

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Marisa da Conceição

**Acessibilidade de mulheres negras aos serviços de saúde à luz da
bioética da proteção: um estudo de revisão integrativa**

Rio de Janeiro

2023

Marisa da Conceição

**Acessibilidade de mulheres negras aos serviços de saúde à luz da bioética da
proteção: um estudo de revisão integrativa**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sônia Beatriz dos Santos

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C744 Conceição, Marisa da
Acessibilidade de mulheres negras aos serviços de saúde à luz da bioética da proteção: um estudo de revisão integrativa / Marisa da Conceição – 2023.
80 f.

Orientadora: Sônia Beatriz dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

1. Acesso aos Serviços de Saúde – Brasil - Teses. 2. Saúde da Mulher – Teses. 3. Racismo Institucional – Teses. 4. Gestantes – Teses. 5. Vulnerabilidade Social – Teses. 6. Bioética – Teses. I. Santos, Sônia Beatriz. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.39(81)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marisa da Conceição

**Acessibilidade de mulheres negras aos serviços de saúde à luz da bioética da
proteção: um estudo de revisão integrativa**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 12 abril de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sônia Beatriz dos Santos (Orientadora)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Cristiane Maria Amorim Costa
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus, aos meus pais, meu esposo, filhos e amigos que sempre me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador do Universo Jesus, porque sem ele nada seria possível.

Gratidão pelos meus pais, sua presença e amor incondicional na minha vida sempre. Esta dissertação de mestrado é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valeram a pena.

Agradeço ao meu esposo, Carlos, e aos meus filhos, Caio Henrique e Helena, por compreenderem as várias horas em que estive ausente devido ao desenvolvimento deste trabalho.

Sou grata a todo o corpo docente da minha banca que sempre transmitiram seu saber com muito profissionalismo.

Agradeço ao professor Roberto Unger, por grandes contribuições no meu trabalho.

Também agradeço à minha amiga Elizabeth Pimentel pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos, você foi e é muito importante para realização desse projeto.

Amarás teu próximo como a ti mesmo, fazeis bem; se, todavia, fazeis acepção de pessoas, cometeis pecado.

Tiago 2:8-9

RESUMO

CONCEIÇÃO, Marisa da. **Acessibilidade de mulheres negras aos serviços de saúde à luz da bioética da proteção**: um estudo de revisão integrativa. 2023. 80 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabalho visou atender às exigências do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense, a ser utilizado na dissertação de mestrado. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. A proposta do estudo se constituiu em realizar uma revisão integrativa sobre a acessibilidade de mulheres negras nos serviços de saúde e o impacto do racismo institucional nesta situação. E em seguida, a partir desta leitura, visamos trazer uma reflexão acerca dos alcances da Bioética da Proteção como um instrumento que nos permita compreender e propor soluções acerca destes processos. A pergunta de pesquisa se constituiu em indagar os aspectos sobre a acessibilidade de mulheres negras nos serviços de saúde encontrados em revisão integrativa. Quanto à metodologia, trata-se de uma revisão integrativa de literatura que seguiu seis etapas: seleção do tema e elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise dos estudos incluídos; discussão do resultado e apresentação da revisão integrativa, os resultados relacionados à pesquisa, foram reunidos de maneira sistemática e ordenada. A pesquisa tem um recorte de 10 anos, idioma em português, texto completo. Resultados: destaca-se que a mulher negra tem menor acesso aos serviços de saúde, ou com baixa qualidade, sendo elas suscetíveis a maior vulnerabilidade e mais propensa a adoecer ou morrer, em decorrência do racismo institucional, sendo consequência do processo estrutural que ainda hoje produz desigualdades, fundamentado na cultura escravocrata.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

CONCEIÇÃO, Marisa da. **Accessibility of black women to health services in the light of the bioethics of protection**: an integrative review study. 2023. 80 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

This work aimed to meet the requirements of the Graduate Program in Bioethics, Applied Ethics and Collective Health, of the State University of Rio de Janeiro, in association with the Federal University of Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz Foundation and Fluminense, Federal University, to be used in the master's thesis. Area of Concentration: Bioethics, Applied Ethics and Collective Health. The purpose of the study was to carry out an integrative review on the accessibility of black women to perinatal health services and the impact of institutional racism in this situation. And then, from this reading, we aim to bring a reflection about the scope of Bioethics of Protection as an instrument that allows us to understand and propose solutions about these processes. The research question consisted of asking aspects about the accessibility of black women to health services found in an integrative review. As for the methodology, it is an integrative literature review that followed six steps: selection of the theme and elaboration of the guiding question; literature search; data collect; analysis of included studies; discussion of the result and presentation of the integrative review, the results related to the research, were gathered in a systematic and orderly manner. The research has a period of 10 years, language in Portuguese, full text. Results: it is highlighted that black women have less access to health services, or with low quality, being susceptible to greater vulnerability and more likely to become ill or die, as a result of institutional racism, being a consequence of the structural process that still exists today. Produces inequalities, based on the slave culture.

Keywords: Access to health services. Women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Estratégia: PICO de modo a estruturar a busca bibliográfica	41
Figura -	Fluxograma do Método de escolha e seleção de publicações nas Bases de Dados LILACS	41
Quadro 2 -	Legenda análise segundo a base/ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos e resultado	42
Quadro 3 -	Limitadores do acesso aos serviços de saúde para mulher Negra – Subcategorias	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDS	Comissão Determinantes Sociais em Saúde
CESMN	Curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra
DATASUS	Departamento do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IMS	Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNABS	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RI	Racismo Institucional
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	ELABORAÇÕES A PARTIR DA CENA DO ESTUDO	19
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	23
2.1	Alguns pressupostos teóricos: racismo, interseccionalidade, questão da mulher negra, a bioética da proteção	23
2.2	Desafios do SUS para o enfrentamento do racismo institucional e a garantia de acesso ao SUS	23
2.3	E o que seria o racismo institucional? Quem produz?	25
3	ACESSIBILIDADE E CUIDADO NO SERVIÇO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL	27
3.1	Morte materna em mulheres negras e os fatores associados	29
3.2	Quais são os corpos vulneráveis e suscetíveis às desigualdades	30
4	BIOÉTICA DA PROTEÇÃO SCHRAMM	33
4.1	Proteção, Agentes e Pacientes Morais	33
4.1.1	<u>A Proteção X vulnerabilidade/vulnerado Schramm</u>	34
4.1.1.1	Proteção e Estado de bem-estar	35
4.1.1.2	Bioética da Proteção: uma perspectiva sobre seus alcances e limites. Todos os vulneráveis merecem proteção? A genealogia da Bioética da proteção, conceituação, o contexto socioeconômico e as considerações e críticas	36
5	MUDANÇAS NO PERCURSO METODOLÓGICO	37
6	METODOLOGIA	38
7	DISCUSSÃO	46
7.1	Categoria 1 - Limitadores do Acesso aos Serviços de Saúde para Mulher Negra	50
7.1.1	<u>Subcategoria — Vulnerabilidade (Social, Barreiras Geográfica)</u>	55
7.1.2	<u>Subcategoria - Falta de Coordenação de Cuidado à Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher</u>	58
7.2	Categoria 2: Sugestão para Melhoria do Acesso aos Serviços	

	de Saúde	60
7.2.1	<u>Subcategoria - Enfrentamento do Racismo Institucional</u>	60
7.2.2	<u>Subcategoria - Pré-Natal de Qualidade, Acolhimento e Garantia de</u> <u>Direitos de Cidadania</u>	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	RECOMENDAÇÕES	67
	REFERÊNCIAS	72

INTRODUÇÃO

Cheguei para mais um plantão noturno, por volta das 19:00 h e ficaria até pelo menos às 07:00 h da manhã do dia seguinte. Nada incomum até às 3:00 horas, quando a equipe foi acionada para um atendimento que parecia igual a muitos da minha rotina. O endereço, como sempre, era em um bairro da periferia da cidade do Rio de Janeiro, conhecido como Morro do Alemão. A área é de difícil acesso, com escadas estreitas e longas, e por isso a ambulância ficou no início do morro. Subi com a equipe por aproximadamente 15 minutos. Difícil imaginar uma rotina de sobe e desce para uma gestante neste contexto. Enquanto subia, imaginava o local, as dificuldades e como seria o atendimento. Ao chegar, encontramos uma família negra: a avó J.L, mãe da adolescente M. C de 19 anos, grávida do quarto filho e suas três outras crianças. A casa humilde apresentava-se como um ambiente de extrema pobreza. Um único quarto, sem cama, três crianças (filhos de M.C) dormindo no colchão sem lençol, sem conforto algum. Uma casa com dois cômodos: um quarto e um banheiro, e nada mais. M. C estava em trabalho de parto, gemendo muito, e assustada, com dor. Questionei: por que não chamou a ambulância antes, não precisaria sofrer tanto. Ela me olhou com a sua dor e me informou que já havia ido ao hospital há duas horas e, entre choro e dor, foi me contando sua história, seu encontro mal sucedido no serviço de saúde, revelou ter ido ao hospital e foi mal tratada, solicitaram que a mesma retornasse para casa, sem qualquer empatia, ela relutou, informou ao profissional de saúde que estava com muita dor, e que, além disso, morava em local de difícil acesso, que aquele era o último dinheiro que tinha e havia gastado para pagar passagem, o local que reside é muito violento e no momento está tendo “tiroteio”, no entanto, não foi acolhida, o profissional de saúde com uma voz rude, perguntou quantos filhos ela tinha, responde três, então a ela foi dito: “que não era possível que não sabia a hora do filho nascer, pois já conhecia a dor de parir, e reafirmou em tom alto, só retorne a maternidade quando a criança estiver nascendo”, e então a paciente retornou para casa, com muita dor e com mais uma preocupação, já que havia gastado o dinheiro do pão de amanhã.

Um exame rápido enquanto ela me contava sua história me revelou estar em período expulsivo. Olho em volta e percebo não haver um local para assistir o parto adequadamente. O jeito foi examiná-la sem qualquer privacidade. Pensei, naquele

momento, que a privacidade é um direito da gestante, é um mínimo de direito às mulheres no momento do parto. Meu coração apertou, mas foi dessa forma que ela foi examinada, ali na frente dos filhos. Para diminuir a exposição, solicitei um pano para cobrir seu corpo. Entre olhares e conversas, por volta das 4:08 min, Theo (nome fictício) veio ao mundo em meio a tantas adversidades. A vida sempre me emociona. Com calma fui registrando o parto, as condutas, as reações desta mulher. Theo veio saudável, forte, e sendo amamentado logo que nasceu. Pedi à avó que cortasse o cordão umbilical. Theo, esse nome fictício da minha história, foi dado logo que nasceu. MC já tinha um nome para seu filho e me disse assim que pedi. Pensei que muitas que já atendi não souberam me dizer um nome na hora do parto. MC sabia e eu sorri. Na minha rotina de enfermeira, perguntar à mãe pelo nome da criança no momento do nascimento é um ato de humanização e amor, um cuidado que pode fazer toda a diferença.

Então começou a troca de tiros. Por 30 minutos ficamos, como eles, reféns desse cotidiano de violência que faz parte do cenário das comunidades e favelas periféricas. Pedi algo para ela beber. Parir é um esforço que precisa de reposição, e ela teria que andar até ambulância, com certeza os 15 minutos mais longos de sua vida. Nada tinha para oferecer naquele dia. Foi a glicose da minha maleta de medicamentos usada diante desta carestia de tudo que nos cercava. Dessa forma, o risco de ficar hipoglicêmica e apresentar vertigem em virtude do esforço ao longo do parto foram reduzidos na nossa caminhada de volta ao hospital. Fiquei pensando no tamanho das dificuldades enfrentadas por essa mulher. Banhei seu corpo, enrolei o bebê e descemos em direção à maternidade de referência.

Talvez o leitor, diante desse relato, se pergunte: “porque ela ainda faz filhos? “Porque não se preveniu?”. Estes são questionamentos que ouço sempre no momento do atendimento por parte de alguns integrantes da equipe de atendimento nas unidades de saúde. A intenção aqui não é julgar estas mulheres jovens, sabe-se que existem uma série de acontecimentos estruturais que levam a gravidez na adolescência e/ou de mulheres jovens acima dos 18 anos, sobretudo no que se refere à mulher negra, e essa não é a discussão nesse momento. O momento é de relatar o quanto essa mulher foi desacolhida, desassistida, e desumanizada com um atendimento preconceituoso e discriminatório de viés racista, por um sistema de saúde, suas instituições e agentes, os quais deveriam ter por obrigação assegurar o atendimento humanizado.

A estrutura de um sistema que se manifesta por meio de atitudes e práticas, com valores distorcidos, que utiliza o preconceito para legitimar desigualdades que poderia ser evitada, para produzir injustiças com base na raça ou etnia, denomina-se racismo (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

Os argumentos de Leal *et al.* (2017) que afirmam que quase todas as comorbidades apresentadas pela população negra são as mesmas dos indivíduos de cor branca, o que os tornam distintos é o contexto histórico. Observa-se que o tratamento que as gestantes negras recebem apresenta uma característica problemática, embasada por concepções preconceituosas e estereotipadas, não considera que mulheres negras sentem dor. Assim, assumindo posturas em que se vê as mulheres negras como capazes de suportar mais dor que outras pessoas, a exemplo das mulheres brancas. Tal conduta é, na verdade, fruto do racismo, criando um ambiente propício para que gestantes negras sejam discriminadas e negligenciadas e isso acontece desde do início da ginecologia e não avançou.

Atuar neste programa além de uma experiência profissional, acarretou um sentimento de tristeza e consternação diante da realidade destas mulheres e seus relatos acerca do atendimento recebido nos serviços de saúde. Essas vivências na rede de apoio em saúde materno infantil me deixaram diante do fato de que, em vez de prover e assegurar a produção de cuidado qualificado segurança para estas mulheres, somos nós os agentes que acionam o racismo institucional. Este termo, segundo Werneck (2016), refere-se a ações, atitudes, políticas por parte das instituições que reproduzem ou prevalecem a vulnerabilidade da população negra vitimada pelo racismo e fará parte de nosso estudo e será mais discutido ao longo do texto. Esta experiência me deslocou do lugar seguro de profissional de saúde e me obrigou a buscar conhecimento, para compreender como pode ser devastador a consequência da desigualdade social proveniente do racismo, e nesse sentido despertou meu interesse em estudar os efeitos do racismo e das desigualdades provocadas por este, em especial interseccionadas com gênero e classe, que vitimam mulheres negras oriundas das periferias, neste sentido vale ressaltar que a interseccionalidade serve com uma ferramenta de reflexão, para compreender os caminhos dos processos que perpassa corpos visualizados como minoritário da sociedade.

Kimberlé Crenshaw, em 1989, cunhou o termo interseccionalidade ele discorre como uma ferramenta para as pesquisas em ciências humanas e ciências

aplicadas, utilizada nos Estados Unidos para articular os conceitos de gênero, raça e classe (Santos, 2022).

A interseccionalidade descrita nas obras da autora Carla Akotirene é entendida como um instrumento teórico e metodológico o qual não é separado da estrutura e que ainda foi concebido com o racismo, capitalismo e do cisheteropatriarcado, em sua percepção a interseccionalidade funciona como um sistema para oprimir mulheres negras (Akotirene, 2019).

As práticas de exclusão as quais são impostas a população negra as colocam nas piores condições de vida no Brasil. Possuem moradia de difícil acesso, sem água potável, casa situada em periferia, falta de oportunidade no mercado de trabalho ou salários abaixo do mercado, segurança pública ausente ou ineficaz, escola e saúde com baixa qualidade. Essas condições impostas pelo sistema, corroboram para baixa estima e favorecem um adoecimento físico e mental para homens e mulheres negras (Oliveira, 2002).

Ao traçar perfil dessas mulheres, emerge a estrutura de desigualdade da sociedade, que faz destas pessoas vulneráveis.

Durante o tempo que passei trabalhando como enfermeira do ¹Programa Cegonha Carioca, tive a oportunidade de ouvir vários relatos de mulheres negras atendidas em diferentes serviços de saúde que me permitiram ter uma perspectiva sobre o acolhimento e o tratamento oferecidos. Elas relataram que, muitas vezes, o atendimento ofertado não era bom. Sentiam que suas queixas não eram atendidas, não eram consideradas suas demandas, como se fossem invisíveis, minimizando sua dor. Por esses motivos não se sentiam acolhidas e respeitadas pelos serviços de saúde que procuravam quando necessitavam. Esses relatos levaram a reflexão sobre como se dá a produção de cuidado dessas mulheres a tais serviços, disponibilizados pelo setor público nas maternidades. O cotidiano me revelou condições desiguais no atendimento, sobretudo no que se refere às mulheres de periferias, pobres e negras. Estes fatos me conduziram a identificar tais ocorrências como situações de racismo. Gonzales (1984) reconhece que o racismo e o sexismo afetam, principalmente, a mulher que é negra.

