje presta apoio a políticas e programas como o Saúde na Hora. Esse grupo foi responsável pela criação do Comitê Técnico de Saúde Integral da População Negra e Quilombola no âmbito estadual, estrutura que pode ser encontrada em outros Estados também, o diferencial deste em questão está na produção de conhecimentos, diagnósticos e eventos sobre o tema, assim como a coordenação efetiva de políticas alinhadas ao mesmo.

Como boa prática também vale mencionar o caso da Paraíba, onde em 2019, a Secretaria de Estado da Mulher e da Igualdade Humana lançou em parceria com PNUD, o Plano Estadual de Promoção da Igualdade Racial<sup>12</sup>, com objetivos alocados em diferentes setores, mas tendo a saúde como um dos principais. O PIR paraibano traz uma avaliação da situação de vida da população negra do estado e traça as respectivas metas para enfrentamento dos desafios encontrados. A saúde reprodutiva das mulheres negras é uma das pautas abordadas e nesse sentido, foram discutidas e estabelecidas metas que pautam a interseccionalidade, com investimento na pesquisa e geração de dados no tema. A Paraíba conta com um Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial, implementado em 2011, que faz a coordenação de ações como essas.

O PIR traça um caminho importante para o enfrentamento da desigualdade do acesso ao parto e pré-natal no Brasil. Houve um consenso entre os entrevistados de que a principal dificuldade para a promoção de um acesso adequado para esse grupo está na interseccionalidade de determinantes em saúde como raça, classe e gênero. Pensar em uma diretriz que englobe essa interseccionalidade terá maiores chances de sucesso. Ou seja, as violações e violências relacionadas a todos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, assim como direitos sexuais e reprodutivo aos quais mulheres negras são submetidas, só poderá ser vencido com ações conjuntas e interdisciplinares.

---

<sup>10</sup> "SES-MG alinha com municípios do Norte de Minas diretrizes ...." 19 jun.. 2019, <https://www.saude.mg.gov.br/aedes/story/11263-ses-mg-alinha-com-municipios-do-norte-de-minas-diretrizes-para-adesao-ao-programa-saude-na-hora>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>11</sup> "Grupo Interinstitucional da Política de Humanização (GIPH ...." <https://www.saude.mg.gov.br/ngc/page/359-grupo-interinstitucional-da-politica-de-humanizacao-giphsmg>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>12</sup> "Governadora em exercício lança Plano da Igualdade Racial ...." 20 nov.. 2019, <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/governadora-em-exercicio-lanca-plano-da-igualdade-racial-da-paraiba>. Acessado em 30 set.. 2020.

Como destaque em boas práticas e ações relevantes nesse sentido, é possível identificar atores do segundo e terceiro setor também. Um exemplo é a Sankofa<sup>13</sup>, grupo de atenção ao parto domiciliar no Rio de Janeiro, voltado à mulheres negras de baixa renda, que fazem um trabalho de informação, acompanhamento e proteção à essas gestantes. Há ainda diversas organizações de advocacy, responsáveis por pressionar o poder público para a ação no tema, a Organização Criola<sup>14</sup> e o Grupo Curumim<sup>15</sup> são referências aqui.

### *Possibilidades de Atuação*

A bibliografia nacional a respeito do tema indica diferentes possibilidades de atuação para o enfrentamento das disparidades em saúde, tendo a produção de conhecimento científico, a capacitação dos profissionais de saúde, a divulgação de informações à população e a formulação de políticas focais de atenção à saúde como os tópicos mais explorados nas recomendações.

A produção de conhecimento científico deve continuar se desenvolvendo tanto em um contexto quantitativo quanto qualitativo. Os levantamentos estatísticos gerados anteriormente serviram como base de discussão de políticas já consolidadas, ao passo que novos dados serão responsáveis pelo aperfeiçoamento e criação de novas políticas. Como verificado por Maio e Monteiro (2005, p. 432):

A consolidação do projeto político de racialização da saúde pública necessita também da geração de dados estatísticos que evidenciem as clivagens entre brancos e negros na área da saúde. Lembrando Pinto e Souza (2002, p. 1144): “nesse contexto de discussão, novos atores apresentam-se na cena social para apontar a necessidade de dados sobre a situação da saúde da população negra. A produção de informação passou então a ser um forte componente para a construção e fortalecimento da identidade negra”.

