Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Assistência pré-natal e parto de mulheres negras no Brasil

Prenatal care and childbirth of black women in Brazil

Atención prenatal y parto de mujeres negras em Brasil

Yasmin Cristine Silva Alves[1], Mariana Helen Gonçalves Martins[2], Simone Mara Ferreira Miranda[3], Adílio Renê Almeida Miranda[1], Heloisa Turcatto Gimenes Faria[5], Juliano de Souza Caliari[5], Anna Paula Mendes Marques de Lima Franco[1], Patrícia Scotini Freitas[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as evidências científicas sobre a assistência no pré-natal e no parto a mulheres negras no Brasil. **Métodos:** Revisão integrativa realizada em nove fontes de informação, incluindo literatura cinzenta. As referências foram organizadas no EndNote e analisadas no Rayyan. A seleção, extração de dados e avaliação dos estudos foram realizadas de forma independente por dois revisores. O nível de evidência e a qualidade metodológica foram avaliados segundo Johns Hopkins Evidence-Based Practice Model. **Resultados:** Foram incluídos 39 estudos primários organizados em quatro categorias. Os achados evidenciam dificuldades de acesso, baixa qualidade do cuidado e presença de racismo institucional, expressos em menor número de consultas, ausência de orientações, restrição de acompanhante, violência obstétrica e não realização de exames. **Considerações finais:** Mulheres negras enfrentam desigualdades significativas na assistência ao pré-natal e ao parto no Brasil, reforçando a necessidade de formação antirracista, melhoria do cuidado e fortalecimento de políticas públicas voltadas à equidade.

Palavras-chave: Cuidado pré-Natal, Parto, Mulheres, População negra, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scientific evidence on prenatal and childbirth care provided to Black women in Brazil. **Methods:** Integrative review conducted across nine information sources, including gray literature. The references were organized in EndNote and analyzed in Rayyan. Study selection, data extraction, and evaluation were performed independently by two reviewers. The level of evidence and methodological quality were assessed according to the Johns Hopkins Evidence-Based Practice Model. **Results:** Thirty-nine primary studies were included and organized into four categories. The findings reveal difficulties in access, low quality

[1] Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Alfenas – MG.
[2] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte – MG.
[3] Centro Universitário do Sul de Minas (UNIS-MG), Varginha – MG.
[4] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais (IFSULDEMINAS), Passos – MG.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Departamento de Ciência e Tecnologia/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde/Ministério da Saúde (DECIT/SECTICS/MS). Processo: 445273/2023-2.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | ACEITO EM: 4/2026 | PUBLICADO EM: 5/2026

of care, and the presence of institutional racism, expressed through a lower number of prenatal visits, lack of guidance, restriction of a companion during childbirth, obstetric violence, and failure to perform examinations. **Final considerations:** Black women face significant inequalities in prenatal and childbirth care in Brazil, highlighting the need for anti-racist training, improvements in care, and strengthening of public policies aimed at equity.

Keywords: Prenatal care, Childbirth, Women, Black population, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica sobre la atención en el prenatal y en el parto a mujeres negras en Brasil. **Metodos:** Revisión integradora realizada en nueve fuentes de información, incluyendo literatura gris. Las referencias fueron organizadas en EndNote y analizadas en Rayyan. La selección de los estudios, la extracción de datos y la evaluación se realizaron de forma independiente por dos revisores. El nivel de evidencia y la calidad metodológica fueron evaluados según el Johns Hopkins Evidence-Based Practice Model. **Resultados:** Se incluyeron 39 estudios primarios organizados en cuatro categorías. Los hallazgos evidencian dificultades de acceso, baja calidad de la atención y presencia de racismo institucional, expresados en un menor número de consultas, falta de orientaciones, restricción de acompañante durante el parto, violencia obstétrica y no realización de exámenes. **Consideraciones finales:** Las mujeres negras enfrentan desigualdades significativas en la atención prenatal y del parto en Brasil, lo que refuerza la necesidad de formación antirracista, mejoras en la atención y fortalecimiento de políticas públicas orientadas a la equidad.

Palabras clave: Atención prenatal, Parto, Mujeres, Población negra, Enfermería.

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal (PN), quando realizado de forma adequada e por profissionais qualificados, é essencial para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, ao possibilitar o monitoramento da gestação, a identificação precoce de riscos e a preparação da mulher para o parto e o puerpério, incluindo o incentivo ao aleitamento materno e o apoio integral (PAIZ JC, et al., 2021; WHO, 2023; BRASIL, 2024).

A assistência ao parto deve ocorrer de forma humanizada, respeitando a autonomia da mulher e considerando suas dimensões física, mental, social e cultural, sendo a qualidade do cuidado e a comunicação elementos centrais para desfechos maternos mais favoráveis (OPAS, 2023).

No Brasil, apesar da garantia constitucional do direito à saúde e da implementação de políticas públicas voltadas à qualificação da assistência materna, persistem desigualdades importantes no acesso e na qualidade do cuidado. Evidências recentes demonstram que mulheres negras apresentam maior risco de morbimortalidade materna e piores indicadores de assistência, refletindo iniquidades estruturais no sistema de saúde (BRASIL, 2024; SOUZA AF, et al., 2025; FONTOURA VM et al., 2025).

Apesar dos avanços nas políticas públicas, mulheres negras seguem enfrentando importantes desigualdades na assistência obstétrica, como maiores taxas de morbimortalidade materna, menor acesso à anestesia, PN inadequado, peregrinação entre maternidades e ausência de acompanhante no parto. Esses dados revelam a presença do racismo estrutural e institucional, o que contribui para o agravamento da morbimortalidade materna entre mulheres negras (LIMA KD, et al., 2021; LESSA MSA, et al., 2022; SILVA APFF, et al., 2023).

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender como a assistência ao pré-natal e ao parto de mulheres negras no Brasil tem sido ofertada à luz das políticas públicas vigentes. Sendo assim, este estudo teve por objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a assistência no PN e no parto a mulheres negras no Brasil.

MÉTODOS

Revisão Integrativa (RI) conduzida em seis etapas (MENDES KDS, et al., 2008), a saber: 1) Elaboração da pergunta de pesquisa; 2) Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; 3) Processo de coleta de dados dos estudos primários incluídos; 4) Avaliação dos estudos primários; 5) Análise e síntese dos resultados e 6) Apresentação da RI. Para garantir o rigor do relato da condução desta RI, recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA) (PRISMA, 2020) foram utilizadas. Ademais, o protocolo da RI foi inserido no repositório científico Open Science Framework (ALVES YCS, et al., 2024).