¹ Programa Cegonha Carioca, foi implantado em 2011, com objetivos humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê, a fim de reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames pré-natal, disponível em <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>.

Estas reflexões foram amadurecidas de 2011 a 2018, período que atuei como enfermeira socorrista do pioneiro Programa Cegonha Carioca. Este programa atende mulheres em período gestacional. Ele vai de encontro com as diretrizes nacional e tem por objetivo diminuir a mortalidade materno infantil no Rio de Janeiro, e sobretudo humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê desde o pré-natal até o parto e ainda, incentivar a realização de exames pré-natal, atender conforme a classificação de risco e fornece suporte para traslado de gestante até a sua maternidade de referência (De Aguiar Britto *et al.*, 2019).

A morte de mulheres no período perinatal no Rio de Janeiro é motivo de preocupação no âmbito da saúde pública, nesse sentido o plano de governo da Secretaria de Municipal de saúde e Defesa Civil estabeleceu como meta de prioridades anuais a redução da mortalidade materna e infantil no sentido de garantir a continuidade da assistência do pré-natal ao parto com uma estratégia de desenvolver impacto positivo na morbimortalidade materna e neonatal. Para melhor expor, Silva *et al.* (2022) traçam o perfil da mortalidade materna no Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019, foi utilizado o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) como fonte de informação do Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e como resultado foi identificado 1.581 óbitos de causa obstétrica, em 2009 foram contabilizados 203 óbitos maternos, enquanto em 2018 foi de 136 óbitos. Além disso, seus estudos apontam que no Rio de Janeiro a mulher que mais morre é negra, dentre dessas mortes o número de óbitos maternos segundo raça/cor no estado do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019 ficou da seguinte forma: branca 565, preta 429, amarela 3, parda 827, indígena 1, amarela 3 e ignorada 26.

No período gravídico puerperal, a assistência pré-natal é importante para realizar diagnóstico precoce, através das consultas é possível prever, antecipar, e tomar medidas preventivas, para não serem realizadas intervenções desnecessárias e, além disso, evitar um prognóstico desfavorável para binômio mãe e bebê. Durante esse período, o corpo da mulher passa por transformações advindas da própria condição de estar grávida (Assis, 2018; Gomes, 2022), que, na maioria, discorre de uma gravidez saudável sem intercorrência; no entanto, por mais que venha ocorrer como um processo natural, pode acontecer intercorrência que poderia ser evitada por meio de uma assistência qualificada.

Através das consultas de pré-natal, se estabelecem vínculos de confiança entre o profissional e o paciente, é o momento de trocas via uma assistência acolhedora, sem julgamento, onde a grávida será informada para qual a unidade será encaminhada no momento do parto. Faz parte de uma assistência qualificada a garantia de acesso aos serviços como realizar exames e resultados em tempo oportuno. O Ministério da Saúde preconiza que a assistência no período gravídico-puerperal (Viellas *et al.*, 2014).

De acordo com anexo I da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (2011, p. 4) o Programa do Cegonha Carioca tem os seguintes objetivos:

O atual Programa Cegonha Carioca tem os seguintes objetivos: erradicar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento para o parto, reduzir o índice de mortalidade Materna, manter a tendência de queda da mortalidade na mortalidade neonatal, reduzir as complicações evitáveis e melhorar os indicadores de qualidade do cuidado materno e neonatal, humanizar a atenção ao parto e nascimento.

Como enfermeira socorrista do Programa foi evidenciado que o público que mais solicitava o serviço era composto por mulheres negras. Já no momento do atendimento às gestantes se apresentavam temerosas pelo seu bem-estar quando eram informadas para qual unidade seriam referenciadas (conduzidas pela ambulância socorrista). Suas histórias de maltrato eram sinalizadas a partir da preocupação com o comportamento pouco acolhedor que receberam por parte dos profissionais nas unidades para as quais elas seriam levadas. Como enfermeiras e socorristas sentíamos a angústia, o medo e a apreensão nos rostos e nos gestos das gestantes. Os episódios recorrentes dessas mulheres, em seu momento de parir, suas apreensões e seus medos chamavam a minha atenção. Pretende-se com a revisão integrativa trazer a percepção de alguns autores: sobre racismo, interseccionalidade, racismo institucional, a problemática do acesso aos serviços de saúde, e ainda descrever os fatores que levam a mulher negra ao óbito e para finalizar trazer a bioética da proteção, como uma ferramenta para estar auxiliando em todos esses processos. Diante disso, Werneck ([2013]) descreve sobre o racismo institucional, e seus impactos negativos para a saúde de mulheres negras, Góes (2011) corrobora o mesmo pensamento. Assis e Jesus (2012) fazem uma análise metódica e pontua quais são esses fatores que dificultam o acesso aos

serviços de saúde materno-infantil. De acordo com Da Cruz (2006), mulheres negras morrem mais comparadas às brancas. Oliveira (2020) descreve sobre a seletividade dos corpos para receber o benefício de se ter saúde. Ainda foi abordado que mulheres negras têm predisposição a ter algumas patologias. Portanto, faz-se necessário um olhar empático a essas singularidades (Moura, 2011). Para finalizar revela-se a percepção bioética de Schramm (O que é bioética de proteção?, 2021), com a teoria que tem por nome Bioética da Proteção, com a pretensão de responder algumas indagações no que se refere às desigualdades sociais e o compromisso que o Estado tem que ter sobre populações em condição de vulnerabilidade. Nesse viés, a partir destes conceitos citados, traça-se como objetivo analisar a produção científica referente à acessibilidade de mulheres negras nos serviços de saúde e o impacto do racismo institucional no cuidado, à luz da bioética da proteção.

1 ELABORAÇÕES A PARTIR DA CENA DO ESTUDO

As questões formuladas neste trabalho são frutos da experiência profissional, os sujeitos do estudo são mulheres negras grávidas, na qual tive a oportunidade de conviver e presenciar vários relatos como forma de “desabafos”, como se fossem confidências. Estes relatos me permitiram ter uma perspectiva da realidade acerca de uma prática de descuido quanto ao atendimento destas mulheres por parte de agentes do sistema de saúde.

À medida que fui convivendo com este grupo de gestantes negras, despertava-me o interesse na temática, já que de alguma forma sentia, na pele, a dor.

Nesse sentido, me vi num lugar contraditório, ou seja, de um lado uma profissional que devia transparecer tranquilidade e apoiar as pacientes, de outro lado, era impossível separar o meu lugar naquele contexto, já que, também, era uma mulher e negra, de modo que ficava sensibilizada com as condições de vida impostas àquelas mulheres. Era possível observar o quanto eram reféns e impotentes daquela situação.

De certo, percebe-se que, na verdade, acontece um “descuidado” multifatorial, que pode até ser listado, à falta de acessibilidade aos serviços de saúde, falta acolhimento, a inexistência de uma escuta ativa, sobretudo para as negras, já que dentro de seu contexto racial apresenta-se mais vulnerável.

Nessa vertente, o racismo institucional expresso por atitudes desagregadoras servirá como uma barreira para dificultar os acessos para se ter saúde, já que ele será um determinante Social de Saúde, pois a falta de condições de moradia digna, emprego, renda e acesso a informações aos bens e serviços ofertados está diretamente vinculado à cor, e essa cor é negra (Souza, 2020).

E o que seria “essa falta de acolhimento” citada anteriormente? São as queixas de mulheres nas quais são pormenorizadas, não problematizadas, mas existe alguma lei que pontua algum direito de acolher essas mulheres dignamente? E o que seria esse “acolher”? Dentre os objetivos da política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) está o acolhimento ao usuário do SUS. Consistir no ato de saber escutar o outro, de ter empatia frente aos problemas alheios e

reconhecer que o outro tem necessidade, é a construção de uma relação de vínculo, empatia entre o profissional do serviço de saúde e o usuário, para que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Carvalho *et al.*, 2022).

Somente essa política não dá conta de resolver tantos conflitos causados pela falta de igualdade no acesso, uma vez que as políticas destinadas são sem rosto, que não interseccionam com os marcadores sociais, agravando, muitas vezes, as diferenças.

É declarado na Lei nº 8080/90 do SUS, ser dever do Estado prover meios para conceder direito à saúde na forma universal, integral e equânime (Brasil, 1990).

Em 2003, foi criada a política de Humanização do SUS, com objetivo de consolidar os princípios do SUS, nas práticas diárias da atenção e gestão, para um atendimento em saúde pública com trocas entre os gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2013).

No entanto, mesmo com lei que garanta ao usuário atendimento humanizado, com direitos já constituído de acesso universal aos serviços de saúde igualitário, sem discriminação de raça e cor, vale destacar que a sociedade ignora esses princípios e por atitudes e práticas cotidianas, pratica o racismo. De acordo com Ribeiro (2019), esse comportamento é definido como violência da exclusão, na qual objetivo é estabelecer uma relação de poder sobre o outro.

Portanto, analisa-se que a segregação não é devida uma disparidade individual, ela não atua individualmente, ela atinge grupos de pessoas distintas, os quais são excluídos por conta de sua cor/ etnia. Dessa forma, vale ressaltar que a morbimortalidade tem cor e surge como consequência de processos sociais, demográfico, cultural e política, pautada em contextos obsoletos, mas que ainda sempre estão em evidência para servir de argumentos, para prover e perpetuar iniquidades de geração em geração (Goes; Nascimento, 2013).

Nesse contexto, a Escrivência serve como uma ferramenta para melhor descrever o cenário vivido por elas, de acordo Oliveira (2009), em *Becos da Memória*, o objetivo da Escrivência é transpor para literatura todo o sofrimento, toda a violência que essas mulheres são submetidas para sobreviver esse mundo marcado por séculos de segregação racial.

Para Oliveira (2009), pensar em Escrivência é pensar em si e no coletivo, é uma experiência negra no Brasil.

Considerando as situações e experiências refletidas anteriormente, esse estudo tem por objetivo geral analisar a produção científica referente à acessibilidade de mulheres negras nos serviços de saúde e impacto do racismo institucional no cuidado a luz da bioética da proteção.

Como objetivos específicos: analisar a partir da bioética e produzir recomendações que orienta a prática do cuidado.

Esse estudo se justifica pela urgência em se ter dados que problematizam a questão do acesso de mulheres negras gestantes aos serviços de saúde, expondo-as a situações de adoecimento e morte. Foi observada uma escassez de publicações científicas que problematizam questões raciais (Werneck, 2016). Achados comprovam que mulheres negras são excluídas em vários aspectos, de melhores condições sociais de vida, possuem baixo nível de escolaridade, menor renda, possuem maior carga de trabalho, residem em casas sem saneamento básico, sem coleta de lixo e água potável, 26,3% das negras residem em locais de maior concentração de pobreza, em contrapartida, 52,5% brancas e 52,8% homens brancos também se encontram na mesma condição de moradia (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011, 2013).

Com o resultado dos achados, espera-se produzir, em primeiro lugar, recomendação para nos orientar a uma prática cotidiana que garanta um tratamento humanizado, respeitoso, com garantia de acesso aos serviços de saúde com qualidade. De ordem teórica, trazer as contribuições da Bioética da proteção.

Assim, visualizo que a Bioética é o caminho para despertar um pensamento reflexivo sobre as condutas e práticas inadequadas do ser humano para com o outro e ainda traçar como meta princípios tais como: justiça, proteção dos vulnerados e fornecer subsídio para o enfrentamento do racismo institucional com intuito de prover material ao combate e enfrentamento do racismo institucional e ainda surtir efeito de ações afirmativas acerca das práticas profissionais no interior das maternidades.

E, ainda, trazer uma reflexão quanto às situações de vulnerabilidades geradas pelo racismo institucional vivenciada por gestantes e puérperas negras durante o atendimento. Deste modo, a bioética da proteção visibiliza o ser humano que não tem condições de lidar sozinho com seus conflitos, que necessita de uma teoria que lhe dê amparo, no sentido de prover modos para garantir os direitos de acesso, os quais são retirados ou limitados. Simultaneamente, analisa-se em uma bioética

sanitária conjunta com as políticas de saúde públicas, para que moralmente sejam justas e equitativas (Schramm, 2017).

No tocante à atenção na saúde, vale destacar que a presença do racismo determinará o atendimento que será ofertado para homens e mulheres negros. Observa-se que o cuidado prestado à população negra é pautado por preconceitos estereotipados, provenientes de uma cultura escravocrata que, de alguma forma, apresenta favorecimento a determinados grupos de acordo com sua raça/etnia, favorecendo que exista seleção de corpos para deixar viver ou deixar morrer (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Alguns pressupostos teóricos: racismo, interseccionalidade, questão da mulher negra, a bioética da proteção

Consideramos fundamental o argumento que indica

que o racismo pode se expressar no nível pessoal e internalizado, determinando sentimentos e condutas; no nível interpessoal, produzindo ações e omissões, e no nível institucional, resultando: na indisponibilidade e no acesso [...] reduzido a serviços e a políticas de qualidade; no menor acesso à informação; na menor participação e controle social; e na escassez generalizada de recursos (Geledés Instituto da Mulher Negra, 2013, p. 9).

A partir desta afirmação, postulamos que a ausência de um plano de ação que permita o enfrentamento do racismo institucional em uma unidade de saúde pode ser entendida como um fator que corrobora para a persistência deste em seus espaços e serviços oferecidos, e para a sustentação de discursos e atitudes profissionais que ignoram e/ou negam sua existência, bem como contribui com a produção de vulnerabilidades que põem em risco a saúde de pessoas negras.

2.2 Desafios do SUS para o enfrentamento do racismo institucional e a garantia de acesso ao SUS

Há muito tempo pesquisas revelam que a atenção a saúde da mulher negra necessita de melhorias. Foi observado que a assistência às mulheres negras na gestação e puerpério era de baixa qualidade, e que mulheres negras encontram diversas barreiras que dificultam o acesso às consultas de pré-natal, entre outros procedimentos, sendo assim, excluída de bens e serviços por conta da sua raça/etnia (Viellas *et al.*, 2014).

Com intuito de qualificar a atenção no Sistema Único de Saúde para mulheres negras no período gravídico puerperal e reduzir a mortalidade, o governo lançou mão de políticas públicas e ações afirmativas destinado a esse seguimento.

Dia 23 de março de 2003 foi um marco no sentido de desenvolvimento de políticas públicas destinada à população negra. Neste dia, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com objetivo de promover a igualdade e proteção dos direitos de indivíduos e grupo raciais e étnicos. Além disso, responsabilizar os gestores por melhoria no cuidado ofertado para esse segmento da população, que inclui a promoção da saúde, prevenção de doenças, capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado, cumprindo, assim, o princípio da equidade (Brasil, 2007).

Já em 2005, foi lançada a Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras, que tem por objetivo principal a redução da mortalidade materna por medidas na qual respeita a singularidade cultural, socioeconômica, sobretudo, o perfil morbimortalidade (Benevides *et al.*, 2005). Em 2005, também foi criada a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS), da Organização Mundial de Saúde, que apresentou um conceito de determinante de Saúde, identificando que existem vários fatores estruturais e sociais responsáveis por gerarem tantas desigualdades e vulnerabilidade na saúde. Dentre esses fatores, foram citados racismo e o sexismo (Werneck, 2016).

Mais tarde, em 2007, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que estabeleceu metas na melhoria das condições de saúde da mulher preta com intuito de redução de mortes, sobretudo da mulher preta (Viegas; Varga, 2016).

Outras medidas também foram acionadas no âmbito da saúde, tais como: a inserção do quesito raça/cor na declaração dos nascidos vivos e óbito; detecção precoce de doenças como anemia falciforme, através do rastreio do teste do pezinho na triagem neonatal; promoção de saúde as doenças prevalentes na população negra: diabete; hipertensão; atenção à saúde das comunidades quilombolas (Werneck, 2016).

2.3 E o que seria o racismo institucional? Quem produz?

Pretende-se aqui, explicar o conceito de racismo institucional, e como ele impera e seus agravos.

O racismo institucional é quando os serviços não conseguem ofertar um atendimento adequado e profissional para seus pacientes por discriminação da sua cor, cultura ou origem étnica, demonstrando que houve uma falha coletiva que como consequência produzirá desvantagem para um grupo seletivo (Kalckmann *et al.*, 2007).

