



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E  
INDÍGENA

FRANCYNE DA SILVA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RAÇA/COR DA PELE/ETNIA NO ACESSO E UTILIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2023

FRANCYNE DA SILVA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RAÇA/COR DA PELE/ETNIA NO ACESSO E UTILIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da População Negra e Indígena.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Simone Seixas da Cruz

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Planejamento, Gestão em Saúde, Racismo Institucional e Iniquidades em Saúde

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2023

The Influence of Race/Skin Color/Ethnicity on Access to and Utilization of Health Services  
Among Women

**Universidade do Recôncavo da Bahia**  
**Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde**

S586

Silva, Francyne da Silva

A influência da raça-cor da pele-etnia no acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres/ Francyne da Silva Silva – Santo Antônio de Jesus, 2023.  
118 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Seixas da Cruz.

Dissertação (Mestrado Profissional– Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena)- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, 2023.

1. Mulher - Saúde. 2. População negra - Saúde. 3. Racismo. 4. Acesso ao serviço de saúde - negros. 5. Desigualdade social – Saúde. I. Cruz, Simone Seixas da. II. Título.

CDD: 305.4

FRANCYNE DA SILVA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RAÇA/COR DA PELE/ETNIA NO ACESSO E UTILIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da População Negra e Indígena, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da População Negra e Indígena.

Aprovada em: ..... de ..... de 2023.

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amália Nascimento Do Sacramento Santos  
Membro Interno – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Julita Maria Freitas Coelho  
Membro Externo – Instituto Federal de Educação da Bahia

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Seixas Da Cruz  
Orientadora - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2023

Aos meus pais, Jussiara Silva e Augusto Silva. Chegar até aqui certamente não seria possível sem o amor, cuidado e suporte de vocês. Sei do tanto que foi abdicado para não deixar faltar nada e o quanto vocês investiram na minha formação pessoal, acadêmica e profissional. Meus maiores Mestres dessa vida, eu sou porque nós somos!

## AGRADECIMENTOS

Início esta seção agradecendo a Deus e aos Orixás por tudo e por tanto até aqui. Desde que fui concebida sei e sinto o quanto sou abençoada e o quanto os meus caminhos foram e são traçados por Eles. À Mãe Iemanjá *Bomi* e ao Pais Xangô *Agodô*, Oxalá *Dakun* e Bará *Onibolá* que me ampararam e deram discernimento, sabedoria e coragem para seguir acreditando na minha capacidade de concluir essa etapa e seguir alçando voos muito mais altos.

Aos meus pais, Jussiara e Augusto, e minha irmã Francyele. As pessoas que eu mais amo nesse mundo e a quem eu dedico essa e todas as outras conquistas. Obrigada por todas as fichas apostadas na nossa família e na minha pessoa; por todo o suporte oferecido; por entenderem a minha ausência nestes últimos anos, mas mais do que isso, por sempre me incentivarem, me mostrarem o quanto sou potente e nunca me permitirem desistir. Em todos os momentos vocês estiveram ao meu lado, sou imensamente feliz e grata por tê-los na minha vida.

À minha ancestralidade e às minhas mais velhas: Elci Maria (*in memorian*), Glaci (*in memorian*), Leontina, Ademira e Veneza. Vocês foram/são chave, porta e caminho: eu sou o que sou e posso me colocar com firmeza diante da vida por ser uma mulher negra cuidada, amada e guiada, desde o ventre de minha mãe, por mulheres negras tão inspiradoras e gigantes como vocês. Meu eterno amor, respeito e gratidão!

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Seixas, que segurou firme na minha mão em cada etapa do mestrado e não soltou (nem nas minhas crises existenciais e surtos, que não foram poucos kkkkkk). Obrigada, Pró, por não desistir da nossa pesquisa, pelos sutis puxões de orelha, por me ensinar tanto e compartilhar seu precioso tempo, saber e conhecimento comigo. Eu admiro muito você e o seu trabalho.

A cada professor/a e colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB, foi uma honra conhecê-las/os, mesmo que à distância. A pandemia certamente foi um desafio para todos nós, mas cada encontro que tivemos foi bonito, potente, preto, afetuoso e repleto de aprendizagens. Minha profunda gratidão a todos e todas.

Aos parceiros e parceiras dessa dissertação, que contribuíram significativamente para a materialização deste trabalho: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Godoy, Marcela Reis, Amanda Lyrio, Elivan Silva e Ellen Moraes. Obrigada pelas contribuições e pelo tempo de vocês.

Às bancas do mestrado, Profas. Dras. Amália e Julita, por aceitarem prontamente o nosso convite e pelas valiosas contribuições.