Para a formulação da pergunta norteadora, utilizou-se o acrônimo PICO (CANTO GDL, 2020) em que P (população) corresponde às mulheres negras no Brasil; I (intervenção ou área de interesse e contexto) refere-se à assistência no pré-natal e no parto; C (comparação) não se aplica; e O (desfecho/resultados) qualidade da assistência prestada. Assim, obteve-se a seguinte questão norteadora para esta revisão: Como é a assistência no PN e no parto a mulheres negras no Brasil?

A busca dos estudos primários foi realizada no dia 05 de agosto de 2024, nas seguintes fontes de informação: *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online/National Library of Medicine National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed), *Web of Science Core Collection* (WOSCC), *Scopus*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Dados em Enfermagem da Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF/BVS), *Biomedical Answer* (Embase) e as fontes de informação da literatura cinzenta *Google Scholar* e *ProQuest*.

A estratégia de busca combinou descritores controlados (MeSH, DeCS, Emtree e CINAHL *Headings*), termos alternativos e palavras-chave em português, espanhol e inglês, adaptados para cada fonte de informação. Após um teste piloto no PubMed, as estratégias foram ajustadas para as demais fontes de informação. Para garantir uma busca ampla e ao mesmo tempo sensível, os termos foram combinados com operadores booleanos (AND e OR) entre os componentes P e I do acrônimo PICO (CANTO GDL, 2020), conforme demostrado no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada no portal MEDLINE/PubMed, Alfenas - MG, 2026.

("Prenatal Care"[MeSH Terms] OR "Prenatal"[Title/Abstract] OR "Antenatal"[Title/Abstract] OR "Ante Natal"[Title/Abstract] OR "Prenatal Education"[MeSH Terms] OR "Perinatal Care"[MeSH Terms] OR "Perinatal"[Title/Abstract] OR "Perinatalogy"[Title/Abstract] OR "Pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnanc*"[Title/Abstract] OR "Gestation"[Title/Abstract] OR "gestate*"[Title/Abstract] OR "gestating"[Title/Abstract] OR "gestational"[Title/Abstract] OR "Child Bearing"[Title/Abstract] OR "Childbearing"[Title/Abstract] OR "Gravidity"[Title/Abstract] OR "Parturition"[MeSH Terms] OR "parturition*"[Title/Abstract] OR "birth*"[Title/Abstract] OR "childbirth*"[Title/Abstract] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "Labor"[Title/Abstract] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "deliver*"[Title/Abstract]) AND ("Black people"[MeSH Terms] OR "Black"[Title/Abstract] OR "Blacks"[Title/Abstract] OR "negro*"[Title/Abstract] OR "African Continental Ancestry Group"[All Fields] OR "Black or African American"[MeSH Terms] OR "african american*"[Title/Abstract] OR "afro american*"[Title/Abstract] OR "african brazilian"[Title/Abstract] OR "Vulnerable Populations"[MeSH Terms] OR "Vulnerable"[Title/Abstract] OR "Disadvantaged"[Title/Abstract] OR "Underserved"[Title/Abstract] OR "health disparate minority and vulnerable populations"[MeSH Terms] OR "disparat*"[Title/Abstract] OR "minorit*"[Title/Abstract] OR "sensitive population*"[Title/Abstract] OR "Racism"[MeSH Terms] OR "racism*"[Title/Abstract] OR "racial*"[Title/Abstract] OR "Racist"[Title/Abstract] OR "Ethnicism"[Title/Abstract] OR "Race"[Title/Abstract] OR "Ethnic"[Title/Abstract] OR "Discrimination"[Title/Abstract]) AND ("Brazil"[MeSH Terms] OR "brazil*"[All Fields] OR "brasil*"[All Fields] OR "Unified Health System"[All Fields] OR "Unified National Health System"[All Fields] OR "Single Health Care System"[All Fields] OR "Single Health System"[All Fields] OR "Unified Health Care System"[All Fields])

Fonte: Alves YCS, et al., 2026.

Foram incluídos estudos primários, publicados entre 2000, ano da criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e 2024, que abordaram a assistência no PN e no parto a mulheres negras no Brasil, em inglês, português ou espanhol. Foram excluídos cartas ao editor, revisões, editoriais e dissertações, teses ou monografias.

Após as buscas, os resultados foram exportados para o gerenciador EndNote® com o objetivo de remover referências duplicadas e organizar os registros conforme as fontes de informação pesquisadas.

Posteriormente, os estudos selecionados foram importados no aplicativo *web* Rayyan, onde foi realizada a triagem dos estudos em duas etapas: inicialmente pela leitura dos títulos e resumos, seguida pela leitura dos textos na íntegra.

Os estudos selecionados foram revisados de forma independente por dois pesquisadores. Eventuais discordâncias entre os revisores foram resolvidas por um terceiro pesquisador em ambas as etapas do processo (CANTO GDL, 2020).

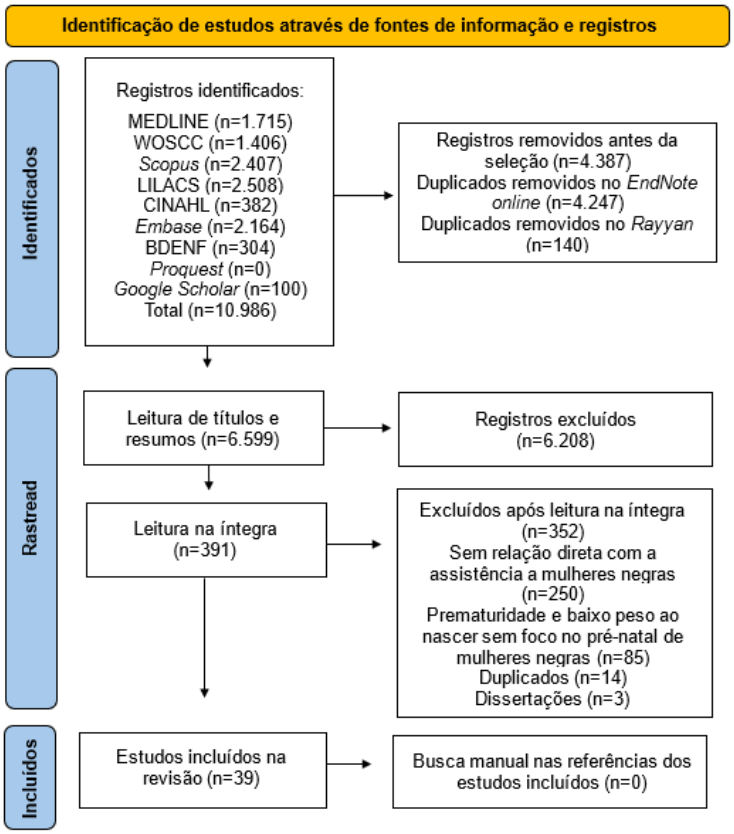
Os estudos foram extraídos por meio de um formulário construído pelos autores da presente RI. Os itens do formulário foram baseados nos elementos do PICO, foram aplicados de forma uniforme após treinamento prévio dos revisores. A extração de dados foi realizada de forma independente por dois revisores e, nos casos de divergências, por um terceiro para resolução (CANTO GDL, 2020).