O termo racismo institucional não é novo, ele já era utilizado desde 1967 pelos Panteras Negras Stokely Carmichael e Charles Hamilton, descrevendo o racismo como institucional e que se traduz nas organizações por uma falha coletiva do sistema, não produzindo um serviço apropriado e profissional às pessoas em razão de sua cor de pele, cultura ou origem étnica (Werneck, 2016).

Dados demonstram racismo institucional, “segundo PNAD de 2008, 40,9% das mulheres pretas e pardas acima de 40 anos de idade jamais haviam realizado mamografia em suas vidas, frente a 26,4% das brancas na mesma situação”² (Werneck, 2016).

Outros dados também corroboram, mulheres negras têm dificuldade em obter cuidados de saúde preventivos, 18,1% das mulheres negras nunca fizeram esfregaço cervical em comparação com 13,2% das mulheres brancas, além disso, dados de descobriram que as mulheres negras em seus anos reprodutivos tiveram uma taxa de mortalidade 65,1% maior do que outras (Werneck, 2016). Nesse viés, segundo Góes (2011), a desigualdade racial no Brasil, refletida na discriminação institucional, afeta o acesso a bens e serviços e o direito à saúde de forma igualitária, sem respeitar a diversidade social e religiosa.

Mann e Tarantola (1992 *apud* Werneck, 2016) descrevem que o conceito de racismo institucional está ligado a vulnerabilidade programática. Ayres (2003, p. 125 *apud* Werneck, 2016, p. 542) descreve que o conceito de vulnerabilidade é mais amplo e complexo, sendo ele

² Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionado ao grau e modo de exposição a uma da situação e, de modo indissociável, ao menor ou maior acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto de suas consequências indesejáveis.

O racismo não é nada incomum numa instituição, o racismo institucional acontece de forma contínua, na qual quem o comete é o profissional, que ao exercer de sua função, oferta um atendimento desagregador, com práticas racistas que conseqüentemente geram obstáculos que dificultam o acesso aos serviços, destinados à população negra (Rosa *et al.*, 2019). Embora todas essas práticas sejam uma forma de violência, ainda assim, o paciente não consegue fazer distinção e se torna vulnerável com uma sensação de impotência frente a essa situação (Kalckmann *et al.*, 2007).

3 ACESSIBILIDADE E CUIDADO NO SERVIÇO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

De início uma discussão sobre os diferentes conceitos de acesso/ acessibilidade segundo a visão de alguns autores. Para seguir com a discussão vale descrever o conceito de acesso consoante o Dicionário Houaiss da Língua português: é o ato de “ingressar”, ingresso, com probabilidade de chegar, aproximação, possibilidade de alcançar algo (Jesus; Assis, 2010).

Segundo Travassos e Martins (2004), o acesso à saúde é amplo e complexo, e dependerá da percepção de cada autor, que intenciona a decifrar o conceito, que, por muitas das vezes, pode ser utilizado de forma não tão precisa, pode haver diferenças de terminologia, como, por exemplo, alguns focam na terminologia acessibilidade e outros acessos.

Sanchez e Ciconelli (2012) referem que o direito ao acesso é abordado no quesito de justiça social e equidade. Para explicar esse conceito, Sanchez e Ciconelli (2012), em sua pesquisa, relatam que vários autores definem de formas diversificadas significando acesso à saúde, enquanto Aday e Andersen (1974 *apud* Sanchez; Ciconelli 2012) descrevem que o acesso aos serviços de saúde está íntimo à posição geográfica e organizacional onde a população se encontra.

De acordo com SUS, o conceito de acesso, relacionado à saúde, é enfatizado na universalidade, na qual preza que todo o cidadão brasileiro tem direito a saúde, e o provedor desse direito é o Estado, o poder público. Nesse sentido, o conceito de universalidade retrata o direito do acesso aos bens serviços disponibilizados pelo SUS: Brasil SUS, doutrina e princípios:

UNIVERSALIDADE — É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo agora tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (Brasil, 1990, p. 4).

Após explicações sobre acesso, vale ressaltar que a presença do racismo selecionará os corpos que terão de fato o acesso ou não aos serviços de saúde (Assis; Jesus, 2012). Desse modo, os fatores socioeconômicos, as barreiras geográficas, as condições de vida, população, a falta de moradia digna, a nutrição precária, vão servir para estabelecer quem terá mais chance de serem

contemplados a serem elegíveis aos serviços disponibilizados pelo sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, faz todo o sentido relatar que conceito de acesso é amplo e diversificado e devendo-se ter o cuidado em sua interpretação imprecisa (Assis; Jesus, 2012).

Além disso, Da Cruz (2006) traz uma reflexão importante a ser revelada de que as mulheres negras se encontram abaixo da linha pobreza, têm menor acesso aos serviços de saúde tais como: pré-natal, atenção ginecológica, parto e puerpério, são mais vulneráveis a adoecer e morrer por determinadas doenças comparadas a mulher branca.

Os dados descrevem que as mulheres negras têm uma representatividade relevante e é por isso que precisam ter um olhar holístico, no sentido de atender suas demandas de acordo com seu contexto biológico, social e cultural. Em 2000, um estudo realizado pelo Manual do Comitê de Mortalidade Materna relata que a população de mulheres brasileiras é de 51%, desses, 30% são negras (Benevides *et al.*, 2005). Diante do exposto, devido à grande representatividade, é importante ressaltar que a mulher negra tem suas singularidades e que necessitam ser visualizadas e atendidas suas necessidades

Consolidar o atendimento à mulher negra torna-se relevante por sua representatividade na sociedade e também por apresentar prognósticos ruins quando exposta a algumas patologias. Na atenção obstétrica, uma negra quando engravida tende possivelmente a evoluir de hipertensão arterial para síndrome hipertensiva gestacional, a qual é uma complicação da gestação, sendo mencionada como uma das principais causas de morte materna e do feto, em países em desenvolvimento (Moura, 2011).

A falta de controle da pressão arterial no período gravídico e a dificuldade para se ter acesso às consultas de pré-natal faz com que não se tome medidas de prevenção para o agravo que supostamente possa ocorrer, devido ao aumento da pressão arterial. Mesmo não tendo cura, a pressão alta pode ser monitorada e controlada por educação em saúde que a oriente na mudança no estilo de vida, e ao uso de anti-hipertensivo quando se faz necessário. A hipertensão pode estar associada a outras enfermidades como a diabetes tipo II (Benevides *et al.* (2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (Benevides *et al.*, 2005), a diabetes do tipo II ainda não tem cura, mas com práticas educativas a população tem condições de ter boa qualidade de vida.

Deste modo, o paciente precisa aderir a mudanças no estilo de vida, ser incentivado à prática de exercícios físicos e, em alguns casos, recorrer à medicação. É importante relatar que 50% da população negra com diagnóstico de diabetes desenvolve pressão alta; nesse sentido, na gravidez a mulher diabética será uma gravidez de alto risco, na qual necessita de acompanhamento (Benevides *et al.*, 2005).

Outra doença prevalente na população negra é a anemia falciforme; ela atinge milhares de pessoas, alto índice de letalidade, é genética e hereditária que passa de pai para filho.

A mulher negra, em período gravídico, com anemia falciforme, tende a ter um prognóstico ruim, necessitando de um acompanhamento rigoroso para evitar complicações durante a gestação, como bebês prematuros, a placenta deslocar, placenta prévia, e ainda complicações na hora do parto como hemorragias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que em um ano nascem em torno de 2.500 crianças com anemia falciforme e, além disso, há 30 portadores de traços falcêmicos a cada 1000 crianças que chegam ao mundo.

De acordo com OMS, faz-se necessário realizar o diagnóstico precoce, para quanto antes iniciar o tratamento, pois a falta do tratamento adequado em tempo oportuno acarreta óbitos de criança com idade menor que 5 anos e uma porcentagem de 25% destas (Brasil, 2005).

3.1 Morte materna em mulheres negras e os fatores associados

O que é morte materna? A morte materna obstétrica pode ser direta - resultados de procedimentos obstétricos, consequência de complicações e por esse motivo aconteceu o óbito, para ser considerado morte materna a mulher está grávida, ou o procedimento é durante o parto, ou no pós-parto até 42 dias. Nesse sentido, para ocorrer a morte, aconteceu o descuido da saúde para com essa mulher, um atendimento inadequado, ou omissões, e até imperícias na assistência (Brasil, 2009). Morte materna obstétrica indireta: são mortes de mulheres no período gravídico decorrente de um acidente ou incidentes (Brasil, 2009). Benevides *et al.* (2005) acrescentam que quando a mulher grávida vai a óbito, ou no parto ou até 42

dias depois o término da gestação, pode ser definida como morte materna, já quando a morte ocorre depois de 42 dias ou menos que 365 dias após o final da gravidez, essa morte é chamada tardia. Bem como, quando a mulher é submetida a um aborto espontâneo ou provocado e por consequência destes foi a óbito, logo é considerada morte materna.

Vários fatores podem estar associados às causas da morte materna. No caso das mulheres negras, vale ressaltar a predisposição genética para hipertensão, as barreiras impostas para acessar os serviços de saúde, fazendo com que tenha dificuldade para marcar uma consulta, ou morar em difícil acesso, ou aguardar uma agenda no posto de saúde. Além disso, a baixa qualidade nas consultas devido aos profissionais não terem capacitação para lidar com esta demanda de mulheres negras com fatores de risco associados (Benevides *et al.*, 2005). Nesse sentido, as condições de vida em que estão inseridas são fatores predisponentes para levar à mortalidade durante a gestação (Viana, 2011).

Os países mais empobrecidos, em desenvolvimento, apresentam as maiores taxas de mortalidades maternas, porque as mulheres mais afetadas são as que não possuem bens, vivem de forma precária, vulnerabilizadas e menos favorecidas. Nesse sentido, é imprescindível investimento na prevenção de saúde e assistência ao pré-natal com equipe de saúde competente (Viana, 2011).

A discriminação e a exclusão consoante à raça/gênero e classe sociais, às quais um grupo de pessoas é afetado e como consequência, direitos são suprimidos e, por consequência, óbitos não são evitados. É necessário refletir sobre essa problemática, dados revelam que a mulher preta morre mais cedo no Brasil. A expectativa de vida da mulher negra é de 66 anos, contudo, a branca é de 71 anos, por conta da discriminação racial, gênero e de classe social, no sentido de ter afetado o direito de bem-estar/ saúde e doença (Brasil, 2005).

3.2 Quais são os corpos vulneráveis e suscetíveis às desigualdades

A falta de acessibilidade durante o contexto pandêmico causou inúmeras mortes em todo o mundo e já seria esperado a morte de mulheres negras, especialmente falando de Brasil, já que tem como característica a vulnerabilidade

social. Além da condição biológica imposta a todos, no caso dos brasileiros, tem agravantes como gênero, classe e raça, que fez com que a população exposta ficasse mais vulnerável ao vírus, por ter sua composição majoritariamente de negros em condição de informalidade, pobres, perante a outros países mais desenvolvidos (Sociedade Maranhense de Direitos Humanos, 2021).

De acordo Oliveira (2020), a pandemia de Covid-19 serviu para, mais uma vez, provar, por dados, quem são os corpos em que são vitimados pela pandemia, e por que são esses povos? Além disso, quando uma política pública ganha centralidade? Dependerá quais corpos serão destinados. As autoras seguem afirmando que políticas públicas são marcadas por corte racial e logo isso levará a uma seletividade.

Ainda pontuam que a população negra é alocada em periferias com os piores índices de desenvolvimento humano, sem infraestrutura básica, escassez do ponto de vista econômico, falta de saneamento, e uma ausência do Estado em políticas afirmativas de proteção, promoção e prevenção em saúde. Nesse sentido, é inevitável que a população negra seja muito mais afetada e suscetível a adoecer e morrer. Goes, Ramos e Ferreira (2020) consideram que as desigualdades raciais em saúde são provenientes da segregação residencial, devido à falta de acesso aos bens e serviços.

Para a população negra, o cenário da pandemia se associa às condições desiguais determinadas pelo racismo estrutural e institucional, visto que ela tem menos acesso aos serviços de saúde e está em maior proporção entre as populações vulneráveis, que secularmente vivenciam a ausência do Estado em seus territórios. A pandemia desnuda o quanto o Brasil é um país desigual e que pouco avançou na superação do racismo. No entanto, para conter a expansão da pandemia no país e dar o próximo passo, será preciso, em primeiro lugar, enfrentar o racismo e as desigualdades, porque, além de tudo, a população negra representa mais da metade da população brasileira (GOES *et al.*, 2020, p. 4).

Oliveira (2020) relata haver resistência do registro raça/cor por parte dos profissionais de saúde, dificultando a promoção de políticas públicas voltada para corpos pretos. Isso levanta o questionamento sobre qual seria o motivo que os profissionais não veem importância em tal registro, por essa informação ser ignorada. Por fim, as autoras sugerem que não existe um consenso nos serviços sobre a importância desse registro, afirmam que essa discussão deve partir dos gestores e reforçam a necessidade de debates raciais.

Para justificar que existe uma seletividade para implementação de políticas públicas, Oliveira (2020) descreve que em 1850 a cidade do Rio de Janeiro foi acometida por um surto de febre-amarela, doença que ficou conhecida como vômito negro. Este fato servirá de compreensão da questão racial como política. Nesse período, os imigrantes europeus estavam vindo para o Brasil para servir de mão de obra assalariada em substituição ao modelo escravocrata. O povo negro já sofria de tuberculose e varíola, no entanto, essas patologias não faziam parte da agenda de saúde pública da época, contraditório a essa demanda. O destaque para promoção da saúde foi para febre-amarela, pois era uma doença que atingia mais os imigrantes dos que os negros. Ainda sobre a seletividade de corpos, vale ressaltar que os piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres são da cor preta e parda. De acordo com Leal *et al.* (2017), as mulheres pretas têm tratamento desigual, sofrem menos intervenções obstétricas, não é ofertado analgesia no trabalho de parto como é ofertado à mulher branca, submetida à episiotomia, dispensado um cuidado insatisfatório à mulher negra.

No presente estudo, há interesse na exploração também dos princípios bioéticos contidos na teoria Bioética da Proteção, cunhado pelo professor Fermin Roland Schramm, no intuito de verificar se, ao menos, a corrente dita hegemônica possa responder os questionamentos propostos e, além disso, servir como uma ferramenta de auxílio para atender as demandas levantadas.

4 BIOÉTICA DA PROTEÇÃO SCHRAMM

A Bioética da Proteção nasceu a partir das necessidades provenientes dos conflitos gerado em saúde pública, com objetivo de pensar em soluções, para amparo, proteção à sociedade em condição de vulnerabilidade, os suscetíveis e vulneráveis, que não têm capacidade para o enfrentamento das adversidades os quais são expostos (O que é bioética de proteção, 2021). Vale ressaltar que a proteção está condicionada ao fato do indivíduo ser incapaz de sozinho conseguir combater adversidade; logo, a bioética da proteção não vai de encontro com aqueles que são capazes. Em uma entrevista, o filósofo Schramm (2020) argumenta que a bioética da proteção não se aplica a todos, ele dá como exemplo os sujeitos com condições de viver sua vida, ser autônomo de suas decisões, que possuem bens para não serem limitados ao direito de ir e vir, portadores de habilidades intelectuais, cognitiva e moralmente e, além disso, não necessita de auxílio do Estado paternalista para definir o que bom ou mau.

Ainda, segundo Schramm (2011), a bioética da proteção seria um sistema de justiça, no que condiz a saúde pública, já que faltam recursos.

4.1 Proteção, Agentes e Pacientes Morais

Para analisar as ações em bioética da proteção são necessários a existência de dois atores: os agentes morais e os pacientes morais.

Os agentes morais são autores de atos coletivos ou individuais que têm poder sobre o outro, já os pacientes morais são os que são submetidos aos atos realizados pelos agentes morais, esses são considerados vulnerados ou sujeitos vulnerados, que não possuem nenhuma condição de empoderamento para conseguir enfrentar qualquer situação as foram sujeitas as práticas dos agentes morais (O que é bioética de proteção?, 2021).

4.1.1 A Proteção X vulnerabilidade/vulnerado Schramm

De acordo com Schramm, a “proteção” poderia se estender a todos em condição de vulnerabilidade, já que, o princípio de vulnerabilidade prescreve como fundamento da ética o respeito à proteção do outro e da vida em geral, com base na verificação universal da fragilidade, da finitude e da mortalidade dos seres (O que é bioética de proteção?, 2021).