É relevante destacar a importância do acompanhamento dos dados já produzidos, como forma de enfatizar os ganhos, perdas e permanências observados no decorrer dos anos.

A pesquisa qualitativa também deve ser evidenciada, de forma a possibilitar uma investigação mais aprofundada a respeito do tema, podendo destacar as motivações dos grupos que discutem as questões, a localização das hipóteses dos problemas e o

---

<sup>13</sup> "Sankofa - Atendimento Gestacional: Home." <https://projetosankofa.com.br/>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>14</sup> "Criola." <https://criola.org.br/>. Acessado em 30 set.. 2020.

<sup>15</sup> "Grupo Curumim." 14 set.. 2019, <http://grupocurumim.org.br/>. Acessado em 30 set.. 2020.

reconhecimento das opiniões e expectativas relacionadas. Edna Araújo *et al* pontua que “mesmo que incipiente, a produção de pesquisas no Brasil, aliada ao que tem sido demandado pelos movimentos sociais, têm contribuído para a elaboração de políticas públicas com vistas à redução de desigualdades raciais em saúde.”<sup>16</sup>

A divulgação de informações à população negra, assim como a capacitação dos profissionais de saúde são identificadas como possibilidades de atuação em diversos estudos científicos, porém ainda não existem análises que pautam a permeabilidade dessas práticas e seus resultados efetivos no Brasil. A estruturação das capacitações pode se dar a partir da exploração de pesquisas e dados gerados a partir do conhecimento científico, de forma a contextualizar os profissionais da importância das medidas ali desenvolvidas, como foi sugerido em alguns dos artigos sobre a saúde da população negra.

Como já salientado anteriormente, a experiência americana mostra-se avançada no sentido de levantar dados sobre mortalidade materna, assistência ao pré-natal, disparidades em saúde e em como diretrizes para lidar com esses problemas. O reconhecimento do racismo e das disparidades raciais na realidade dos Estados Unidos, permitiu um início precoce (se comparado ao Brasil) de medidas que visam a superação das problemáticas causadas por essas questões. Esse movimento foi fundamental para uma melhor estruturação das políticas destinadas à população negra americana existentes hoje.

Smedley (2003) explora o conceito de raça e disparidade racial, assim como aponta as conceitos e variáveis para compreender melhor esse fenômeno. O autor também indica recomendações gerais e intervenções políticas, legais e regulatórias para o enfrentamento das disparidades no cuidado em saúde. Essas recomendações podem ser desempenhadas em distintos espaços, não as restringindo à atores ou órgãos específicos. Alguns exemplos são, o aumento da proporção de minorias raciais e étnicas sub-representadas entre os profissionais de saúde e a promoção da equidade do atendimento por meio do uso de diretrizes baseadas em evidência. Muitas dessas recomendações podem ser também observadas na literatura brasileira, porém não sistematizadas como proposto pelo autor.

Em relação à adequada atenção ao parto e pré-natal, o Instituto Fernandes Figueira, com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz, é responsável por comandar um Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Na plataforma é possível encontrar um catálogo de boas práticas relacionadas ao tema, tendo como exemplos a Rede Cegonha, o Caderno HumanizaSUS e a Caderneta da Gestante.

---

<sup>16</sup> ARAÚJO, E.M. et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

Nesses programas, as práticas consideradas satisfatórias estão muito relacionadas a: a) incorporação de pesquisas científicas que abordam a humanização no atendimento à gestante nos treinamentos dos profissionais de saúde e b) a disponibilização de informações à população atendida. O tipo de suporte dado à Rede Cegonha fornece a base necessária para um acompanhamento de dados atual e próximo das gestantes e puérperas, sendo uma sustentação importante para o desempenho de políticas que levam em conta essas análises, mas é preciso realizar a conexão entre dados e estudar a questão de maneira interseccional.