A classificação do nível de evidência e a avaliação da qualidade metodológica foram realizadas com base no modelo Johns Hopkins Evidence-Based Practice Model (JHEBP Model) (DANG D, et al., 2022). Após treinamento prévio para padronização, dois revisores avaliaram os estudos independentemente, com um terceiro revisor intervindo para resolver conflitos (CANTO GDL, 2020). A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva, com a organização das informações em quadros-síntese, proporcionando uma apresentação clara e detalhada de cada estudo primário incluído na RI.

RESULTADOS

A busca resultou em 10.986 registros, dos quais 391 foram encaminhados para leitura na íntegra. Após análise dos revisores, 39 estudos compuseram a amostra final. A **Figura 1** ilustra o processo.

Figura 1 - Adaptação do fluxograma PRISMA de seleção dos estudos incluídos, Alfenas - MG, 2026.



Fonte: Adaptado de PRISMA (2020).

Do conjunto dos 39 estudos incluídos (FREITAS PF, et al., 2005; LEAL MC, ET al., 2005; SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007; SILVEIRA MF, et al., 2008; VELOSO VG, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; TEIXEIRA NZF, et al., 2012; CESAR JA, et al., 2013; DOMINGUES RMSM, et al., 2013; BERNARDES ACF, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; LEITE FMC, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; FONSECA SC, et al., 2015; BERQUÓ E e LAGO TG., 2016; . BELFORT IKP, et al., 2016; DINIZ CSG, et al., 2016; RATTNER D e MOURA EC., 2016; LEAL MC, et al., 2017; LINHARES AO e CESAR JA, 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; BARROS FC e VICTORA CG, 2019; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; CESAR JA, et al., 2020; ALVES MTSSBA, et al., 2021; LIMA KD, et al., 2021; FONSECA SC, et al., 2022; LESSA MSA, et al., 2022; MARTIN MM, et al., 2022; NUNES AL, et al., 2022; ALVES G, et al., 2023; FERREIRA RM e FERLA AA., 2023; OLIVEIRA LF, et al., 2023; PAIXÃO ES, et al., 2023; SANTOS FJF, et al., 2023; CASTRO CT, et al., 2024; REBOUÇAS P, et al., 2024) conduzidos no Brasil, alinhado com os critérios de elegibilidade adotados, permite compreender de forma mais aprofundada a realidade brasileira sobre o tema, considerando as especificidades socioculturais, políticas e organizacionais do sistema de saúde do país.

A distribuição dos estudos incluídos revela predominância de abordagem quantitativa (FREITAS PF, et al., 2005; LEAL MC, et al., 2005; SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007; SILVEIRA MF, et al., 2008; VELOSO VG, et al. 2008; VICTORA CG, et al., 2010; CESAR JA, et al., 2013; DOMINGUES RMSM, et al. 2013; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; LEITE FMC, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; FONSECA SC, et al., 2015; BELFORT IKP, et al., 2016; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; LEAL MC, et al., 2017; LINHARES AO e CESAR JÁ, 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; LESSA MSA, et al., 2019; 36. BARROS FC e VICTORA CG, 2019; ALVES MTSSBA, et al., 2021; LESSA MSA, et al., 2022; NUNES AL, et al., 2022; FERREIRA RM e FERLA AA., 2023; SANTOS FJF, et al., 2023; REBOUÇAS P, et al., 2024). Quanto ao ano de publicação, os estudos evidenciam uma concentração mais expressiva nos anos recentes, especialmente a partir de 2014 (DOMINGUES RMSM, et al., 2014; BERNARDES ACF, et al.2014; LEITE FMC, et al., 2014), culminando em um pico de publicações em 2022 (FERREIRA RM, e FERLA AA, 2022; FONSECA SC, et al., 2022; LESSA MSA, et al., 2022; MARTIN MM, et al., 2022; NUNES AL, et al., 2022).

Isso pode estar relacionado ao maior reconhecimento do tema, impulsionado por debates políticos e novas políticas para a assistência materno-infantil. O **Quadro 2** apresenta esses achados, além do nível de evidência e qualidade metodológica dos 39 estudos incluídos na presente RI.

Quadro 2 - Identificação dos estudos incluídos segundo autores, ano de publicação, tipo de estudo, qualidade metodológica e nível de evidência, Alfenas - MG, 2026.

Estudos incluídos/ Ano de publicação	Tipo de estudo	QM/NE*
FREITAS PF, et al., 2005	Transversal	A/3
LEAL MC, et al., 2005	Transversal	A/3
SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007	Transversal	A/3
SILVEIRA MF, et al., 2008	Transversal	A/3
VELOSO VG, et al., 2008	Transversal	A/3
VICTORA CG, et al., 2010	Coorte	A/3
TEIXEIRA NZF, et al., 2012	Epidemiológico	A/3
DOMINGUES RMSM, et al., 2013	Transversal	A/3
CESAR JA, et al., 2013	Transversal	A/3
BERNARDES ACF, et al., 2014	Coorte	A/3
DOMINGUES RMSM, et al., 2014	Transversal aninhado em coorte	A/3
LEITE FMC, et al., 2014	Transversal quantitativo	A/3
DOMINGUES RMSM, et al., 2015	Transversal	A/3
FONSECA SC, et al., 2015	Transversal	A/3
DINIZ CSG, et al., 2016	De base hospitalar	A/3
RATTNER D e MOURA EC, 2016	Série temporal	A/3
BERQUÓ E e LAGO TG, 2016	Transversal	A/3
BELFORT IKP, et al., 2016	Transversal	B/2
LINHARES AO e CESAR JA, 2017	Transversal	A/3
LEAL MC, et al., 2017	Transversal	A/3
THEOPHILO RL, et al., 2018	Transversal	A/3
LESSA MSA, et al., 2019	Transversal	A/3
BARROS FC e VICTORA CG, 2019	Coorte	A/3
BENZAKEN AS, et al., 2020	Analítico	A/3
CESAR JA, et al., 2020	Transversal quantitativo	A/3
ALVES MTSSBA, et al., 2021	Transversal	A/3
LIMA KD, et al., 2021	Qualitativo	B/4
LIMA KD, et al., 2021	Qualitativo	B/4
FONSECA SC, et al., 2022	Transversal	A/3
LESSA MSA, et al., 2022	Observacional	A/3
MARTIN MM, et al., 2022	Ecológico de série temporal	A/3
NUNES AL, et al., 2022	Transversal	B/3
ALVES G, et al., 2023	Transversal observacional	A/3
CASTRO CT, et al., 2023	Transversal aninhado em coorte	A/3
FERREIRA RM e FERLA AA, 2023	Observacional	A/3
OLIVEIRA LF, et al., 2023	Transversal	A/3
PAIXÃO ES, et al., 2023	Ecológico	A/3
SANTOS FJF, et al., 2023	Transversal aninhado em coorte	A/3
REBOUÇAS P, et al., 2024	Coorte	A/3