No entanto, o conceito é distinto, porque o campo semântico dos dois princípios difere, pois, a bioética da proteção não é para os que supostamente possa estar em condição de vulnerabilidade e sim os suscetíveis, os de fato “vulnerados”

O conceito de vulnerado é cunhado por Schramm (2008). Como dito acima, aponta que a bioética da proteção vai de encontro com as necessidades não supridas das pessoas consideradas vulneradas, ou seja, que compõem os grupos da sociedade afetada pela exclusão, que não tem autonomia e nem condição de cuidar de sua vida sozinho, pois a falta de recursos deixa inviável exercer a autonomia plena. Assim, ficam incapazes de resolver seus próprios conflitos.

Rodrigues e Schramm (2022) trouxeram a perspectiva de Kotow que refuta o termo vulnerado, que, na prática, pode ser substituído por suscetível, já que quem sofre injustiça tem por consequência problemas com sua saúde. Nesse sentido, esse ser sofre duplamente, uma vez que sua integridade é ferida, argumentando que todo ser humano é vulnerável na sua condição de ser humano. Para ser suscetível, faz-se necessário ter sido condicionado a tal fato, logo todo o ser que se tornou suscetível evoluiu com danos, na qual teve sua integridade acometida, na verdade, tem o mesmo sentido, é somente um conflito de semântica dos termos e não há de fato um desacordo de conceitos (Rodrigues; Schramm, 2022).

A Bioética da Proteção também veio com objetivo de sanar as demandas que emergem de mulheres negras e periféricas, já que as mesmas se encontram no conceito de vulneradas devido às suas condições desfavoráveis em que vivem, por conta da desatenção do governo. A proteção, neste contexto, é uma prática que consiste em amparar quem necessita e que se refere à função principal do *ethos* que é, justamente, a de proteger os vulnerados.

Sobre este aspecto, descreve suas funções, dentre elas a descritiva, ou seja, a que descreve os fatos, analisa, normatiza e por último tem a função de proteção e

amparo a todos em condição de vulnerado (Schramm, 2008). O bioeticista conceitua de formas distintas a pessoa vulnerável de vulnerados (Schramm, 2008). Nesse sentido, ele afirma que todo ser vivente pode estar na condição de vulnerabilidade, uma vez que todos têm a peculiaridade ter o dom da vida, seja ela animal, humano, protista ou vegetal. Seguindo esse raciocínio, todos podem ser atingidos, todavia, não será uma regra. Já o termo vulneração é empregado para pessoas em condições de desfavorecimento social, político ou econômico (Schramm, 2008). O autor utiliza-se dos conceitos de Aristóteles, no qual afirma que a pessoa vulnerável está em situação de debilidade, podendo ser suscetível ao dano. Aquele sendo vulnerado se encontra no dano (ato), na consubstanciação de sua vulnerabilidade (Schramm, 2008).

4.1.1.1 Proteção e Estado de bem-estar

Assim, vislumbro na Bioética uma possibilidade de encaminhar reflexões sobre as condutas e práticas da equipe de saúde que de alguma forma pode colocar a mulher negra em condição de desvantagem no quesito acesso à saúde. Pretende-se expor uma Bioética de Proteção de *stricto sensu*, pois ela, vai de encontro com a perspectiva de vida de mulheres negras, já que a Bioética da Proteção no *stricto sensu* refere a proteção de pessoas e população humanas suscetíveis ou vulnerada que não pode se proteger sozinha e de realizar seus projetos de vidas razoáveis e legítimos, caso contrário ela seria paternalista, paternalismo seria tratar outrem conforme o que se pensa ser o seu bem, subordinado a esse bem as preferências eventuais, expressa ou não, dessa pessoa (O que é bioética de proteção?, 2021).

A bioética da proteção é concebida para dar amparo aos sujeitos humanos excluídos, não inseridos, os quais estão na condição de vida nua citado por Agamben, no sentido de ser carente do empoderamento necessário para pôr em prática sua cidadania e seus direitos políticos (O que é bioética de proteção?, 2021).

4.1.1.2 Bioética da Proteção: uma perspectiva sobre seus alcances e limites. Todos os vulneráveis merecem proteção? A genealogia da Bioética da proteção, conceituação, o contexto socioeconômico e as considerações e críticas

A proposta de Bioética de proteção surgiu quando o professor Schramm estava no doutorado no Chile. Ela surgiu a partir da abordagem dos conflitos morais no início do século XXI e, sobretudo, ela tem um enfoque nos problemas pontuais de saúde pública ou (saúde coletiva) da América Latina (Schramm, 2008).

Vale ressaltar que, de acordo com Schramm, o conceito de “proteção” não é atual. Essa “proteção” ligada à ética procede do vocábulo *êthos*, que significava residência, moradia, lugar onde se habita, utilizada em poesia ou guarida que fazia referência aos animais. Somente anos depois estendeu o conceito a seres humanos no sentido de seu país (O que é bioética de proteção?, 2021).

A bioética foi descrita como uma “ciência de sobrevivência” e que deveria ser uma forma de proteção do meio ambiente na qual existimos, desse modo, foi necessário a criação da “bioética global” para atuar nos conflitos da relação de humano com meio ambiente, e que tenha como meta a saúde humana individual para corroborar com o avanço da sobrevivência da raça humana (O que é bioética de proteção?, 2021).

De acordo com Schramm, Martin Heidegger revela a gênese de *êthos*, o seu sentido originário (O que é bioética de proteção?, 2021).

Êthos significa morada, lugar de habitação, o âmbito aberto onde o homem habita. O aberto de sua morada torna manifesto aquilo que vem ao encontro da essência do homem e, assim, aproximando-se, demora em sua proximidade.

A morada do homem contém e conserva o advento daquilo a que o homem pertence em sua essência (Heidegger, 1979).

5 MUDANÇAS NO PERCURSO METODOLÓGICO

Aspirava-se trabalhar com pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa devido à natureza subjetiva do objeto de estudo, e nesse sentido o trabalho foi submetido na plataforma Brasil; no entanto, não obtive tempo hábil da resposta positiva da plataforma, para iniciar a coleta de dados em campo. Diante do exposto, este trabalho foi realizado apenas a partir de revisão da literatura.

Na data de 14/05/2022, submeti o trabalho na plataforma, foi orientada a reformular as datas do cronograma e o termo de consentimento informado igual ao modelo que o Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) sugeriu, foi feita conforme solicitação e novamente na data 16/05/2022 submeti. Obtive resposta negativa e o último prazo para submissão foi dia 24/05/2022, efetuei nova submissão e aguardei a reunião do Conselho do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS que seria dia 16/07/2022, mas não obtive nenhum retorno, sigo aguardando a plataforma. Por conta da demora, foi decidido reformular o trabalho para uma revisão integrativa.

De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos, na prática.

Deste modo, optou-se por produzir uma revisão integrativa e indicar o conhecimento vigente sobre o tema. A revisão integrativa é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de uma pesquisa que falam do mesmo assunto, no entanto, são independentes, e desse modo a revisão busca analisar, despertar pensamento reflexivo e ainda propor mudanças (Souza; Silva; Carvalho, 2010). Semelhantemente, Mendes, Silveira e Galvão (2008) descrevem que a pesquisa integrativa é relevante, já que ela possibilita a tomada de decisão e melhoria da assistência prestada enquanto se obtêm os resultados e conhecimento de uma determinada temática; além disso, observa-se através desse estudo possíveis lacunas a serem desbravadas, com a realização de novas pesquisas.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da revisão integrativa visando considerar o conhecimento científico disponível a respeito da produção sobre acesso aos serviços de saúde e saúde da mulher, disponível no acesso livre da base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A revisão integrativa (*integrated review*) é a mais ampla abordagem metodológica dentre as demais revisões; permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica, e possibilita a definição de conceitos (evolução), teorias e tendências (revisão), problemas metodológicos de um tópico particular evidenciando novas ideias, métodos e incitando novos estudos (Carvalho *et al.*, 2022; Souza; Silva; Carvalho, 2010). A revisão integrativa de literatura é um método cuja finalidade é sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A partir da definição do tema da pesquisa, foram determinados os descritores “acesso aos serviços de saúde” e “saúde da mulher” no dispositivo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a construção da expressão de busca foi utilizado o operador booleano "AND". Dessa forma, a chave de busca elaborada foi: 2 “acesso aos serviços de saúde” AND “saúde da mulher”.

Baseada na proposta de Cooper (1984), o estudo seguiu as seis etapas indicadas para sua execução: a) seleção do tema e elaboração da pergunta norteadora; b) pesquisa bibliográfica na literatura; c) coleta de dados; d) leitura flutuante; e) análise dos estudos incluídos; f) discussão do resultado e a síntese da revisão integrativa, que serão apresentadas a seguir:

- a) Primeira etapa: questão norteadora: Qual a produção de conteúdo científico sobre acesso aos serviços de saúde e saúde da mulher negra, disponível na base de dados LILACS, na íntegra, publicados e indexados nos referidos bancos de dados, com recorte temporal de (10 anos) e em idioma (português)?

Para a construção da questão de estudo, os autores se valeram da estratégia PICO, acrônimo que significa "P" para Paciente, "I" de Intervenção, "C" de Comparação, e "O" de *Outcomes* (desfechos = resultados). A principal finalidade dessa estratégia é nortear o delineamento da pergunta de pesquisa. O "PICO" aumenta a recuperação das evidências, foca o escopo da pesquisa e dificulta a realização de buscas desnecessárias (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

A partir da definição da questão da pesquisa, foram determinados os descritores com a sua respectiva correlação no idioma português (Quadro 1, a seguir);

- b) segunda etapa: realizar a pesquisa bibliográfica e definição dos critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra, a saber: artigos na íntegra em consonância com o tema, artigos publicados em português, considerando todas as áreas de interesse de acesso aos serviços de saúde e saúde da mulher que tivessem os textos completos disponíveis online, com acesso livre, selecionados no período de 2013 a 2022 (10 anos). Como critérios de exclusão, foram definidos em artigos, cujos títulos e resumos não se mostraram condizentes com os descritores e filtros, artigos em duplicata, artigos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra (*open access*), artigos cujas temáticas fossem direcionadas a criança, homem exclusivamente, trabalhos com comorbidades isoladas tais como: diabete, câncer, Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, sífilis, e idiomas que não fossem em português;
- c) terceira etapa-Categorização de estudos. A etapa subsequente consistiu-se na triagem dos trabalhos científicos, inicialmente pela leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave, verificando sua adequação à proposta do estudo. Importante ressaltar que em

todos os artigos foi realizada leitura flutuante para termos certeza se eles abordavam ou não o tema do estudo em questão. Foram selecionadas publicações cuja leitura flutuante permitiu identificar, posteriormente, maior desenvolvimento do filtro aplicado, organizando-os conforme as informações obtidas. Foi realizada a coleta de dados. Após a seleção dos artigos realizou-se uma pesquisa na literatura conforme os conceitos relacionados ao tema de interesse e que fundamentassem a nossa abordagem teórica. Foram selecionados 27 artigos completos. Após uma análise criteriosa que contemplou dados que encontramos na pesquisa identificada, selecionaram-se os artigos para servir de fonte de dados para esse estudo, conforme o fluxograma (Figura 1, a seguir). Identificou-se 27 artigos que, ao serem analisados por meio dos critérios de inclusão e de exclusão pré-estabelecidos, selecionou-se 9 estudos, é importante ressaltar que dos 27 estudos, 18 não se encontravam na temática, abordava acesso à saúde de mulheres no contexto de doenças como vírus da imunodeficiência humana (HIV), diagnóstico de câncer, profissionais do sexo, mulheres privadas de liberdade, violência física e doença crônica;

d) quarta etapa - análise dos estudos: a partir dessa fase da revisão, foi possível obter subsídios para atender os objetivos do estudo.

e) quinta etapa - a discussão dos resultados. Nesta fase, os resultados foram avaliados de forma crítica, conforme os estudos selecionados, observado a comparação dos trabalhos em relação à temática abordada com o intuito da pesquisa proposta;

f) sexta etapa - apresentação da revisão integrativa. Nesta etapa, foram analisados os dados dos artigos selecionados, foram extraídas dos artigos as citações, que fazem referência ao racismo institucional e suas consequências (Quadro 2).

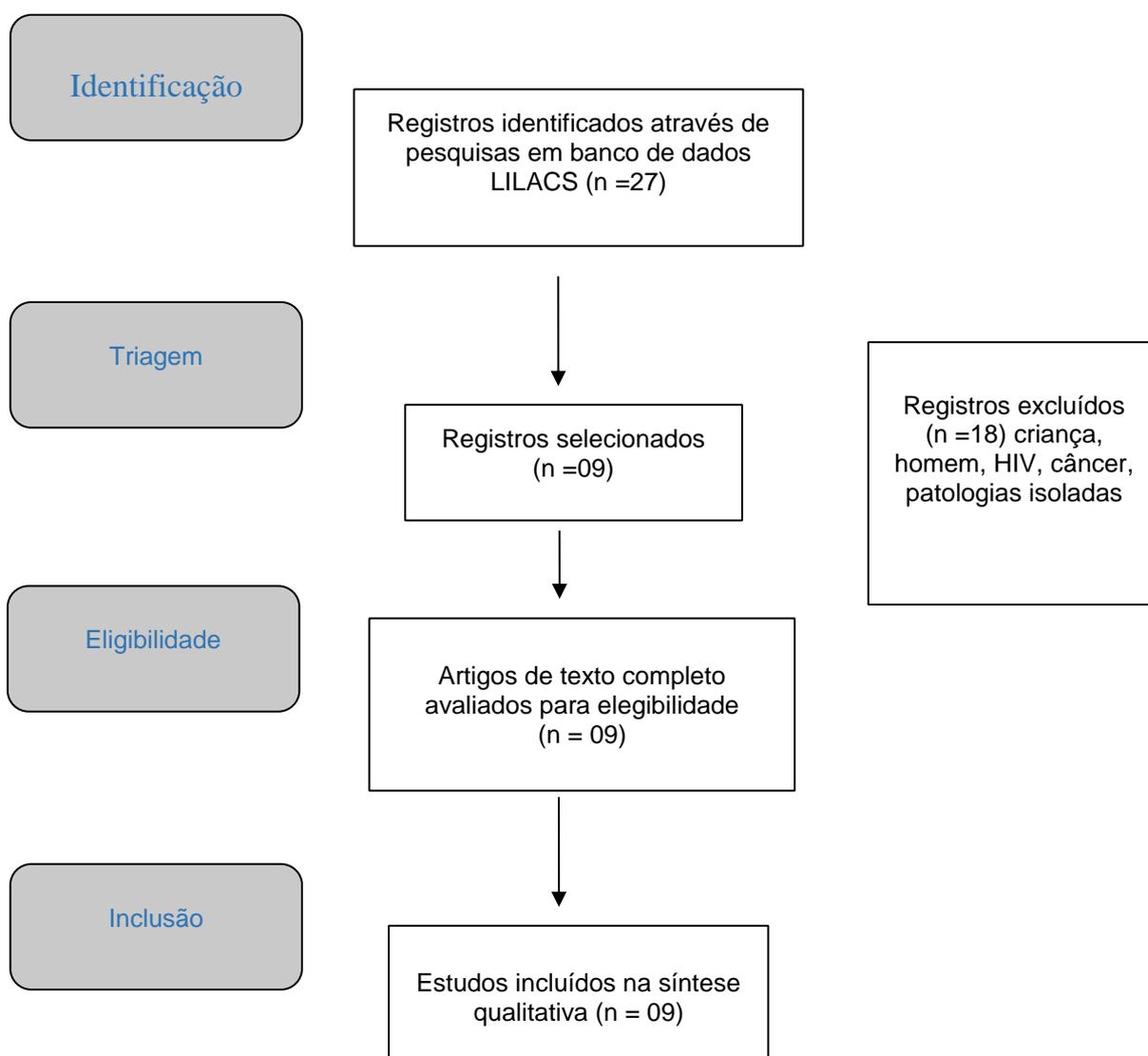
Quadro 1 - Estratégia: PICO de modo a estruturar a busca bibliográfica

Estratégia	Palavras-chave	Termos DeCS/MESH
P	Saúde das mulheres negras	
I	Serviço de saúde	
CO	Acessibilidade	

Legenda: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); Medical Subject Headings (MESH).

Fonte: A autora, 2023.

Figura – Fluxograma do Método de escolha e seleção de publicações nas Bases de Dados LILACS



Legenda: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Fonte: A autora, 2023.