Mudanças mais profundas dizem respeito a reformulações em diversos âmbitos a partir de uma lógica antirracista, com ampla participação dos segmentos de mulheres negras na sociedade civil organizada. Mesmo que essa estratégia pareça mais distante, ela também começa na consideração do racismo como determinante dos desfechos em saúde, tendo essa percepção como fio condutor de toda uma possível reestruturação.

## 5. Conclusão

O presente trabalho teve caráter exploratório, com o objetivo de identificar boas práticas no combate ao racismo institucional na atenção ao pré-natal e parto de gestantes negras. Observou-se um aumento do conhecimento teórico sobre gestão e prática administrativa no mapeamento dessas práticas em uma perspectiva nacional.

As principais dificuldades encontradas no desenvolvimento da pesquisa estiveram relacionadas ao reduzido número de dados já produzidos a respeito do tema. Há poucos estudos e dados de pesquisa sobre esse tema no Brasil. A incipiência de pesquisas quantitativas que abrangem a questão gerou uma reincidência dos dados na revisão bibliográfica, de forma a limitar as análises a grupos de dados específicos. Em relação a exploração de iniciativas governamentais, as dificuldades se deram na identificação de programas, projetos ou políticas relacionadas especificamente à mulher negra gestante nos diferentes âmbitos. O tema ainda tem uma limitada atenção por parte dos órgãos governamentais brasileiros. Foi possível identificar uma atenção como os programas direcionados às gestantes, mas pouca produção específica à mulheres negras.

O Ministério da Saúde foi responsável pela elaboração de materiais que compreendem uma atenção direcionada à população negra e mulheres negras, porém a disseminação desse conteúdo não é estruturada e esse conhecimento não é implementado em outros níveis de governo. Uma vez que não foi possível identificar, após extensa pesquisa documental, iniciativas implementadas no nível local, foi difícil responder a questão de pesquisa inicialmente proposta. . Aparentemente o tema da atenção do pré-natal, parto e mortalidade materna entre mulheres negras é circunscrito a academia e sociedade civil mobilizada, onde a produção de estudos relacionados a questão vem evoluindo e são criadas organizações que buscam um enfrentamento maior da questão. Estudos futuros devem investigar a razões pelas quais a institucionalização dessas ações têm sido tão limitada no nível local.

Além disso, é fundamental identificar mecanismos de incentivo para que as ações promovidas no âmbito no Ministério da Saúde sejam de fato implementadas nas outras esferas de governo. Traçar caminhos para a aplicação dos protocolos já estabelecidos pelo governo federal pode apresentar uma perspectiva de futuro mais positiva na questão. É possível observar que os estados com maior progresso no tema, Minas Gerais e Paraíba, foram aqueles que implantaram comitês, conselhos e estratégias que se alinhavam aos direcionamentos

colocados pelo Ministério, assim como desenvolveram estruturas mais sistemáticas para acompanhamento e coordenação das ações.

É pertinente salientar que qualquer ação em direção ao enfrentamento das desigualdades no acesso ao parto e pré-natal de mulheres negras deve levar em consideração o racismo institucional como determinante em saúde e interseccionalidade. Essas variáveis são reconhecidas nos documentos elaborados pelo Governo Federal, na formulação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra, mas pouco aprofundadas em visões mais locais, mais próximas da prática em si. O cenário de distanciamento entre formulação e implementação de políticas é conhecido em diversos setores da atuação pública, e continua gerando conflitos em diferentes níveis. Melhor integrar essas ações é fundamental para melhorar o do acesso ao pré-natal e assistência ao parto de mulheres negras para que possamos de fato reduzir o inaceitável quadro de mortalidade materna dessa população no Brasil.

## 6. Referências (10 a 30 referências, 500 palavras)

ARAÚJO, E.M. et al. **The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. SECRETARIA DE ESTADO DA MULHER E DA DIVERSIDADE HUMANA. **Plano Estadual de Promoção da Igualdade Racial.** João Pessoa, 2019.

LEAL, M.C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

LÓPEZ, L.C. **The concept of institutional racism: applications within the healthcare field.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

HOFFMAN K.M., et al. **Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites.** Proc Natl Acad Sci., 113(16):4296-301.