Fonte: Alves YCS, et al., 2026.

Dos 39 estudos incluídos nesta revisão, 17 (FREITAS PF, et al., 2005; SILVEIRA MF, et al., 2008; VELOSO VG, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; LEITE FMC, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; RATTNER D e MOURA EC, 2016; LEAL MC, et al., 2017; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; ALVES MTSSBA, et al., 2021 LESSA MSA, et al., 2022; NUNES AL, et al., 2022; PAIXÃO ES, et al., 2023; REBOUÇAS P, et al., 2024) abordaram a temática no contexto nacional geral, utilizando dados secundários provenientes de fontes amplamente reconhecidas e consolidadas no campo da saúde pública brasileira.

Entre as principais fontes destacam-se: o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), os bancos de dados de coortes nacionais como o Núcleo de Investigação em Saúde Materno Infantil (NISAMI), prontuários hospitalares, o inquérito nacional “Nascer no Brasil”, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) e os registros da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (POARC),

entre outros. A utilização dessas bases confere robustez metodológica aos estudos, permitindo uma análise abrangente da assistência à saúde materna no Brasil, com ênfase na população negra. Os demais 22 estudos incluídos abordaram a temática em regiões específicas do Brasil, essa distribuição está apresentada no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Distribuição dos estudos que abordaram a temática em regiões específicas do Brasil, Alfenas - MG, 2026.

Região	Referência
Sul	SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007; CESAR JA, et al., 2013; LINHARES AO e CESAR JA, 2017; MARTIN MM, et al., 2022; THEOPHILO RL, et al., 2018; BARROS FC e VICTORA CG, 2019; CESAR JA, et al., 2020; FERREIRA RM e FERLA AA, 2023
Sudeste	LEAL MC, et al., 2005; DOMINGUES RMSM, et al., 2013; FONSECA SC, et al., 2015; DINIZ CSG, et al., 2016; FONSECA SC, et al., 2022; SANTOS FJF, et al., 2023
Centro-Oeste	TEIXEIRA NZF, et al., 2012; ALVES G, et al., 2023
Nordeste	BERNARDES ACF, et al., 2014; BELFORT IKP, et al., 2016; LIMA KD, et al., 2021; CASTRO CT, et al., 2023; OLIVEIRA LF, et al., 2023

Fonte: Alves YCS, et al., 2026.

Os estudos analisados revelam um cenário marcado por desigualdades estruturais, institucionais e interpessoais que impactam negativamente a saúde materna de mulheres negras no Brasil, sendo que essas barreiras comprometem o acesso e a qualidade da assistência, resultando em desfechos maternos e neonatais mais desfavoráveis. Para melhor compreensão dessas iniquidades, o **Quadro 4** apresenta uma síntese dos principais indicadores identificados nos estudos incluídos, comparando os desfechos entre mulheres negras e brancas.

Quadro 4 - Comparativo de indicadores de cuidado pré-natal e parto por raça/cor nos estudos incluídos, Alfenas - MG, 2026.

Indicador	Mulheres negras	Mulheres brancas	Referências
Inadequação do pré-natal (Início tardio e número de consultas menor que 6)	Maiores taxas	Menores taxas	LEAL MC, et al., 2005; SILVEIRA MF, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; BERNARDES ACF, et al., 2014; LEITE FMC, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2015 FONSECA SC, et al., 2015; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; LEAL MC, et al., 2017; LESSA MSA, et al., 2019; LESSA MSA, et al., 2022; MARTIN MM, et al., 2022; CASTRO CT, et al., 2023
Realização de exames e encaminhamentos, suplementação e avaliação nutricional	Menor cobertura	Maior cobertura	VELOSO VG, et al., 2008; DOMINGUES RMSM, et al., 2013; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; BELFORT IKP, et al., 2016; DINIZ CSG, et al., 2016; LINHARES AO e CESAR JA, 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; ALVES MTSSBA, et al., 2021; BENZAKEN AS, et al., 2020; CESAR JA, et al., 2020; FONSECA SC, et al., 2022; OLIVEIRA LF, et al., 2023 PAIXÃO ES, et al., 2023
Suplementação de ferro	Maior	Menor	CESAR JA, et al., 2013
Violência obstétrica	Maior frequência	Menor frequência	LIMA KD, et al., 2021; LIMA KD, et al., 2021; NUNES AL, et al., 2022; ALVES G, et al., 2023; FERREIRA RM e FERLA AA, 2023
Mortalidade materna e neonatal	Taxas mais elevadas	Taxas menores	FREITAS PF, et al., 2005; SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007; TEIXEIRA NZF, et al., 2012; RATTNER D e MOURA EC, 2016; BARROS FC e VICTORA CG, 2019; SANTOS FJF, et al., 2023; REBOUÇAS P, et al., 2024

Fonte: Alves YCS, et al., 2026.