Quadro 2 - Legenda análise segundo a base/ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos e resultado (continua)

Ano Periódico	Título	Autores	Objetivo	Resultados	Região
2021	Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21	Keunecke, A. L. <i>et al.</i>	Levantar os dados do Brasil, evidências científicas, reflexões, boas práticas e recomendações de extrema importância para a sensibilização e a mobilização de diversos atores em prol da garantia dos direitos à vida e ao respeito de mulheres, gestantes, neonatos e crianças	Foi descrito que o acesso a serviços de atendimento à gestação e ao parto estão praticamente equacionados e que a prioridade deve ser a qualificação desses atendimentos, com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal. Evidenciaram ainda uma maior vulnerabilidade nas populações de raça/cor negra/parda, na população indígena e entre adolescentes, constatação que enseja a recomendação de que, para que se alcance a equidade no atendimento, será necessário organizar a atenção de forma a lidar com as especificidades dessas populações, possivelmente propondo de forma programática um cuidado mais frequente e, no caso das populações indígenas e de religiões de matriz africana, culturalmente adequado.	Brasil
2020	Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde	Silva, M. J. S. <i>et al.</i>	Caracterizar e avaliar a qualidade da assistência prestada no parto e pós-parto, a partir da visão de mães, usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com enfoque nos aspectos relativos à humanização.	60,5% tiveram parto vaginal; 66,5% tiveram um acompanhante de sua escolha durante o parto; 90,0% das mães afirmaram ter ficado com seus filhos no quarto após o parto; 60,5% avaliaram a qualidade do atendimento no parto como bom; 54,5% buscaram o serviço de saúde na primeira semana após o nascimento.	Rio Grande do Norte

Quadro 2 - Legenda análise segundo a base/ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos e resultado (continuação)

Ano Periódico	Título	Autores	Objetivo	Resultados	Região
2019	A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ	Cruz, M. J. B. <i>et al.</i>	Objetivo foi identificar a associação do atributo coordenação do cuidado com a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança na atenção primária à saúde no Brasil.	Para o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher, 70,5% das equipes estava com baixo nível e, na saúde da criança, 63,5% com alto nível.	Brasil
2018	Sistema de referência para o parto hospitalar do Programa Cegonha Carioca: perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira	Silva, M. A.	Descrever perspectivas das puérperas inscrita no Programa Cegonha Carioca acerca da assistência prestada no sistema de referência para o parto hospitalar; analisar as implicações da assistência da enfermeira neste sistema de referência a partir da visão das puérperas; discutir esta assistência com referências às ações programáticas para qualificação do acesso ao parto hospitalar.	As puérperas destacaram que se sentiram mais confiantes, tranquilas e seguras por conhecerem previamente a maternidade de referência para o nascimento de seus filhos, por contarem com o transporte da ambulância até a maternidade e terem a garantia da internação no momento do parto. As mulheres também realizaram críticas e apontaram a necessidade de mudanças no programa. Mencionaram a demora na chegada da ambulância até a residência e referiram o fato de não ser disponibilizado o retorno para a casa, no caso de a gestante ser liberada para casa pelo setor de emergência da maternidade	Rio de Janeiro
2018	Percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar	Costa, R. L. M.	Objetivo analisar as percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar.	Resultados preocupação com o bem-estar do bebê, medo de parir em via pública, sensação de abandono resultante da falta de acolhimento nas maternidades e insatisfação por terem percorrido longas distâncias até os serviços de saúde foram as principais inquietações expressadas pela maioria das mulheres.	Alagoas

Quadro 2 - Legenda análise segundo a base/ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos e resultado (continuação)

Ano Periódico	Título	Autores	Objetivo	Resultados	Região
2017	Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde	Nunes, D. S. <i>et al.</i>	Analisar o acesso à assistência pré-natal no Brasil a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013	Houve elevada cobertura do acompanhamento pré-natal (97,4% IC95% 96,5-98,4), com entrega do cartão pré-natal (95,3% IC95% 93,6-97,0) e início de pré-natal com menos de 13 semanas de gestação (83,7% IC95% 80,7-86,6), porém baixa proporção de gestantes com todos os aconselhamentos (69,2% IC95% 65,5-72,9) e com exames para Sífilis (64,8% IC95% 61,0-68,7). Entre as que realizaram o pré-natal, 69,33% das gestantes indicaram que todas as consultas foram feitas através do Sistema Único de Saúde. As regiões Norte e Nordeste apresentaram maior proporção de partos vaginais, porém menor número de consultas de pré-natal por gestante.	Brasil
2016	Racismo institucional e saúde da população negra	Werneck, J.	Objetivo de subsidiar pesquisas e contribuir para a formulação e gestão de políticas públicas adequadas às necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras brasileiras.	As ações envolvem os esforços institucionais de eliminação do RI a partir da atuação sobre os resultados das políticas públicas.	Rio de Janeiro

Quadro 2 - Legenda análise segundo a base/ano de publicação, título do artigo, autores, objetivos e resultado (conclusão)

Ano Periódico	Título	Autores	Objetivo	Resultados	Região
2016	Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico	Varga, I. v. D.; Batista, L. E.	Formar e habilitar profissionais de saúde das diferentes categorias para implantar, na rede de serviços do SUS no estado, uma atenção adequada à população negra e, mais especificamente, à mulher negra	Considerações acerca das inúmeras, grandes e muito significativas dificuldades enfrentadas na consecução do CESMN, que configura, inequivocamente, um caso de racismo institucional sistêmico, e o curso não ter tido o impacto esperado segmento, esse mesmo projeto, em se tratando de curso de pós-graduação <i>lato sensu</i> , teve de se ater exclusivamente ao público de portadores de diplomas de graduação, deixando de contemplar atores sociais e segmentos.	Maranhão
2015	A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal	Silva, L. A. <i>et al.</i>	Analisar os valores expressos no discurso das mulheres/gestantes sob a acessibilidade dos exames no acompanhamento pré-natal.	Necessidade de mudança no acompanhamento do pré-natal, considerando uma rede de saúde unificada e integrada com serviços de qualidade nos seus diversos níveis de atenção à saúde, promovendo o bem estar, o conforto e a segurança à mulher gestante como valor vital à saúde da mesma.	Rio de Janeiro

Legenda: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Racismo Institucional (RI); Sistema Único de Saúde (SUS); Curso de Especialização em Saúde da Mulher Negra (CESMN).

Fonte: A autora, 2023.

7 DISCUSSÃO

Os 09 estudos selecionados foram publicados em periódicos nacionais entre os anos 2015 e 2021, quanto à categoria de publicação, assim especificado: sendo (1) dissertação em português; (01) pesquisa quantitativa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem avaliativa; (2) estudos transversais; (3) estudos descritivos com abordagem qualitativa; (01) revisão de literatura; (1) editorial e um estudo fenomenológico, descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Classificação dos estudos quanto aos participantes, (07) abordaram as categorias de adolescentes, mulheres (menores de 19 anos) e adultas (com 20 anos e mais), gestante e não gestantes, (2) abordaram equipe de saúde que atendia mulher e criança, (4) artigos analisados discutiam segregação raça/cor de mulheres. Na classificação dos estudos quanto ao contexto em que se realizaram na área de interesse, (6) eram de estudos na atenção básica (clínica da família, pré-natal), (01) ambiente hospitalar (mulheres internadas), (2) estudos com profissional de saúde sobre curso de capacitação. Quanto à escolaridade, (7) estudos descreveram que os que em grande maioria os participantes só tinham até o (ensino fundamental). Com relação à renda, (8) dos artigos analisados discutiam o item sobre renda baixa e ausência de renda.

Dissecando as evidências encontradas, os artigos selecionados dialogam entre si no que se refere a falta de acessibilidade para mulheres negras nos serviços de saúde e então, foi constatado que existem muitas barreiras impostas ao povo preto, para acessar os serviços, dentre eles estão Estrutura SUS — incluindo falta de capacitação, racismo, sexismo, falta de organização entre os serviços, falta de recurso financeiro (infraestrutura), a presença de barreiras geográficas e para finalizar a ausência de compromisso e competência técnico-científico por parte dos profissionais de saúde e dos gestores em saúde (Costa, 2018; Cruz *et al.*, 2019; Da Silva *et al.*, 2017; Rattner, 2021; Viegas; Varga, 2016; Werneck, 2016).

O ponto de partida da daqui para a frente é analisar todos os artigos encontrados e discutir consoante o ponto de vista da bioética da proteção, partindo da discussão do direito de igualdade, a assistência integral, e por final o direito ao acesso as ações e serviços de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo o SUS, na Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), no “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Ainda no artigo 7º inciso 1º (Brasil, 1990) descreve que

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A Bioética da Proteção é um campo de estudo de ferramenta teórica, que vem colocando em pauta a importância da assistência e da proteção da humanidade e de seus ambientes naturais, utilizando-a como uma ferramenta que questiona os conflitos morais, sobre atitudes, tomada de decisão no âmbito da Saúde, no sentido fortalecer a equidade e justiça no atendimento, tornando acessível a todos sem distinção raça/cor (Schramm, 2008). No âmbito da Saúde Pública, observa-se que após leitura de todos os artigos selecionados na revisão integrativa, que ao refletir sobre a lógica dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentam-se extremamente contraditórios, pois o atendimento apresentado a mulheres negras é excludente, deixando-se proteção por parte do Estado. Desse modo, faz todo sentido uma discussão no âmbito bioético. Observa-se, ainda, que há lacunas que necessitam serem abordadas; entre elas o fato do SUS não conseguir garantir o atendimento adequado, no sentido de ter qualidade, ser focado nas diversidades para população negra, indígena e quilombolas (Anúnciação *et al.*, 2022). Segundo Santos e Silva (2022), o fato do SUS fornecer um atendimento com tantas lacunas, deve-se a falta de fortalecimento de Políticas afirmativas para enfrentar o racismo.

Ao analisar, na perspectiva da bioética da proteção, observa-se que quando o Estado fornece um serviço excludente, ele está desprotegendo a população que deveria ser acolhida por ele. Ainda nesse mesmo pensamento, o conceito de proteção, de acordo com Schramm, pode ser dividido em dois (O que é bioética de proteção?, 2021):

- a) as inter-relações individuais (ou interpessoais e intersubjetivas);
- b) as de sentido coletivo (sociais, populacionais, comuns).

Proteção— inter-relações individuais: são as que se referem ao amparo que um agente protetor oferece, mas em princípio não impõem, significa dizer que difere do paternalismo, a uma pessoa que não está em condições de se “virar” sozinho. E como exemplo, Arreguy e Schramm (2005) trouxeram a relação de pai e filho. Já no conceito de proteção no sentido coletivo, ele descreve o amparo que deve ser dado pelo Estado para a sociedade na ele é responsável, e logo, ele cita, como exemplo, as políticas de saúde pública, o SUS e a promoção de saúde.

Arreguy e Schramm (2005) fizeram uma análise e sintetizou a bioética da proteção da seguinte forma: ele argumenta que é uma prática aplicada, visando sanar nos conflitos e as argumentações morais, utilizada no âmbito das ciências da vida e da saúde, sentido de valor ético. Nessa vertente, agir a partir de funções; descritiva, normativa e protetora.

Na função descritiva: tem por objetivo descrever e analisar o conflito em questão, na normativa será proscrito ações e comportamento inadequado, e prescrever o comportamento considerado adequado no ponto de vista ético e para finalizar a protetora vem para amparar, se possível, todos os que são considerados os mais “fracos”, mais vulnerável, quando houver uma disputa de valor.

Para Arreguy e Schramm (2005, p. 123), “a Bioética de proteção vai se aplicar às “práticas” humanas que podem ter efeitos significativos e irreversíveis aos seres vivos, considerados em seus contextos ecológicos, biotecnocientífico e socioculturais”.

Arreguy e Schramm (2005) ainda dividiram a bioética da Proteção em três conceitos:

- a) uma caixa de ferramenta: que descreve e compreende os conflitos racional e imparcial das possibilidades;
- b) caixa de ferramenta normativa; no sentido de resolver, prescrever e proscreever atitudes;
- c) articulação de a e b citadas acima, fornece meios práticos que conseguem proteger os indivíduos envolvidos em conflitos, na garantia de cada projeto de vida ser compatível com os demais.

Para melhor entender o conceito de bioética da proteção, Schramm (2011) relata que ela serve como uma ferramenta que se aplica aos conflitos da moralidade, devido às inadequadas práticas humanas que, conseqüentemente, terá efeitos irreversíveis no ponto de vista negativo, sobre os seres vivos, sobretudo, humano.

Nesse sentido, foi definido o conceito de Bioética, segundo Schramm (2008, p.11):

A Bioética da Proteção é um subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem.

Schramm (2010) descreve sobre a proteção direcionada aos seres vivos, e revela que todos os seres vivos necessitam de alguma proteção em determinado momento da vida, isso se deve ao fato de ter o fôlego de vida. No entanto, ele propôs a definir quais os grupos que de fato necessitam de uma “proteção”, já que, nem todo indivíduo na condição de ser vivo podem necessitar de uma verdadeira “proteção”.

Rosa (2006) faz uma análise sobre que é a bioética da proteção que Schramm defende, argumentando que é o ato do “Estado” (governo) em se responsabilizar com a sociedade, e considerar as possíveis vulnerabilidades existenciais, enquanto condição humana, e ao se deparar com um indivíduo em situação de vulnerabilidade na qual se encontra impossibilitado de se autoajudar, o Estado deve amparar e garantir a proteção no sentido de evitar violência, proteção dos direitos humanos, da pobreza.

Deste modo, a bioética da proteção vem responder a esses conflitos. Tais conflitos são produzidos por agentes morais, os autores (os que têm poder), e os seres humanos são ditos como pacientes morais, aqueles que sofrem a ação, o autor propôs chamar os pacientes morais de suscetíveis ou vulnerados, os considerados vulnerados são incapazes de enfrentar os conflitos recebidos, não conseguem reverter ou evitá-lo devido a sua falta de meios que os capacitam, não possuem empoderamento (Arreguy; Schramm, 2005).

Alguns autores caracterizaram que mulheres indígenas, de raça/cor negra, adolescentes, pobres e que residem em locais precários são mais vulneráveis

comparada as brancas (Costa, 2018; Nunes *et al.*, 2017). Portanto, conclui-se que a cor da pele quando negra e o sexismo, na qual deixa a mulher em posição de maior vulnerabilidade, são determinantes para que se receba um cuidado de baixa qualidade, favorecendo a morbimortalidade desses segmentos (Goes; Nascimento, 2013; Werneck, 2016). Esses estudos são de enorme relevância para que se possa refletir, de forma crítica, no processo histórico de desrespeito dos direitos que mulheres negras sofrem desde da escravidão até chegar atualmente, e propor sugestões para melhoria dessa problemática apresentada.

As categorias e subcategorias serão apresentadas, a seguir, conforme descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Limitadores do acesso aos serviços de saúde para mulher Negra - Subcategorias

Categoria 1	Categoria 2
Limitador de acesso	Sugestão para melhoria do acesso aos serviços de saúde
Racismo Institucional	Enfrentamento do racismo institucional
Vulnerabilidade social, barreiras geográficas	Rede integrada, articulação entre os setores, responsabilizar o Estado para garantir o cuidado
Falta de coordenação de cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher, peregrinação	Pré-natal de qualidade é garantia de direitos de cidadania, acolhimento, capacitação dos profissionais para respeitar as diversidades, coordenadores de cuidado

Fonte: A autora, 2023.

7.1 Categoria 1 - Limitadores do Acesso aos Serviços de Saúde para Mulher Negra

Racismo Institucional

O racismo institucional é um limitador de acesso, pois sua presença nos espaços faz com a população negra encontre dificuldade para acessar os serviços de saúde, pois uma vez que ele se instala, a instituição deixa de fornecer uma assistência ou fornece com baixa qualidade devido a sua cor, cultura ou origem

étnica, por conta disso, o resultado é as iniquidades raciais em saúde (Werneck, 2016).

Para Silva *et al.* (2020), a população negra do Brasil tem dificuldade para acessar os serviços de saúde por conta dos aspectos técnicos. Sobre o aspecto técnico, encontra-se a desigualdade de atendimento nos serviços de saúde em função da raça/cor, o que significa dizer que o racismo institucional faz com que as instituições se responsabilizem pelos seus agravos operada por ela diariamente.

Com relação à primeira **subcategoria 1**, foi possível aferir durante a leitura fluante dos 09 artigos selecionados e lidos na íntegra que o **racismo institucional** foi apontado por Varga; Batista (2016) e Werneck (2016) como um limitador de acesso aos serviços de saúde. Portanto, Lessa *et al.* (2022) concluíram que cor da pele quando negra é um determinante para que se receba um cuidado de baixa qualidade, sendo dessa forma um marcador de injustiças.