HOWELL EA, ZEITLIN J, HEBERT P, BALBIERZ A, EGOROVA N. **Paradoxical trends and racial differences in obstetric quality and neonatal and maternal mortality.** *Obstet Gynecol* 2013; 121:1201-8.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: **In times of racialization: the case of the ‘health of the black population’ in Brazil.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, May-Aug. 2005.

MARTINS, A. L. **Mortalidade Materna de Mulheres Negras no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2473-2479, nov, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde Sexual e Reprodutiva.** Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco.** Brasília, 2013.

Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). **PROJETO: ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/edna-araujo-pesquisas-sobre-servicos-de-saude-nao-pautam-o-racismo-institucional-e-interpessoal/40570/>>. Acesso em 10/05/2019.

PATTON, M. (2001). **Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned** *American Journal of Evaluation*, 22(3), 329–336.

SAUCEDO M, DENEUX-THARAUX C, BOUVIER-COLLE MH; **French National Experts Committee on Maternal Mortality. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007.** *Obstet Gynecol* 2013; 122:752-60

SMEDLEY, B. D. et al. **Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care.** *Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care.* 2003.

SOUZA DE ALMEIDA, Millani. **Cuidado Pré-Natal a Mulheres Negras e Brancas no Brasil: Indicador de Adequação e Fatores Associados.** Salvador, 2017.

THEME FILHA MM, AYERS S, da GAMA SG, LEAL MC. **Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012.** *J Affect Disord* 2016; 194:159-67.

THEOFILO, Rebeca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2016.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Handbook on Planning , Monitoring and Evaluating for Development Results.** Undp, p. 1–232, 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Caderno HumanizaSUS - Humanização do Parto e do Nascimento.** Brasília, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO UNA-SUS. **Redes de Atenção à Saúde - A Rede Cegonha**. São Luís, 2016.

WERNECK, J. **Racismo Institucional - Uma Abordagem Conceitual**. Geledés – Instituto da Mulher Negra.

## 7. Anexos (350 palavras)

### ANEXO I

Organizações respondentes do questionário:

Fundação Oswaldo Cruz

Institute for Healthcare Improvement;

Organização de Mulheres Negras Criola;

Rede Estadual de Ensino;

Rede Mulheres Negras Paraná;

Universidade Federal do Maranhão;

### ANEXO II

Entrevista realizada:

Silvana Granado: FioCruz, docente e pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em saúde. Atuação em pesquisas na área materno-infantil e dos desigualdades sociais em saúde.

Data: 14/11/2019

Descrição:

MF: Qual foi o contexto de desenvolvimento da pesquisa Nascido no Brasil?

SG: A Nascido no Brasil teve como base pesquisa sobre mortalidade infantil, o estudo era sobre crianças e perceberam que não tinha como estudar crianças sem estudar a gestação e parto das mães dessas. Fizemos uma extensão da pesquisa para todo o Brasil, iniciou como um estudo no Rio e depois houve uma vontade de representação nacional. Estudo inédito, não tínhamos nada nesse porte. Agora vamos realizar um segundo levantamento, com maior foco no recorte raça/cor.

MF: Quais foram as decisões que levaram a se pensar no recorte raça/cor e por que será ainda mais analisados nesse segundo levantamento?

SG: Dessa vez a pesquisa está com maior foco na questão da raça, inclusão da pergunta “qual cor se identifica”. O quesito raça/cor sempre esteve, agora há um maior recorte racial porque se está falando disso em vários lugares;

MF: Qual foi o contexto institucional que levou a isso?

SG: Não mudou muito, só perceberam o que estava acontecendo e fomos agregando. Não somos especialistas no assunto.

MF: Havia algum tipo de exigência ou pressão externa?

SG: Não, foi uma forma de acompanhar os debates sobre inclusão do momento.

MF: Existem destaques de boas práticas no assunto?

SG: Rede Cegonha

MF: Houve algum acompanhamento dos dados?

SG: Não, mas tem alguns estudos mais recentes, como o Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012, do André Henrique Almeida. Nesse estudo entra o recorte de discriminação por ser adolescente, pela raça e classe.