Nesse contexto, essas iniquidades são apresentadas de forma multifacetada e foram agrupadas em quatro categorias, a saber, desigualdades raciais na assistência no PN e no parto, destacando falhas no acesso e na qualidade (LEAL MC, et al., 2005; SILVEIRA MF, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; DOMINGUES RMSM, et al., 2013; LEITE FMC, et al., 2014; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; FONSECA SC, et al., 2015; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; DINIZ CSG, et al., 2016; LEAL MC, et al., 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; ALVES MTSSBA, et al., 2021; FONSECA SC, et al., 2022; LESSA MSA, et al., 2022; MARTIN MM, et al., 2022; CASTRO CT, et al., 2023); percepções de mulheres negras, revelando experiências de racismo vivenciadas na atenção à saúde (BERNARDES ACF, et al., 2014; LIMA KD, et al., 2021; LIMA KD, et al., 2021; NUNES AL, et al., 2022; FERREIRA RM e FERLA AA, 2023); indicadores de saúde materna e neonatal, evidenciando piores desfechos entre mulheres negras, como maiores taxas de mortalidade materna e neonatal (FREITAS PF, et al., 2005; SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007; TEIXEIRA NZF, et al., 2012; RATTNER D e MOURA EC, 2016; BARROS FC e VICTORA CG, 2019; ALVES G, et al., 2023; SANTOS FJF, et al., 2023; REBOUÇAS P, et al., 2024) e desafios, incluindo a necessidade de formação profissional antirracista, educação permanente e implementação efetiva de políticas públicas (VELOSO VG, et al., 2008; CESAR JA, et al., 2013; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; BELFORT IKP, et al., 2016; LINHARES AO e CESAR JA, 2017; CESAR JA, et al., 2020; OLIVEIRA LF, et al., 2023; PAIXÃO ES, et al., 2023).

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos, no que tange às desigualdades raciais na assistência no PN e no parto, destacam falhas tanto no acesso quanto na qualidade do atendimento, que afetam especialmente mulheres negras (IBGE, 2023), as quais comprometem o início precoce e o acompanhamento adequado durante o período gestacional, com fatores socioeconômicos e regionais agravando a experiência negativa dessas mulheres nos serviços de saúde(LEAL MC, et al., 2005; SILVEIRA MF, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; DOMINGUES RMSM, et al., 2013; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; DINIZ CSG, et al., 2016; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; LEAL MC, et al., 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; FONSECA SC, et al., 2022; LESSA MSA, et al., 2022).

Mulheres em maior vulnerabilidade socioeconômica e as que se autodeclaram negras tendem a iniciar o PN mais tardiamente, geralmente após 12 semanas de gestação, e realizaram menos consultas (VICTORA CG, et al., 2010). Um estudo indicou que mulheres negras têm quase o dobro da chance de realizar seis consultas ou menos em comparação às mulheres brancas. Em contraste, mulheres brancas e de maior renda iniciam o PN no primeiro trimestre e têm mais consultas (LEITE FMC, et al., 2014). No Sistema Único de Saúde (SUS), mulheres negras também enfrentam menor acesso e qualidade no cuidado PN (DOMINGUES RMSM, et al., 2013; DINIZ CSG, et al., 2016).

Outro estudo mostrou que a prevalência de acesso ao PN no primeiro trimestre entre gestantes negras variou de 8,1% a 74,81%, enquanto entre mulheres brancas os percentuais oscilaram entre 44,9% e 94,0%, indicando menores chances de acesso ao cuidado precoce (SILVA, PHA. et al., 2022).

Outro ponto é que a qualidade e adequação da assistência no PN também se mostram desiguais racialmente. Apesar do aumento da taxa de cobertura no país, uma grande parcela das mulheres brasileiras recebe um cuidado considerado intermediário, muitas vezes superficial e sem garantia de qualidade. A assistência no PN inadequada é mais frequente entre mulheres negras, especialmente adolescentes, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas e sem companheiro (DOMINGUES RMSM, et al., 2015; FONSECA SC, et al., 2015; LEAL MC, et al., 2017; THEOPHILO RL, et al., 2018; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; FONSECA SC, et al., 2022; MARTIN MM, et al., 2022).

Falhas na qualidade do cuidado para mulheres negras no PN se evidenciam na menor realização de procedimentos e exames essenciais, como o exame de urina, que é mais frequentemente não realizado entre gestantes negras e de baixa escolaridade. De modo geral, mulheres negras também fazem menos ultrassonografias. Um estudo revelou que, embora a ultrassonografia obstétrica seja um direito previsto nas diretrizes, muitas mulheres relataram dificuldade em ter acesso a esse exame, assim como à consulta odontológica, que também é garantida, mas pouco reconhecida e oferecida (LEAL MC, et al., 2005; SILVEIRA MF, et al., 2008; VICTORA CG, et al., 2010; FONSECA SC, et al., 2015).

Ademais, apesar de existir alta prevalência de uso de medicamentos durante a gestação (incluindo preparações antianêmicas, analgésicos e medicamentos para distúrbios gastrointestinais), mulheres negras utilizaram medicamentos antianêmicos com menor frequência, o que pode sugerir menor acesso aos serviços de saúde e cuidados no PN inadequados, considerando a sua predisposição genética para anemia ferropriva e anemia falciforme (CASTRO CT, et al., 2023).

Desigualdades na assistência no parto afetam especialmente mulheres negras, que enfrentam maior risco de falta de vínculo com a maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação entre maternidades. Essas mulheres também têm menor oferta de anestesia, relatos de agressões e recebem menos práticas não farmacológicas para alívio da dor. Além disso, mulheres negras recebem menos informações sobre tipo de parto e local do parto, são menos atendidas no primeiro serviço procurado e enfrentam maior tempo de espera, evidenciando o impacto dos determinantes sociais na via de parto (LEAL MC, et al., 2005; THEOPHILO RL, et al., 2018).

As desigualdades na atenção obstétrica estão enraizadas na vulnerabilidade socioeconômica e no racismo institucional, reflexo de opressões históricas e estruturais. No Brasil a discriminação racial se expressa em maus-tratos e negligência, afetando especialmente mulheres negras. Além das barreiras de acesso, elas enfrentam um cuidado precário, perpetuado por atitudes discriminatórias, muitas vezes inconscientes, dos profissionais de saúde. Para enfrentar essas disparidades, é essencial denunciar o racismo, investir na formação crítica dos profissionais e promover um cuidado mais justo, ético e integral (SILVEIRA MF, et al., 2008; DOMINGUES RMSM, et al., 2015; FONSECA SC, et al., 2015; BERQUÓ E e LAGO TG, 2016; LESSA MSA, et al., 2019; BENZAKEN AS, et al., 2020; ALVES MTSSBA, et al., 2021; SILVA, PHA et al., 2022).