As barreiras para acessar os serviços de saúde foram apontadas por alguns autores, de acordo com Werneck (2016), o racismo institucional é uma barreira para o acesso aos serviços de saúde. O racismo institucional é praticado diariamente pelas instituições de saúde que diretamente dificultam ações preventivas na saúde da mulher negra, as desigualdades ao acesso aos serviços de saúde gera vulnerabilidade, produz iniquidades, eleva as taxas de mortalidade do povo negro e indígena. Essas barreiras podem ser identificadas por atitudes dos profissionais de saúde, quando refere suposições sem fundamentos sobre a dor do negro, ligadas a ideia de maior resistência, quando minimiza suas queixas, ou quando é negado anestésico durante o trabalho de Parto, configurando assim o racismo institucional (Oliveira; Kubiak, 2019). Desse modo, o racismo produz injustiças naturalizada por parte de quem os pratica cotidianamente.

Segundo estudos realizados por Nunes *et al.* (2017), Rattner (2021), Viegas e Varga (2016) e Werneck (2016) reúnem opiniões e achados que descrevem que o cuidado ofertado à saúde é desigual, descrevem que mulheres negras e indígenas tem o menor acesso aos bens e serviços disponibilizados pelo SUS, bem como as ações de promoção a saúde, comparada a mulher branca. De acordo com Nunes *et al.* (2017), mulheres pretas, indígenas, as múltíparas, e para aquelas com menor grau de instrução escolar e residentes na região norte e nordeste têm menor acesso aos serviços de pré-natal, em uma proporção de (93,78% IC 95% 88,94-98,62) e a branca brancas (98,57% IC95% 97,36-99,79).

Com relação ao número de consultas/ por gestante por região, a região norte e nordeste 7 consultas, região sudeste 9 consultas, destacando positivamente a região Centro-oeste e sul com 10 consultas. O mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da saúde de consultas são 6 (Melo *et al.*, 2020).

É importante descrever os dados estatísticos, que revelam o total de mortes maternas em 2012, são de 1.583, sendo que 60% dessas mortes eram de mulheres negras e 34% brancas (Silva; Lima, 2021). Ainda no Brasil, é registrado a alta taxas de mortalidade materna, alguns fatores são responsáveis para colaborar para esse desfecho, a ilegalidade do aborto, falhas na atenção ao parto, a peregrinação das gestantes em busca de atendimento e as altas taxas de cesariana (Cruz *et al.*, 2019).

Desse modo, analisando sobre o impacto do racismo na saúde, vale ressaltar que ele é sim um determinante para a população preta adoecer, e ainda favorece para acontecer mortalidade precoce. As mulheres brasileiras, quando se declaram pretas, têm menos acesso ao pré-natal comparadas às brancas. Esses dados são verificados no Manual Técnico de Atenção ao Pré-natal de baixo risco (Lessa *et al.*, 2022). Logo, a Bioética da Proteção é destinada às pessoas que estão expostas a maior vulnerabilidade, ela se aplica aos sujeitos carentes, às comunidades sem a menor condição de autocuidar, por falta de recursos, impedindo que exerça a autonomia plena e contradizendo o princípio da justiça. Ela se aplica aos moradores em condição de rua, às que têm dificuldade de ter acesso à saúde, aos desprotegidos, desamparados, com falta de recursos econômicos, financeiros e existenciais e então é como uma ferramenta para dar altruísmo aqueles que não conseguem se manter sozinhos (O que é bioética de proteção?, 2021).

Em 2005, foi criada a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS), da Organização Mundial de Saúde, que apresentou um conceito de determinante de Saúde, que descrevia que existem vários fatores estruturais e sociais responsáveis por gerarem tantas desigualdades e vulnerabilidade na saúde, dentre esses fatores foram citados racismo e o sexismo (Werneck, 2016).

De acordo com López (2012, p. 127 *apud* Varga; Batista, 2016), o racismo institucional é definido como o

fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas devido à sua cor, cultura, ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que

totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens às pessoas de minorias étnicas.

Werneck (2016) traz a percepção do racismo institucional. Ela define que o racismo institucional de todos os tipos de racismo é o mais ignorado, ele transpassa de um conceito individual e se estabelece em uma dimensão estrutural, na forma como se organiza politicamente, suas práticas e regras resultando em tratamento e desfechos desiguais para povos negros vitimados pelo racismo e assim pode ser considerado racismo sistêmico. Na percepção de Werneck (2016), o racismo produzido pelas instituições, seja ele em ambiente público ou privada, atua para conduzir e manter um modelo de hierarquia racial, cujo mecanismo consegue gerar e legitimar práticas que excluem pessoas negras, construir barreiras para seu acesso e ainda permitir privilégios a outros.

Para Campos (2017, p.1),

A primeira delas entende o racismo como um fenômeno enraizado em ideologias, doutrinas ou conjuntos de ideias que atribuem uma inferioridade natural a determinados grupos com origens ou marcas adstritas específicas. Por essa perspectiva, o adjetivo “racista” só pode ser atrelado a práticas que decorrem de concepções ideológicas do que é raça. A segunda abordagem, por seu turno, concede uma precedência causal e semântica às ações, atitudes, práticas ou comportamentos preconceituosos e/ou discriminatórios na reprodução do racismo.

Werneck (2016) relata que para compreender o racismo é necessário se debruçar em sua estrutura ideológica, pautada nas relações de poder na estrutura da sociedade e reproduzida nas políticas públicas, cujo objetivo é distribuir poder e riqueza sob viés de raça. É urgente um olhar dos governantes para a justiça e equidade acima do lucro e das disputas de poder local e global (FIORI, 2007).

Nesse sentido, Werneck (2016) destacou, então, a importância de debater sobre as dificuldades enfrentadas pelo povo preto para acessar os serviços de saúde, nesse sentido as reivindicações da população negra e de movimento sociais se tornou urgente. Semelhante a Werneck (2016), Varga e Batista (2016) revelam a necessidade de uma agenda que contemple pautas na qual reivindique melhoria na qualidade, cobertura e no acesso à saúde que atenda as reais necessidades desse segmento.

Vulnerabilidade social, barreiras geográficas

De acordo com Goes *et al.* (2020), as vulnerabilidades estão estruturalmente vinculadas ao racismo, que determinará os piores indicadores sociais e de saúde, causando uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde para a população negra. As pretas são as mais vulneráveis comparada as mulheres brancas, já que experimentam desigualdades de raça, gênero e classe.

Mulheres pretas, em sua grande maioria, residem em locais distantes, na zona rural, muito distante dos serviços de saúde, por conta das barreiras geográficas. Esse é um aspecto econômico e social que colaborará para diminuir o acesso (Silva *et al.*, 2020).

Falta de coordenação de cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher

A falta de comunicação, de coordenação como entendimento sobre o fluxo de paciente entre os serviços de atendimentos e a falta de uma rede integrada gera a falta de acessibilidade (Silva *et al.*, 2015).

A atenção básica (clínica da família) é o primeiro atendimento da mulher, ali é realizada a primeira consulta de pré-natal, avaliadas as condições de saúde. Assim, essa paciente será classificada perante o risco, caso ela seja baixo risco, continuará na atenção básica, se apresentar uma condição de saúde que necessite atendimento de maior complexidade, ou profissionais especializados, será encaminhada para atenção secundária e é, nesse sentido, que o fluxo deve estar bem entrelaçado, para não perder a continuidade da assistência (Cruz *et al.*, 2019).

Vale também ressaltar que ter acessibilidade significa ter acesso pleno a todos os procedimentos, exames, resultados em tempo oportuno, por esse motivo que é necessário que os gestores devem garantir a operacionalização da atenção em saúde (Silva *et al.*, 2015).

7.1.1 Subcategoria — Vulnerabilidade (Social, Barreiras Geográfica)

A vulnerabilidade social é efeito da interseccionalidade que afeta diariamente a vida do povo preto. De acordo com Akotirene (2019), a ligação do racismo, machismo e capitalismo é conhecida como interseccionalidade e estão na mesma estrutura que causa opressão simultaneamente em mulheres negras, como, por exemplo, ser mulher e negra. Essas duas características se somam contribuindo para o menor acesso ao mercado de trabalho e, por conta disso, menor poder de compra por possuir menor renda, têm as piores moradias, sem infraestrutura com os piores índices de desenvolvimento humano, sem água tratada, locais distantes, sem saneamento básico e por conta dessas circunstâncias estão em maior vulnerabilidade para adoecer e morrer, além de encontrar barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Na visão de Schramm, a proteção deve ser um pacto entre os governantes e governados e o Estado tem, por obrigação, amparar os indivíduos sob sua responsabilidade (O que é bioética de proteção?, 2021). Já em seu conceito de proteção, ele transpassa a proteção individual para ser mais abrangente como uma proteção do coletivo, no sentido de o Estado social prover proteção contra risco, danos naturais, proteção da vida contra conflitos sociais que gerem violência, no sentido fornecer um mínimo de renda, condições de vida, moradia, saúde, não como uma caridade e sim como um direito político (O que é bioética de proteção?, 2021).

Werneck (2016) descreve que ainda existem muitas barreiras a serem derrubadas em busca de melhoria na atenção à saúde da população negra no acesso à saúde, sobretudo interposta pelo racismo. A autora relata que tem uma ligação direta entre racismo e vulnerabilidade em saúde e um aspecto importante é descrever que o racismo e a discriminação são fatores determinantes associados à doença e à morte precoce do povo negro.

A definição de vulnerabilidade, segundo Lopes (2004), é a coleção de enfoques, seja na forma individual e em grupo, que se associam ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, indissociavelmente, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis de tal situação.

No campo da bioética da proteção, o conceito de vulnerabilidade tem outro enfoque, segundo Arreguy e Schramm (2005), nem todos que estão suscetíveis a

ficar vulnerável de fato necessita de proteção naquele momento, uma vez que a possibilidade de necessitar de proteção não é um conflito real, estar vivo por si só já é uma condição de vulnerabilidade, no entanto, não te faz um vulnerado, de acordo com autor, o ser humano para ser considerado vulnerado ele precisa de proteção no sentido de não conseguir resolver seus conflitos sozinho, ele necessita da ajuda do Estado para lhe ajudar em suas necessidades plenas, tais como moradia, alimentação, educação, saúde (O que é bioética de proteção?, 2021). Nesse sentido, a Bioética da proteção se “encaixa” para servir de ferramenta de proteção para povo preto, indígena e quilombolas, uma vez que essas características são as narrativas de vida deles.

Werneck (2016) descreve que existem dimensões que vão estar ligadas e produzirá maior ou menor condição de vulnerabilidade para cada pessoa, nesse sentido ela cita três dimensões: dimensão individual — o comportamento, a prática as desprotegem, a dimensão social — apontando as condições política, social e econômica colocando certos segmentos em desvantagem e para finalizar a dimensão política ou pragmática, quando as instituições falha e não protege ou não diminui a condição de vulnerabilidade para garantir os direitos humanos.

O modo pelo qual o social e o econômico influem sobre a saúde de uma população são múltiplos e diferenciados, conforme a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população e as noções de saúde e agravos enfrentados (Lopes, 2004). Além da presença do racismo como um fator que determinará as condições de vida e saúde de um grupo, vale lembrar que existem outros determinantes que vão se sobrepor (Werneck, 2016).

Varga e Batista (2016) revelam que ser mulher, negra e camponesa são características que se somam e se potencializa para maior vulnerabilidade social e programática, já que são considerados segmentos necessitados, pobres. Em estudos realizados no Maranhão, Varga e Batista (2016) descrevem que a 25% da população vive em extrema pobreza e vale destacar que 74% da população são negros, atualmente tem 467 comunidades quilombolas, com os piores índices de desenvolvimento humano. As condições de vulnerabilidade e precariedade fazem parte das narrativas de vida de mulheres pretas atendidas no Sistema Único de Saúde (Oliveira; Kubiak, 2019).

Com base no princípio da bioética da proteção, descrito por Pontes e Schramm (2004) como sendo uma ética da responsabilidade social, o Estado deve

assumir suas responsabilidades sanitárias, considerado fundamento moral da atuação do Estado Mínimo, que dá sustentáculo à legitimidade do Estado de bem-estar na atualidade, no entanto, isso não acontece, a região norte e nordeste, que são locais de difícil acesso geográfico, com uma cobertura assistencial precária devido às baixas condições de sociais. Por conta desses fatores, as políticas públicas e tecnologias chegam tardiamente a essas regiões comprometendo a assistência (Nunes *et al.*, 2017). Corroborando do mesmo pensamento, Cruz *et al.* (2019) descrevem que dentre as regiões do país com o pior índice de coordenação de cuidado estão os municípios mais desfavorecidos no aspecto socioeconômicos. No que condiz à qualidade da assistência à saúde, a região norte do país é mais afetada, devido às desigualdades regionais vivenciadas por conta da falta de infraestrutura de assistência. Segundo Cruz *et al.* (2019), esse indicador negativo se deve ao fato que esses municípios não recebem investimento por apresentar baixa densidade populacional e, além disso, por ser em locais de difícil acesso, os profissionais de saúde não ficam nessa região, o acesso a medicamento e serviços especializados fica prejudicado, contribuindo, assim, para que o processo do cuidado seja afetado, por consequência desses fatores, a qualidade e resolutividade fica ineficaz (Cruz *et al.*, 2019).

Entre as barreiras, estão a estrutural, os recursos financeiros distribuídos desigualmente, permitindo somente alguns terem acesso à saúde através do plano de saúde, e isso está diretamente ligado a ter renda (Werneck, 2016).

Anuniação *et al.* (2022) argumentam sobre a necessidade de ter um pensamento crítico acerca dessa temática na percepção da interseccionalidade. A interseccionalidade permite descrever o quanto a questão racial precisa ser abordada e suas consequências para a saúde, uma vez que produz desigualdades, observadas na diferença de raça/cor e gênero que, por consequência, haverá prognóstico ruim no processo saúde doença, entre ela a mortalidade materna. Segundo Oliveira e Kubiak (2019), a morte seria uma consequência da falta de acesso e uma assistência de baixa qualidade.

7.1.2 Subcategoria - Falta de Coordenação de Cuidado à Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher

É importante descrever que a porta de entrada para a assistência à saúde é a atenção básica, é o serviço de saúde que disponibiliza serviços de baixa complexidade, cujo objetivo é solucionar 80% das demandas dos usuários, no entanto, muitas das vezes não é resolutivo por vários entraves, falta organização do fluxo de paciente, falta comunicação entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária (Campos *et al.*, 2014).

No tocante da saúde da mulher, os coordenadores de cuidado visam melhorar a qualidade da assistência, reduzir a morbimortalidade, no entanto, caso não haja continuidade do cuidado, foi evidenciado altos índices mortalidade materna e infantil (Cruz *et al.*, 2019).

Cruz *et al.* (2019) descrevem os benefícios da coordenação do cuidado que está em organizar a assistência à saúde envolvendo todos os que estão enquadrados, tais como profissionais, usuários e o sistema de saúde em busca de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança. A falta de coordenação do cuidado, resulta em má distribuição de recurso público, favorecendo a descontinuidade da assistência. Cruz *et al.* (2019), corroborando com Nunes *et al.* (2017), revelam que a falta de articulação entre os serviços causa prejuízo à saúde da mulher, tornando os serviços não resolutivos. Dentre os fatores apontados por Nunes *et al.* (2017), para contribuição para uma assistência de má qualidade estão o pré-natal desqualificado que apresenta barreiras que dificultam a acessibilidade para acessar os resultados de exames laboratoriais/ imagem em tempo oportuno, escassez de informação, sendo necessário a rede de saúde integrada. Semelhante, Lessa *et al.* (2022) destacam a importância da consulta de pré-natal, que é essencial e contribui para redução da mortalidade relacionado ao período gestacional.

Vale destacar que existe uma linha de cuidado previsto na Política Nacional da Atenção Básica (PNABS), que se caracteriza por padronizar técnicas e informa sobre a organização da oferta de ações de saúde, descrevendo a rotina do caminho do paciente com relação à organização da disponibilidade das ações de saúde como promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em cada serviço. Além disso, é preconizada uma comunicação efetiva entre as equipes e usuários, para o cuidado

ser integral, centralizando o cuidado adequado às necessidades do paciente, evitando, assim, perda da continuidade da assistência (Benevides et al., 2005).

Conforme Silva (2018), a fragmentação na rede de atenção à saúde ocorre mesmo quando a rede primária não possui boa comunicação com os serviços secundários e de referência hospitalar, por isso a autora destaca, em seus estudos, o benefício da implantação do Programa Cegonha Carioca, no sentido de possibilitar o vínculo com a maternidade a partir do pré-natal, evitando, assim, que as mulheres perambularem em busca de atendimento.

A dificuldade para acessar aos serviços de atenção à saúde secundária é apontada quando falta de maternidade de risco para toda a população que dela necessita, e por isso os serviços estão superlotados. Costa (2018) conclui que a falta de acesso e a peregrinação se deve à falta de gestão, falta de pactuação entre os estados federados (federal, estadual e municipal), por isso não oferecerão meios para atender a população, como: maternidade, referências, transporte.

O Ministério da Saúde, preocupado com o nível de assistência que está sendo ofertada a saúde da mulher, estabeleceu metas que é o 5º objetivo do milênio previsto na Organização das Nações Unidas (ONU) que contribui a uma assistência qualificada, com objetivo de diminuir as altas taxas de mortalidade materna no Brasil.

Costa (2018) responsabiliza o poder público pela falta de acesso aos serviços de saúde durante o trabalho de parto; e viola direitos quando não investe em recurso público, quando falta pactuação entre os gestores. A ausência de vinculação entre a atenção básica e transporte durante o trabalho de parto, fazendo com que gestantes sejam obrigadas a procurar uma maternidade no momento do parto, faz com que elas fiquem expostas e vulneráveis com risco de morte para mãe e bebê, por possíveis complicações durante o parto. Vale ressaltar que as mulheres expostas a estas condições são mulheres pobres, devido à desigualdade social, falta de recurso econômico e a maioria delas utiliza o serviço público de saúde (Costa, 2018). Portanto, em suas pesquisas foi desvelado a trajetória de mulheres pobres em busca de maternidade no momento do parto, com dor, sofrendo, angustiadas que, por conta da negligência do poder público, foram submetidas a essa violência chamada peregrinação, onde se observa que seus direitos constitucionais não foram garantidos (Costa, 2018).

7.2 Categoria 2: Sugestão para Melhoria do Acesso aos Serviços de Saúde

7.2.1 Subcategoria - Enfrentamento do Racismo Institucional

O enfrentamento do racismo conta com várias ações afirmativas por parte de todos, sociedade, gestor, negros, brancos. É necessário reconhecer em primeiro lugar que o racismo está presente em todos os espaços e que ele vitimiza corpos negros e ainda contribui para privilegiar alguns segmentos da sociedade, mobilizar, capacitar os profissionais para compreender que a mulher negra tem particularidade que necessita ser avaliada individualmente, que ela tem maior possibilidade de desenvolver algumas complicações por conta das doenças prevalentes na população negra, as políticas públicas nas unidades hospitalares precisam ser implementadas e fiscalizadas para saber se de fato estão sendo praticadas.

Ainda, de acordo com Werneck ([2013]), o enfrentamento do racismo, significa dizer que o racismo e a discriminação são determinantes que geram doenças e morte.

Consideramos fundamental o argumento que indica que o racismo:

Pode se expressar no nível pessoal e internalizado, determinando sentimentos e condutas; no nível interpessoal, produzindo ações e omissões, e no nível institucional resultando: na indisponibilidade e no acesso reduzido a serviços e a políticas de qualidade, no menor acesso à informação, na menor participação e controle social, e na escassez generalizada de recursos (Werneck, [2013], p.1).

Considerando os argumentos de Werneck ([2013]), conclui-se que é de suma relevância o fomento de pesquisas, de formulação de políticas na saúde pública, e de práticas voltadas para a saúde da população negra, em especial na área de saúde das mulheres negras. É preciso considerar a responsabilidade das instituições do Sistema Único de Saúde no combate ao racismo em suas distintas dimensões-estrutural, institucional e individual. Em outras palavras, as instituições do SUS precisam prover indicadores de saúde que considerem o quesito raça/cor em todos os serviços oferecidos pelas suas agências, como uma condição necessária à consolidação da universalidade e integralidade do sistema de saúde e

da justiça, através da equidade. A população negra não deve ser menosprezada em nenhum aspecto de suas condições de saúde. Com o objetivo de combater o racismo institucional é necessário a implementação de políticas pública direcionada à população negra, cujo objetivo é garantir e aumentar o acesso para população que reside em comunidades de grande cidade, e região rural. Além de combater a discriminação de gênero e orientação sexual, combater e prevenir assédio moral, melhorar a tecnologia da informação, incluindo o quesito raça/cor, análise de dados desagregados, monitorar os indicadores de saúde, incentivar e fomentar estudo que aborde a questão racial entre outros (Werneck, [2013]).

Entender que existe desigualdade assistencial na saúde por viés racial, é um enfrentamento ao racismo, desse modo preenchimento da questão raça/cor na ficha de identificação do paciente aspira servir como dados, transformados em indicadores de saúde, e assim serão determinadas as reivindicações no campo da saúde pública com ações e serviços específicos para a população cadastrada (Benevides *et al.*, 2005).

Vale ressaltar que foi observada uma escassez de artigos que versam sobre a saúde da mulher negra por vários autores (Lessa *et al.*, 2022; Silva; Lima, 2021; Werneck, 2016). Foi observado também um desinteresse dos pesquisadores de abordar sobre o assunto, que, supostamente, pode estar ligado às burocracias impostas pelos conselhos editoriais dos diferentes periódicos ou às combinações entre os variados elementos. No entanto, a falta de pesquisas, as escassas publicações trazem reflexões importantes, e faz um alerta sobre a não consolidação da promoção de políticas públicas para este segmento. Somando a isso, observa-se a ausência de um enfrentamento do racismo institucional (Oliveira; Kubiak, 2019; Werneck, 2016).

Para melhor expor a discussão sobre escassez de artigos sobre saúde da mulher, pretende-se aqui apresentar a experiência de Werneck (2016) que descreve, em suas pesquisas sobre saúde da mulher negra em periódicos nacionais em 2008, que foram encontrados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com descritores em saúde da mulher somente 24 artigos.

Foram evidenciados poucos achados que abordassem a temática. Além disso, poucos cursos de pós-graduação abordam a questão racial. Algumas causas foram apontadas para explicar esse total descaso por parte das academias com

relação esses baixos índices de publicação no tema. Segundo Werneck (2016), há também um racismo epistêmico.

Outro ponto destacado foi a invisibilidade das academias no campo científico com relação à saúde da mulher quilombola e da indígena, já que a produção de artigos científicos deste segmento também é considerada pouco (Durand; Heidemann, 2020).

Semelhante Carmo *et al.* (2021), Roque Matos *et al.* (2020) descreveram ser necessária e urgente uma discussão que aborde a falta de acesso equitativo aos serviços de saúde vivenciadas por mulheres negras, seja ela residindo na cidade, ou no quilombo. A quilombola é negligenciada no quesito saúde e ainda sofrem pela falta de acesso aos serviços de saúde por morar locais longínquos. Ressalta-se que o poder público negligencia cuidados, quando não tem um olhar de gestão pautado nas diversidades desse segmento, no sentido de desenvolver políticas públicas, ofertar profissionais capacitados que não desconsidere o conhecimento prévio do povo negro, visto que atualmente ainda é considerada a opinião soberana pautada no conhecimento biomédico, que tem por princípios uma assistência curativa, intervencionista e que acredita que o processo saúde doença é resultado do aspecto biológico (Durand; Heidemann, 2020).

Outro dado apontado que colabora para não acontecer o enfrentamento do racismo é a lentidão da adesão das políticas públicas destinada à saúde da população negra. Consoante Werneck (2016), a Política Nacional de Saúde Pública Integral da População Negra (PNSPIP), aprovada pelo Conselho Nacional em 2006, mas só regulamentada pelo Congresso Nacional em 2011.

Durand e Heidemann (2020) também descrevem que a literatura nacional não dá a real importância sobre as iniquidades da atenção à saúde da mulher e da criança que sofre por conta da cor da pele, e estão mais vulneráveis e marginalizados

O enfrentamento do racismo também é a consolidação e a implementação de políticas públicas na qual faz garantir os direitos e reconhecer a necessidade de visualizar as nuances envolvidas nos processos de adoecer para o povo negro.

As ações afirmativas visam diminuir as desigualdades raciais na saúde para mulheres negras, no intuito de promoção à saúde na qual valorizar a singularidade e necessidade de cada um, sendo importante respeitar as crenças, valores e perspectiva do mundo (Werneck, 2016).

Werneck (2016) pontua que é necessário combater o racismo reduzindo a mortalidade e as doenças segundo raça, cor de mulheres, ampliar a cobertura da assistência via pactos intersetorial também segundo raça/cor; (articulando a garantia de moradia, transporte, renda, emprego); incentivar a participação dos gestores e atuantes na saúde nas ações de promoção e prevenção por meio de política de combate do racismo e das desigualdades raciais na saúde, sobretudo de gênero.

Um estudo realizado por Varga e Batista (2016), no Maranhão em 2009, destacou a necessidade de um olhar holístico à população por ser uma região pauperizada, majoritariamente negra, sendo 54% da população. Por conta disso, Varga e Batista (2016) ressaltam a necessidade de políticas e serviços de saúde que visibilizem a necessidade singular dentro seu contexto de vida. A proposta era a capacitação de profissionais da saúde em curso de especialização em saúde da mulher negra. Apesar de expor uma demanda emergencial no campo da saúde pública, apresentou vários entraves que não facilitaram para execução do curso. O primeiro a se impor contra a formação foi o profissional médico, alegando que não justificaria especialização para cuidar da população negra, visto que na saúde coletiva o hematologista já abordava anemia falciforme. Desse modo, segundo eles, não haveria justificativa para tal especialização. Outro impacto foi o número de desistência ao decorrer do curso, apesar de no início haver muita procura, algumas suposições foram levantadas para justificar esse desfecho. Dentre elas, o fato de curso ser pós-graduação *lato sensu* ou de ter despertado interesse de profissionais de outras, que no final desistiu. Diante o exposto, argumenta que possivelmente se deve ao racismo sistemático.

7.2.2 Subcategoria - Pré-Natal de Qualidade, Acolhimento e Garantia de Direitos de Cidadania

Bioética da Proteção para nortear as políticas públicas de enfrentamento das desigualdades no acesso à saúde, sendo uma ética que evoca a responsabilidade social, deve sempre estimular o Estado a assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas consideradas nos conflitos econômicos, culturais e socioambientais. Além dessa proteção a cada indivíduo, chamados também direitos

liberais, a saúde pública surge como pauta crescente do Estado, que historicamente exerceu também um papel protetor, controlando epidemias e influenciando decisivamente na reforma sanitária dos ambientes urbanos e de trabalho. Dessa forma, a questão de saúde pública foi o marco inicial da proteção das populações pelo Estado, determinando o campo dos direitos sociais (Pontes; Schramm, 2004).

Rattner (2021) aborda ser necessário garantir o direito à vida e o respeito à mulher e à criança por meio de atendimento de qualidade. Nesse sentido, descrevem os benefícios da Rede Cegonha em contribuir para a melhoria do atendimento prestado, a implantação da Rede Cegonha, cujo objetivo é garantir o acesso, o acolhimento e a qualidade na atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento impactou na melhora dos indicadores. Vale ressaltar que a assistência à saúde da mulher melhorou nas últimas décadas, conforme Nunes *et al.* (2017) relatam melhora na assistência ao pré-natal no Brasil, já que dados apontam declínio na taxa de mortalidade materna em 1990. A taxa era de 120/100.000 nascidos vivos, já em 2000 foi 85/100.00 e continuou caindo em 2013 de 120 para 69/100.000. Isso é uma consequência das políticas públicas de saúde nos últimos anos, como, por exemplo, a Rede cegonha, o direito ao acompanhante, a prevenção e erradicação da violência obstétrica (Rattner, 2021).

Ter acessibilidade é a garantia para acontecer o cuidado (Silva *et al.*, 2015). Desta maneira, o acesso ao pré-natal compreende um conjunto de cuidados cujo objetivo é preservar a saúde da mãe e do bebê. A acessibilidade está relacionada ao direito de receber um cuidado integral com acolhimento, disponibilizando serviços que se interagem para atender conforme a complexidade de cada paciente (Silva *et al.*, 2015).

Embora sejam evidenciados avanços no que condiz à cobertura do pré-natal, foram observadas, em alguns estudos, questões que necessitam ser sanadas, como o elevado número de partos cesáreos eletivos e/ou sem indicação com base em evidências científicas, aumentando os riscos de prematuridade, morte materna e óbito neonatal e os efeitos de curto e longo prazo para a mãe e o bebê (Costa, 2018; Cruz *et al.*, 2019; Rattner, 2021; Silva *et al.*, 2020).

A melhoria do acesso aos serviços de saúde depende de vários fatores, entre eles: atenção básica estruturada, a tecnologia da informação para diminuir as filas, e a presença dos coordenadores de cuidado que conhece seu público, suas necessidades e por conta disso, tende a desenvolver um trabalho organizado, por

funções desempenhadas por todos os envolvidos no processo do cuidado, como os profissionais de saúde, os pacientes e o sistema de saúde. Isso tudo, serve para melhor alocação de recurso público, prevalecendo, assim, a satisfação da população. No tocante da saúde da mulher, os coordenadores de cuidado visam melhorar a qualidade da assistência, reduzir a morbimortalidade (Cruz *et al.*, 2019).

Para Cruz *et al.* (2019), quando os Serviços de atenção primária à saúde possuem estruturas (APS) e os coordenadores do cuidado gerência a saúde de acordo com necessidades da clientela, eles são mais eficientes. Nesse sentido, Cruz *et al.* (2019) destacam que a coordenação de cuidado produz resultados positivos, no sentido de diminuir as barreiras de acesso, na medida que dispõe de uma assistência integrada, ofertando serviços em todos os níveis de atenção, já que o atendimento segue o fluxo de hierarquia dos níveis de atenção, de acordo com necessidade de cada paciente. Dessa forma, é possível fornecer uma rede de cuidados mais ampla, seja de mais pessoas e mais serviços envolvidos. A coordenação do cuidado favorece um alto nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança e ainda os autores destacam que assistência pré-natal é um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da mãe e bebê, com intuito da detecção precoce das complicações próprias da gestação e o tratamento em tempo oportuno (Cruz *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na concepção da bioética da proteção o Governo deve reconhecer as situações que gera desigualdades de acesso à saúde e desenvolver e fiscalizar políticas públicas para a sua resolução desses conflitos, além disso, assumir como obrigação o atendimento às necessidades básicas de acesso universal aos serviços e ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, priorizando investimentos públicos, desenvolver políticas para focar melhoria das populações em condições precárias de exclusão social, para que dessa forma atenda aos requisitos da qualidade das condições de vida, tais como moradia, renda, habitação, que impacta diretamente na condição de saúde da população.

É necessário refletir a sobre a importância de estudos que enfatizem uma ação de educação preventiva ao combate do racismo institucional em todos os espaços.

Torna-se urgente o aumento pesquisas que versem sobre o acesso da população negra aos serviços de saúde, inclusive o impacto negativo do racismo institucional nas vidas da população negra, com o principal objetivo de reduzir essa omissão da ciência, já que foi observado escassez nesse sentido.

O racismo atua de formas variadas em todos os espaços, por atitudes rotineiras, com ofensa, assédio moral, violência obstétrica. Por muitas das vezes praticado sem consciência, outras vezes até naturalizado, na saúde ele impacta na falta de igualdade para acessar os serviços de saúde, resultando assim em adoecimento e morte.

O acesso à população negra ainda necessita de muitas estratégias para reduzir tantas barreiras que são impostas elas; as barreiras estruturais, a desigualdade social, econômica, a falta de empenho e capacitação por parte dos profissionais para atuar no combate do racismo institucional faz com negros (as) experimentem diariamente as iniquidades.

Destaca-se ser pertinente capacitação de profissionais em letramento racial, para ter um olhar singular, que respeite as diversidades, crenças, cultura, que entenda todo o processo e ciclo de vida no contexto histórico da população negra a qual faz adoecer. Além disso, é necessário implementar e monitorar ações afirmativas no enfrentamento do racismo dentro do SUS.

RECOMENDAÇÕES

De acordo com Schramm, o ESTADO deve propor políticas públicas para diminuir a vulnerabilidades de povos excluídos de melhores condições sociais, e então dessa forma o SUS pode acolher e atender com qualidade gestantes e recém-nascidos (as) negros (as) mediante medidas tais como (O que é bioética de proteção?, 2021):

- a) ações educativas;
- b) sensibilização e capacitação de profissionais de saúde;
- c) “quesito cor” nos documentos;
- d) sistemas de informação do SUS;
- e) pré-natal;
- f) programa de anemia falciforme;
- g) quilombolas;
- h) parceria.

De acordo com o Ministério do Ministério (Brasil, 2005), para atender um pré-natal com qualidade, as mulheres negras e seus bebês, são necessários que o profissional leve em conta as suas peculiaridades, vulnerabilidades, nesse sentido é necessário capacitá-los para atender dentro desse contexto exposto, sendo assim o pré-natal deve ser focado na vulnerabilidade das mulheres negras.