Os estudos que abordam as percepções de mulheres negras sobre experiências de racismo vivenciadas nos serviços de saúde materno-infantil, trazem à tona a dimensão do racismo estrutural e da violência obstétrica sob a ótica de quem sofre as discriminações no PN e no parto. Apesar da redução na falta de atendimento, negras ainda enfrentam nos serviços acolhimento marcado por discriminação, evidenciando a persistência de atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde (BERNARDES ACF, et al., 2014; NUNES AL, et al., 2022).

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil revelam que o racismo ainda estrutura a assistência obstétrica às mulheres negras. Em Pernambuco (LIMA KD, et al., 2021) identificaram a crença na maior resistência dessas mulheres à dor, naturalizando seu sofrimento. No Rio Grande do Sul (NUNES AL, et al., 2022) relataram negligência, agressões e peregrinação dessa mulher em busca de atendimento. Apesar das diferenças regionais e metodológicas, ambos os estudos demonstram que o racismo, aliado ao sexismo e à desigualdade social, agrava a vulnerabilidade dessas mulheres e compromete a qualidade do cuidado materno-neonatal, evidenciando a urgência de políticas públicas com enfoque interseccional e territorial.

Ao analisar a intersecção entre raça e escolaridade materna, os dados demonstram que, mesmo entre mulheres negras com maior nível de escolaridade, as desigualdades étnico-raciais persistem. Embora a escolarização seja reconhecida como um fator protetivo em diversos desfechos de saúde, seu efeito parece ser atenuado pela presença do racismo estrutural. Estudos apontam que mulheres negras, mesmo com ensino superior, continuam apresentando piores indicadores de saúde materna em comparação com mulheres brancas com escolaridade semelhante (PAIXÃO ES, et al., 2023; REBOUÇAS P, et al., 2024). Esses achados reforçam que a escolaridade, isoladamente, não é suficiente para neutralizar as desigualdades raciais, evidenciando a necessidade de estratégias interseccionais que considerem simultaneamente fatores sociais, raciais e institucionais na formulação de políticas públicas e na qualificação do cuidado.

A categoria sobre indicadores de saúde materna e neonatal evidencia que mulheres negras enfrentam piores desfechos, com maiores taxas de mortalidade e morbidade, além de menor acesso a cuidados adequados durante a gestação, parto e pós-parto. Essas desigualdades raciais demandam atenção especial no PN de mulheres pobres e negras. Observa-se também maior ocorrência de cesarianas em partos pagos por planos de saúde ou de forma particular, reforçando a necessidade de mudanças nas políticas de assistência ao parto (BARROS FC e VICTORA CG, 2019).

A análise dos indicadores de atenção ao parto revela que mulheres negras permanecem mais expostas a práticas discriminatórias e violências obstétricas, recebendo cuidados de pior qualidade em comparação às mulheres brancas e apresentando piores desfechos no parto e nascimento, o que confirma a persistência de iniquidades raciais. Procedimentos como a amniotomia precoce e o clampeamento imediato do cordão ocorreram com maior frequência entre mulheres negras, estando associados a riscos relevantes e a formas explícitas de violência obstétrica. Por outro lado, a menor realização de intervenções como a litotomia e os puxos dirigidos, embora possa parecer inicialmente favorável, pode indicar negligência no cuidado, configurando também uma manifestação de discriminação racial pela omissão (ALVES G, et al., 2023).

Em estados com maior acesso ao parto hospitalar, a maioria das primíparas era branca (65,5%), enquanto nas regiões com menor acesso predominavam mulheres pardas (64,9%). Mulheres asiáticas, negras e indígenas representaram apenas 2,9% dos partos em ambos os contextos (FREITAS PF, et al., 2005).

Mesmo com diferenças percentuais aparentemente pequenas, a menor presença de mulheres negras e indígenas nos partos hospitalares revela desigualdades raciais estruturais, marcadas por racismo institucional, desigualdade socioeconômica e invisibilidade estatística, que vão além do acesso aos serviços. Além disso, exceto entre indígenas em regiões com menor acesso, todos os grupos apresentaram taxas de cesariana superiores aos 15% máximos estabelecidos pela OMS, (FREITAS PF, et al., 2005) o que também demanda análise interseccional sobre quem está sendo submetida a intervenções obstétricas desnecessárias.

Entre 2000 e 2010, as taxas de cesariana no Brasil aumentaram de forma constante, superando 50% dos nascimentos em todas as categorias. O uso de cesarianas esteve mais associado a fatores como maior escolaridade, idade avançada, ser branca e residir em regiões mais desenvolvidas, especialmente entre usuárias de serviços privados, que apresentam índices mais elevados do que os serviços públicos (RATTNER D e MOURA EC, 2016).

Adicionalmente, entre 2000 e 2004, em Santa Catarina, 44,4% dos nascimentos foram por cesariana, com maior ocorrência entre mulheres acima de 35 anos, com alta escolaridade e mais de sete consultas pré-natais. Recém-nascidos (RN) “não brancos” apresentaram menor chance de cesariana em comparação aos “brancos”, mantendo esse efeito protetor após ajustes, exceto em 2002 (SOUZA JUNIOR JC, et al., 2007).

Diante disso, evidencia-se ainda que a cor/raça influencia a via de parto, sendo o parto vaginal mais comum entre mulheres negras, enquanto a cesariana é mais frequente entre mulheres brancas. Amniotomia também ocorreu mais entre negras. Além da cor branca, fatores como idade acima de 30 anos, maior renda e parto em hospital privado estão associados à cesariana (SANTOS FJF, et al., 2023).

Nesse contexto, observa-se ainda altas taxas de cesariana em todas as regiões do país, sobretudo nos hospitais privados, com mais de 80% de cesarianas. Essas taxas foram mais elevadas em mulheres com idade ≥ 35 anos, cor da pele branca, com maior escolaridade e com companheiro (DIAS BAS, et al., 2022).

Estudo com mais de 21 milhões de nascidos vivos no Brasil (2012-2019) revelou desigualdades étnico-raciais nos desfechos perinatais. Prematuridade, baixo peso, pequeno para idade gestacional (PIG) e mortes neonatais precoces poderiam ser significativamente reduzidos sem essas desigualdades, com quedas estimadas de até 11,8%. Mesmo entre mulheres com maior escolaridade, as desigualdades persistem, sendo ainda mais acentuadas entre as de menor escolaridade. Entre mulheres negras, a redução desses desfechos poderia ultrapassar 40,0% (REBOUÇAS P, et al., 2024).

No Mato Grosso, 63% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres afrodescendentes, percentual que excede em 10% sua representação na população. A elevada proporção de mortes atribuídas a falhas na assistência médica revela importantes desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado em saúde. Entre as principais causas de óbito entre mulheres negras, destacam-se os transtornos hipertensivos da gestação, parto e puerpério. Em 2006, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por causas obstétricas diretas entre mulheres negras atingiu 392,9 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, dados que indicam que a chance de óbito materno foi cinco vezes maior entre mulheres negras e indígenas em comparação às brancas (TEIXEIRA NZF, et al., 2012; ALVES G, et al., 2023). Esses dados reforçam a existência de iniquidades raciais na atenção ao parto e nascimento, com indicadores significativamente piores para as mulheres negras.

Em relação aos desafios, incluindo a necessidade de formação profissional antirracista, educação permanente e implementação efetiva de políticas públicas, é importante reforçar junto aos profissionais a necessidade de ações básicas, como a suplementação de ferro para gestantes. Estudo mostrou que as maiores prevalências de suplementação foram observadas entre mulheres de cor da pele branca, que viviam com companheiro, possuíam maior escolaridade e renda, eram primíparas, haviam planejado a gestação, iniciado o PN no primeiro trimestre e realizado seis ou mais consultas. Em contrapartida, as menores prevalências foram verificadas entre mulheres de cor da pele preta, com menor escolaridade e pertencentes aos estratos socioeconômicos mais baixos (LINHARES AO e CESAR JA, 2017).

Por outro lado, um estudo identificou que, após ajuste para potenciais fatores de confusão, as maiores prevalências de suplementação foram observadas entre mães adolescentes, de cor da pele preta, primíparas, que completaram seis ou mais consultas, realizaram PN na rede pública e foram suplementadas com complexo vitamínico (CESAR JA, et al., 2013).

A alta prevalência de anemia falciforme entre mulheres negras destaca a necessidade de ações de saúde que considerem aspectos raciais/étnicos da mãe e o acompanhamento do RN. Além da suplementação, é essencial alinhar o cuidado às questões nutricionais, já que o estado nutricional das gestantes é influenciado pela raça/cor e desigualdades sociais, reforçando a importância de programas de alimentação focados em grupos vulneráveis (OLIVEIRA LF, et al., 2023).

Os estudos apontam que durante a gestação, 100% das mulheres negras e 76% das pardas relataram anemia ferropriva, enquanto a hipertensão arterial foi mencionada por 11% das negras e 6% das pardas. Além disso, 33% das negras apresentaram anemia falciforme. Todas realizaram PN em Unidades Básicas de Saúde, sem acesso a unidades de referência que oferecessem suporte adequado para exames e cuidados especializados necessários (BELFORT IKP, et al., 2016).

Do mesmo modo, é fundamental reforçar a testagem anti-HIV, já que mulheres não brancas, com menor escolaridade e menos consultas pré-natais apresentam menor oferta do exame em comparação às mulheres brancas com maior educação e frequência de consultas. Divulgar informações sobre prevenção da transmissão vertical é essencial para ampliar a cobertura, especialmente entre mulheres não brancas e com menor escolaridade (VELOSO VG, et al., 2008).

A mesma vigilância precisa se estender em relação à testagem para sífilis. O diagnóstico precoce da sífilis na gravidez é crucial para controlar a sífilis congênita, exigindo a universalização do cuidado. Porém, um estudo realizado no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul, revelou que isso não ocorre efetivamente. A não realização do teste sorológico foi mais prevalente entre mães negras, com baixa escolaridade, baixa renda, poucas consultas pré-natais e sem suplementação de sulfato ferroso (CESAR JA, et al., 2020).

Ademais, a testagem para sífilis foi menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, especialmente entre mulheres jovens, não brancas, com baixa escolaridade e usuárias do sistema público de saúde. A maior prevalência da doença ocorreu entre mulheres negras ou pardas, com pouca escolaridade, sem PN e atendidas por serviços públicos ou mistos. Estudos revelam a prevalência de 0,91% de sífilis materna, com taxas mais elevadas entre mulheres negras (1,71%) em comparação com indígenas (0,56%) e brancas (0,64%). Mulheres negras e pardas apresentaram maior risco de tratamento inadequado ou ausência de tratamento, diagnóstico tardio (durante ou após o parto) e menor chance de tratamento dos parceiros (PAIXÃO ES, et al., 2023). As disparidades étnico-raciais na sífilis materna e congênita exigem intervenções que considerem a interseccionalidade de raça, educação, classe social e local de residência. O controle eficaz da sífilis é fundamental para alcançar a meta da OMS de eliminar a transmissão mãe-filho até 2030 (DOMINGUES RMSM, et al., 2014; BRASIL, 2024).

Diante disso, o enfrentamento do racismo na saúde materno-infantil requer ações específicas para reduzir disparidades, como a reestruturação dos serviços e melhorias da qualidade no PN e no parto. Há necessidade de pesquisas sobre a efetividade de políticas antirracistas, intervenções para equidade racial e formação dos profissionais. A revisão aponta desigualdades raciais, sociais e regionais, evidenciando que mulheres

brancas, com melhores condições socioeconômicas e residentes no Sul e Sudeste, têm maior acesso e qualidade no cuidado. Diante disso, as ações devem priorizar gestantes negras, com baixa escolaridade e renda, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

As limitações do estudo incluem um recorte temporal restrito, que pode ter comprometido a abrangência dos achados e a identificação de estudos mais antigos relevantes à temática. Além disso, a exclusão de determinados delineamentos metodológicos pode ter limitado a diversidade de estudos analisados. Destaca-se a predominância de estudos transversais e o uso de dados secundários, o que impõe limitações à análise dos achados, especialmente quanto à possíveis falhas nos registros, como subnotificação e omissão de variáveis relevantes. Nos estudos qualitativos, devem-se considerar possíveis vieses de percepção e interpretação, exigindo cautela na generalização dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iniquidades raciais na assistência pré-natal e parto de mulheres negras no Brasil são estruturais e agravadas por fatores sociais como pobreza, juventude e ausência de rede de apoio. O racismo institucional impacta negativamente os desfechos maternos e neonatais, evidenciado por falhas como início tardio do PN, poucas consultas, falta de exames e violência obstétrica. Para enfrentá-las, é urgente implementar estratégias antirracistas, como capacitações obrigatórias sobre equidade racial na formação profissional, fortalecer políticas públicas como a Rede Alyne com recorte étnico-racial, e adotar indicadores específicos para monitoramento, como presença de acompanhante, início oportuno do PN e taxas de mortalidade materna e neonatal por raça/cor. Referências internacionais, como o Black Mamas Matter Alliance, podem inspirar adaptações ao contexto brasileiro. É essencial reestruturar a assistência com base na integralidade e justiça social, fortalecendo o SUS por meio de ações avaliativas e transformadoras.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Departamento de Ciência e Tecnologia/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde/ Ministério da Saúde (DECIT/SECTICS/MS) pelo financiamento da pesquisa, por meio do Processo: 445273/2023-2.