Conforme o Sistema Único de Saúde (SUS), um pré-natal com qualidade faz-se necessário a inclusão de ações educativas, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, a inserção do “Quesito Cor” nos documentos e sistemas de informação do SUS, adesão da consulta de pré-natal com objetivo de identificar as intercorrências que possa acontecer durante a gestação.

a) Ações educativas

O objetivo das ações educativas, para as mulheres negras em período gestacional, visa a reduzir os agravos, doenças, mortalidade e ainda o contexto da exclusão social (Da Cruz, 2006). A ação educativa são palestras direcionadas às

gestantes, para esclarecer sobre possíveis agravos à saúde. Além disso, conscientizar a realização do pré-natal para identificar precocemente, e tomar medidas preventivas no cuidado de doenças, como hipertensão e diabetes e ressaltar a necessidade da realização do teste do pezinho para identificar hemoglobinopatias para inclusão de diagnóstico específico de anemia falciforme (Brasil, 2005).

De acordo com Da Cruz (2006), ações educativas devem iniciar no 3º mês de gestação, com objetivo de melhoria na qualidade de vida, e ainda preparar para o momento do parto e aleitamento materno, incentivar o protagonismo familiar.

Nesse sentido, cabe ainda no âmbito das ações educativas para gestantes, a inclusão neste processo de parturição os familiares, no quesito de promoção de saúde, melhor qualidade de vida, orientação sobre as modificações no corpo causada pela gestação e trabalho de parto, cuidado com períneo, técnicas de relaxamento, métodos não invasivos para controle da dor no período expulsivo e fortalecimento do períneo. Realizar orientação com o cuidado pós-parto com o corpo e cuidados com recém-nascido, tais como amamentação, preparo do seio, vacina e triagem neonatal (Brasil, 2005). É de grande importância, orientar os sinais e sintomas pós-parto sobre possível infecção, orientar quanto à identificação dos sinais e sintomas, retorno para consulta do puerpério, e aproveitar a demanda para durante a palestra conversar sobre as DST, seus sinais e sintoma e prevenção.

b) Sensibilização e Capacitação de Profissionais de Saúde

Outro ponto importante, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), é a sensibilização e a capacitação dos profissionais de Saúde. A orientação é no sentido de pontuar para os profissionais como as condições de vida precária da população podem impactar no processo saúde doença, e ainda orientar para uma assistência na perspectiva de raça/etnia, com uma sensibilização para o tema. É importante ressaltar que é necessário que essa capacitação e sensibilização devam ocorrer em todo o sistema hierárquico, desde rede básica, ambulatório, maternidades, até o serviço de referência e contra referência.

c) Qual o Sentido da Inserção do “Quesito Cor” nos Documentos e Sistemas de Informação do SUS

Em primeiro lugar, a inserção do “quesito cor” é uma ferramenta para enfrentamento do racismo institucional e para reduzir as desigualdades. Além disso,

é a garantia de ofertar ações e serviços de saúde de forma e igualitária na perspectiva equitativa étnico-racial (Rio de Janeiro, 2021).

O ministro Humberto Costa, em 28/05/2003, declarou lei ao assinar que a partir de desse dia seria necessário a inclusão do “quesito cor” nos documentos, e no sistema de informação, e ação foi um marco para saúde pública, diante disso seria possível traçar o perfil da população que estava sendo assistida e que estava adoecendo e morrendo e com esses dados planejar ações afirmativa e com cuidados igualitários voltado para a população exposta. Essa inclusão foi um compromisso do Ministério da Saúde para com a “mulher”. Em virtude disso, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância “quesito cor” na ficha e ainda a capacitação para realizar o registro. É importante ressaltar, que o “quesito cor”, é a perspectiva da mulher com relação a sua cor, é uma autodeclaração, quando o profissional a pergunta qual é a sua cor, então, a profissional pergunta e ela se identifica consoante a classificação racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): preto(a), branco(a), pardo(a), indígena, amarelo(a) (Rio de Janeiro, 2021).

Como Fazer a Coleta do Quesito Raça/ Cor Junto ao Paciente?

O profissional necessita ser o mais natural possível, quando for fazer o preenchimento do dado quesito raça/cor nas fichas de atendimento frente ao usuário; deve aproveitar o momento oportuno e questionar outros itens que estão na ficha de atendimento como: idade, data de nascimento. É importante ressaltar que deve ser respeitada a autodeclaração da mulher (Rio de Janeiro, 2021). Somente quando o paciente está impossibilitado de responder o sobre o “quesito raça/cor, por motivos, tais como “incapaz”. Nesse sentido, pode estar perguntando ao familiar e essa declaração deixa de ser autodeclaração e denomina-se heteroclassificação (Rio de Janeiro, 2021). Manter a mulher negra informada sobre a necessidade dessa informação para que ela não se sinta discriminada, no sentido de esclarecer que essa conduta, é um enfrentamento do racismo institucional, é a garantia de ofertar cuidados de forma igualitária, integral, holística e equitativa (Rio de Janeiro, 2021).

O que é o “quesito cor”?

É a inclusão da autodeclaração da paciente, de acordo como ela se identifica de encontro com a classificação do IBGE (2013).

Onde é colocada essa informação do “quesito cor”?

Ao se identificar: preto(a), branco(a), pardo(a) ou indígena, amarelo(a), essa informação vai para registro do SUS, prontuário eletrônico, documentos.

d) Qual o objetivo da inclusão do quesito cor nos formulários do SUS?

Consistir no combate ao racismo institucional, para traçar políticas de saúde na perspectiva equitativa, e, além disso, desenvolver ações afirmativas.

Pergunta que o profissional fará no questionário:

Como se autodeclara?

1 – Cor BRANCA

2 — Cor PRETA

3 — Cor PARDA

4 — Cor AMARELA

5 – INDÍGENA

e) Pré-natal

A adesão às consultas de pré-natal tem que ser estimulada, porque durante as consultas é possível intervir precocemente as possíveis complicações gestacionais. É preconizado pelo programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento que em todas as consultas a pressão arterial precisa ser verificada, estar atento a aumento e encaminhar para serviço de referência, solicitar e verificar os resultados dos pedidos de glicemias. Garantir os resultados em tempo oportuno e além disso um atendimento focado nas diversidades da questão racial (Rio de Janeiro, 2021).

f) Programa de anemia falciforme

As mulheres falcêmicas têm o direito de ser mãe. O Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falcêmicas não contraindica a maternidade, no entanto, elas precisam de acompanhamento em serviço especializado de alta complexidade, para tratar gestação de alto risco. Os recém-nascidos, filhos de mãe falcêmica, precisam realizar a triagem neonatal para identificar precocemente a doença (anemia falciforme), e ainda a unidade de saúde necessita dispor desse tratamento também para o bebê (Rio de Janeiro, 2021).

g) Quilombolas

Caso existam comunidades quilombolas no município, é necessário desenvolver políticas de saúde de acordo com suas demandas, necessidade, acima de tudo, respeitando sua cultura, seu *habitat*, suas crenças. Valorizar e capacitar as parteiras quilombas. Sensibilizar a equipe multidisciplinar para atuar com a realidade local (Rio de Janeiro, 2021).

h) Parcerias

Realizar parceria no sentido da promoção de saúde, utilizar os espaços da comunidade quilombola para atividades educativas em saúde, o profissional de saúde precisa trabalhar sem preconceito (Rio de Janeiro, 2021).

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv. Res.**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974 *apud* SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

AKOTIRENE, C. Interseccionalidade. **Feminismos Plurais**. São Paulo, 2019. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_\(Feminismos_Plurais\)Carla_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)Carla_Akotirene.pdf?1599239359). Acesso em: 16 maio 2023.

ANUNCIACÃO, D. *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1970/1198>. Acesso em: 01 fev. 2023.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547–565, set./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 01 fev. 2022.

AYRES, J. C. R. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140 *apud* WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BENEVIDES, M. A. S. *et al.* **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei%20Federal%20N%208080%201990.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 19 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.p df. Acesso em: 01 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.p df. Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol heto.pdf. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial**. Brasília, DF, 2007. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol heto.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

CAMPOS, L. A. Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica. **Rev. bras. Ciênc. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 95, p. 01, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.17666/329507/2017>. Acesso em: 01 out. 2022.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Londrina, v. 38, n. esp., 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s019>.

CARMO, C. B. C. *et al.* Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 184–192, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1367574/femina-2022-503-184-192.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

CARVALHO, A. T. *et al.* Política nacional de humanização e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. *In*: PREXEDES, M. F. S. (org.).

Tecnologias e o cuidado de enfermagem: Contribuições para a prática 2. Ponta Grossa: Atena Editora, 2022. p. 144–154.

COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. Beverly Hills: Sage, 1984.

COSTA, R. L. M. Percepções de mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto na rede pública hospitalar. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 32, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26103>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CRUZ, M. J. B. *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00004019, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00004019>. Acesso em: 01 fev. 2021.

DA CRUZ, I. C. F. Saúde da mulher negra. **Online braz. j. nurs.**, Niterói, v. 5, n. 1, p. 201–207, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/263/52>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DE AGUIAR BRITTO, A. M. *et al.* Perfil das mulheres atendidas pela ambulância do programa cegonha carioca. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 113-118, maio/ago. 2019.

DURAND, M. K. HEIDEMANN, I. T. S. Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura. **Rev. Fun. Care Online**, [s.l.], v. 12, p. 203-210, jan./dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7226>. Acesso em: 23 fev. 2022.

FIORI, J. L. **O poder global e a nova geopolítica das nações**. São Paulo: Boitempo, 2007.

GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional**. [S.l.]: Trama Design, 2012. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GÓES, E. F. Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. 2011. 83 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12547?mode=full>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00189618, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>. Acesso em: 12 jul. 2022.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde Debate**, Londrina, v. 37, n. 99, p.571–579, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000400004>. Acesso em: 04 ago. 2022.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>. Acesso em: 04 nov. 2020.

GOMES, R. C. C. **Tecnologia instrucional direcionada ao acolhimento da mulher no puerpério imediato**. 2022. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Enfermagem Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria, 2022.

GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Hoje**, São Paulo, p. 223-244, 1984. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/semu/downloads/racismo-e-sexismo-nacultura-brasileira-artigo>. Acesso em: 22 mar. 2021.

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. Tradução de Ernildo Stein. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Programa Igualdade de Gênero e Raça**. Brasília, DF: IPEA, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília, DF: IPEA, 2011.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>. Acesso em: 23 nov. 2021.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta, v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/4149999>. Acesso em: 13 fev. 2022.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. Acesso em: 18 mar. 2022.

KEUNECKE, A. L. *et al.* Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21. Brasília, DF; UNICEF, ReHuNa, 2021. 148 p.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. e00078816, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

LESSA, M. S. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos sobre a saúde da população negra no Brasil. *In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA ESTADO DE SÃO PAULO*, 1., 2004. **Anais [...]**. São Paulo: Instituto da Saúde, 2004. p. 53-101. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012 *apud* VARGA, I. V. D.; BATISTA, L. E. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, jul./sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016253100>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M. (ed.). **AIDS in the world: the global AIDS policy coalition**. Boston: Harvard University Press, 1992 *apud* WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MELO, E. B. D. *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. e18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769237235>. Acesso em: 14 maio 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MOURA, M. D. R. *et al.* Hipertensão Arterial na Gestação - importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Com. Ciênc. Saúde**, [s.l.], v. 22, supl. 1, p. S113-S119, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/hipertensao_arterial_gestacao.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

NUNES, A. D. S. *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul. 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6158>. Acesso em: 02 jan. 2023.

O QUE É BIOÉTICA DE PROTEÇÃO? Aula pública com o Prof. Dr. Fermin Roland Schramm. [S. l.: s. n.], 04 ago. 2021. 1 vídeo (60 min). Publicado pelo canal SC UFSC. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GDzcgwRBm9Y>. Acesso em: 12 mar. 2022.

OLIVEIRA, A. C. A. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia racial no Brasil. **Revista Territórios**, Caruaru, v. 6, n. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33052/inter.v6i10>. Acesso em: 13 abr. 2021.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**, Londrina, v. 43, n. 122, p. 939–948, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em: 01 jan. 2022.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil, ano 2001. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

OLIVEIRA, L. H. S. “Escrevivência” em “Becos da memória”, de Conceição Evaristo. **Estudos feministas**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 621–623, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2009000200019>. Acesso em: 03 fev. 2022.

PONTES, C. A. A.; SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1319–1327, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000500026>. Acesso em: 02 jan. 2023.

RATTNER, D. (org.). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. Brasília, DF: Unicef, Rehuna, 2021. <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2023.

RIBEIRO, D. **Pequeno Manual Antirracista**. São Paulo: Editora Schwarcz, 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública. **Diretrizes para o preenchimento do quesito raça /cor no sistema da defensoria pública**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/Cartilha_do_Preenchimento_Rac%cc%a7a_Cor_FINAL.pdf.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Programa Cegonha Carioca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176388/DLFE-190321.pdf/Anexo_I_cegonha_Final.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

RODRIGUES, C. A. B.; SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p. 355-365, 2022. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/2765. Acesso em: 03 fev. 2022.

ROQUE MATOS, L. *et al.* O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 19, p. e49037, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/49037/751375150432>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ROSA, D. S. Bioética: riscos e proteção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. Resenha de: SCHRAMM, F. R. *et al.* Bioética: Riscos e Proteção. Rio de Janeiro: UFRJ/ Fiocruz, 2005. 256 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000034>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ROSA, L. G. F. *et al.* Percepções e ações dos enfermeiros em relação ao racismo institucional na saúde pública. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 9, p. 1 – 19, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/31131/pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9344/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SANTOS, F. B.; SILVA, S. L. B. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. **Rev. Direito e Práx.**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 1847–1873, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/68967>. Acesso em: 01 jan. 2022

SANTOS, S. G. **Interseccionalidade e suas Interfaces com os Direitos Humanos**: um estudo de revisão integrativa. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direitos Humanos, saúde e racimos: questão racial) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Acesso em: 12 ago. 2021.

SCHRAMM, F. R. Todos os vulneráveis merecem proteção? **Centro de Bioética do CREMESP**, São Paulo, 23 set. 2010. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=EntrevistaIntegra&id=50>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção é pertinente e legítima?. **Rev. bioét.**, Brasília, DF, v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/673/705. Acesso em: 19 abr. 2021.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Bioética**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 11 – 23, 2008. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55. Acesso em: 19 abr. 2021.

SCHRAMM, F. R. Uma sociedade globalizada contemporânea de risco e aprimoramento humano, não de transumanismo e pós-humanismo. **Rev. Iberoam. Bioética**, [s./], v. 13, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14422/rib.i13.y2020.002>. Acesso em: 15 set. 2022.

SILVA, H. C. B.; LIMA, T. C. S. Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. **Rev. Katálysis**, [s./], v. 24, n. 2, p. 331–341, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77586>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SILVA, L. A. *et al.* A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2298–2309, 2015. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2298-2309.

SILVA, M. A. **Sistema de referência para o parto hospitalar do Programa Cegonha Carioca**: perspectiva das puérperas sobre a assistência da enfermeira. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/11455/1/ARQUIVO%20FINAL_MARCIA%20ARAUJO%20DA%20SILVA.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, M. J. S. *et al.* Qualidade da assistência ao parto e Pós - Parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Plur.**, [s./], v. 6, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SILVA, M. N. *et al.* Representatividade da mulher negra em folhetos educativos sobre saúde da mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0389pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS. **Violações dos direitos humanos no Brasil**: denúncias e análises no contexto da Covid-19. Passo Fundo: Saluz, 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images//publicacoes2023/violacoes-dos-direitos-humanos-no-brasil-denuncias-e-analises-no-contexto-da-covid-19-documento-subsidio.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SOUZA, I. M. O racismo como produtor de iniquidades e determinante social de saúde. **Revise**, [s./], v. 3, p. 14-21, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/juliocesar,+2018+racismo+iniquidade.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, S190–S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000800014>. Acesso em: 21 abr. 2022.

VARGA, I. V. D.; BATISTA, L. E. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, jul./sep. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016253100>. Acesso em: 16 maio 2022.

VIANA, R. C. **A mortalidade materna no Distrito Federal/Brasil: estudo descritivo no período de 2000 a 2009**. 2011. 61 f. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

VIEGAS, D. P.; VARGA, I. V. D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 619–630, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162577>. Acesso em: 10 maio 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85–S100, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 16 maio 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2021.

WERNECK, J. **Racismo institucional**: uma abordagem conceitual. Rio de Janeiro: Instituto da Mulher Negra, [2013]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagemconceitual.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.