REFERÊNCIAS

1. ALVES MTSSBA, et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(3):837–46.
2. ALVES G, et al. Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”, 2023; 9(9d3):1-19.
3. ALVES YCS, et al. Prenatal and childbirth care for black women in the brazilian context: an integrative review. Open Science Framework. Disponível em: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GJRA2.
4. BARROS FC, VICTORA CG. A tale of many cities in one: the Pelotas (Brazil) Birth Cohorts, 1982–2015. International Journal of Epidemiology, 2019; 48(Suppl 1):i89–93.
5. BELFORT IKP, et al. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. Revista Saúde e Sociedade, 2016; 25(3):631–40.
6. BENZAKEN AS, et al. Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36(1):e00057219.
7. BERNARDES ACF, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. BMC Pregnancy and Childbirth, 2014; 48(5):766-74.
8. BERQUÓ E, LAGO TG. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. Revista Saúde e Sociedade, 2016; 25(3):550–60.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Governo do Brasil; 2024 Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br.
10. BRASIL. Pré-natal no SUS [Internet]. Brasília: Governo do Brasil; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-de-acoes-e-programas/pre-natal-no-sus.
11. CANTO GDL. Revisões sistemáticas da literatura. 22. ed. Curitiba: Brazil Publishing; 2020.
12. CASTRO CT, et al. Racial Disparities in Medication Use During Pregnancy: Results from the NISAMI Cohort. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2024; 17:2755–75.
13. CESAR JA, et al. Suplementação com sulfato ferroso entre gestantes: resultados de estudo transversal de base populacional. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2013;16(3):729–36.
14. CESAR JA, et al. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2020; 23:e200012.
15. DANG D, et al. Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: model and guidelines. 4th ed. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2022.
16. DIAS BAS, et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. Caderno de Saúde Pública, 2022; 38(6):e00073621
17. DINIZ CSG, 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). Revista Saúde e Sociedade, 2016; 25(3):561-572.
18. DOMINGUES RMSM, et al. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2013;16(4):953–65.
19. DOMINGUES RMSM, et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Revista de Saúde Pública, 2014; 48(5):766-774.
20. DOMINGUES RMSM, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, 2015; 37(3):140-147.
21. FERREIRA RM, FERLA AA. Racismo institucional e integralidade do cuidado: interseccionalidades na gestação e parto de mulheres residentes em periferia urbana. Saberes Plurais Educação na Saúde, 2023; 6(2).
22. FONSECA SC, et al. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2015; 15(2):209-217.
23. FONSECA SC, et al. Tendência das desigualdades sociodemográficas no pré-natal na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro, 2000-2020: um estudo ecológicoEpidemiologia e Serviços de Saúde, 2022; 31(3):e2022074.
24. FONTOURA VM, et al. Fatores epidemiológicos e redução na mortalidade materna no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025;7(3):553-560.
25. FREITAS PF, et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública, 2005;39(5):761–7.
26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2023, Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101979.
27. LEAL MC, et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999–2001. Revista Saúde Pública, 2005; 39(1):100–7.
28. LEAL MC, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Revista Caderno de Saúde Pública, 2017; 33:e00078816.
29. LEITE FMC, et al. A influência das características socioeconómicas no perfil obstétrico de puérperas. Aquichan, 2014; 14(4): 571-581.
30. LESSA MSA, et al. Adequação do pré-natal no Brasil e associação com raça/cor: estudo transversal. Online Brazilian Journal of Nursing, 2019;18(1).

31. LESSA MSA, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. Ciência & Saúde Coletiva, 2022;27(10):3881–90.
32. LIMA KD, et al. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26:4909–18.
33. LIMA KD, et al. "O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores": dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2021; 31(1):e310119.
34. LINHARES AO, CESAR JA. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2017; 22(2):535–42.
35. MARTIN MM, et al. Adequacy of Antenatal Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study with Postpartum Women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2022; 44(4):398–408.
36. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, 2008;17(4):758–64.
37. NUNES AL, et al. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. Cadernos de Saúde Pública, 2022;38(4):PT228921.
38. OLIVEIRA LF, et al. Associação entre estado nutricional, indicadores socioeconômicos e quesito raça/cor em gestantes do Recôncavo da Bahia, Brasil. Revista do Instituto Adolfo Lutz, 2023;28:e39114.
39. PAIXÃO ES, et al. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. The Lancet Global Health, 2023;11:1734-1742.
40. PAIZ JC, et al. Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva, 2021;26(8):3041-3051.
41. PRISMA. Transparente reporting of systematic reviews and meta analyses. 2020.
42. RATTNER D, MOURA EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2016;16(1):39-47.
43. REBOUÇAS P, et al. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. The Lancet Regional Health, 2024; 37:100833.
44. SANTOS FJF, et al. Fatores associados às vias de partos em puérperas assistidas pela Atenção Primária à Saúde. Revista Médica de Minas Gerais, 2023;33:e33114.
45. SILVA APFF, et al. Desigualdades raciais na adequação do acesso ao pré-natal no Brasil entre 2014-2019. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023;23(9):e13682.
46. SILVA, PHA. et al. Prevalence of access to prenatal care in the first trimester of pregnancy among black women compared to other races/ethnicities: a systematic review and meta-analysis. Public Health Reviews, 2022;4:43:1604400.
47. SILVEIRA MF, et al. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. Revista de Saúde Pública,2008;42(3):389-395.
48. SOUZA AEF, et al. Racismo estrutural e a mortalidade materna de mulheres negras no Brasil: uma análise sobre o impacto na saúde pública. Global Academic Nursing Journal, 2025;6(Suppl 4):e525.
49. SOUZA JUNIOR JC, et al. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2007;7(4):397-403.
50. TEIXEIRA NZF, et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2012;12(1):27-35.
51. THEOPHILO RL, et al. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2018;23(11):3505-3516.
52. VELOSO VG, et al. HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. Revista de Saúde Pública, 2008;42(5):859-867.
53. VICTORA CG, et al. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. Health Policy Plan. 2010;25(4):253-261.
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Toolkit for implementation of the WHO intrapartum care and immediate postnatal care recommendations in health-care facilities [Internet]. Geneva: WHO; 2023.