Aos meus demais familiares e amigos/os que também entenderam a minha ausência e estiveram presentes mesmo na distância, me ajudando de inúmeras formas a enfrentar esse processo tão difícil que foi conciliar o mestrado, a vida em outro estado desconhecido, distante do meu núcleo familiar, com o trabalho e a vida pessoal, sempre me incentivando e motivando a seguir em frente. Em especial, meus afilhados Enzo e Enrique, mana Bianca, minha madrinha e Iyalorixá Rose de Iemanjá, minhas amigas e amigos Julia Clavelin, Natália Clavelin, Aislan Araújo, Thuila Ferreira, Flávia D'Arco, Carol Cardoso, Milena Cassal, Dreissy Gomes, Iasmin Carneiro, Preppy Gassou, Fernanda Bairros, Elaine Oliveira e Jaqueline Oliveira por estarem sempre perto e torcendo por mim. Sou muito grata por poder contar com o carinho e a amizade de cada um/a de vocês.

Às demais pessoas que contribuíram de alguma forma para este trabalho.

Por último, mas não menos importante, a todas às mulheres negras que vieram antes de mim e forjaram os espaços e caminhos que hoje eu e outras mulheres negras temos a possibilidade de ocupar e trilhar; às que eu tenho a honra de dividir a mesma época e me inspiram; e às que vêm vindo e virão para dar continuidade à potência que somos nós, mulheres e pessoas negras.

Absolutamente nada aqui é sobre mérito. Mas tudo aqui é sobre ter oportunidades e rede de apoio!

Ubuntu!

*A gente é mulher negra, não mulher e negra. É uma experiência compacta, inteira e singular, que traz vários reflexos em nossa vida. Um deles é a exclusão que o racismo patriarcal produz. Somos colocadas à margem, vivemos na extrema pobreza, excluídas da sociedade, da educação, da saúde. Mas não é só coisa ruim. Somos herdeiras de mulheres que lutaram e construíram a própria força. Temos como referência outras mulheres negras, que nos ensinam como somos capazes de resistir.*

Jurema Werneck (2016).

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O acesso e a utilização dos serviços de saúde tem sido um tema frequentemente investigado. Trata-se de conceitos complexos, multidimensionais e polissêmicos e se constituem como atributos fundamentais para refletir os níveis de justiça social de um país. Seus determinantes estão relacionados a múltiplos fatores, de caráter individual, social, político, de organização dos sistemas e serviços de saúde e estruturantes da sociedade, como o racismo. No contexto de um país estruturalmente desigual como o Brasil e onde diferentes iniquidades se interseccionam, nota-se maior vulnerabilidade de grupos específicos no acesso e utilização aos serviços de saúde, como as mulheres negras, que têm apresentado desfechos em saúde quase sempre desfavoráveis quando comparadas às brancas. Daí, a necessidade de discutir estes tópicos à luz das iniquidades raciais, enfatizando também as desigualdades de gênero. **OBJETIVOS:** Esta dissertação investigou as iniquidades raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres; revisou a evidência científica relativa à associação entre a variável raça/cor da pele/etnia e o acesso/utilização dos serviços de saúde entre mulheres no Brasil por meio de uma revisão sistemática com metanálise (Estudo 01); e estimou a associação entre baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) e ser mulher preta no Brasil, com base no banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019 (Estudo 02). **MÉTODO:** No Estudo 01, foi realizada uma revisão sistemática com metanálise para avaliar as evidências científicas sobre a associação entre raça/cor da pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres. Foram estabelecidos critérios de elegibilidade rigorosos para a seleção dos estudos e a busca dos estudos foi realizada em cinco bases eletrônicas: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scopus* e *Web of Science* e MedRxiv. Após a extração dos dados e a avaliação da qualidade dos artigos por quatro pesquisadoras, as medidas de associação global entre raça/cor da pele/etnia e o acesso/utilização aos serviços de saúde entre mulheres foram obtidas por meio de um modelo de metanálise de efeitos aleatórios. A metanálise estimou a medida de associação global (*Odds Ratio*) e seu intervalo de confiança de 95%. Também foi avaliado o indicador de Higgins e Thompson ( $I^2$ ) para classificação da heterogeneidade estatística dos dados. No Estudo 02, epidemiológico, de base populacional, observacional, transversal, de caráter analítico, exploratório, foi utilizado o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. A variável dependente foi a baixa frequência de visitas de algum ACS ou algum membro da

ESF e, através de análise hierarquizada, a variável raça/cor da pele/etnia preta foi considerada independente principal nos modelos de análise, sendo investigada com outras variáveis demográficas e socioeconômicas para avaliar sua influência na associação estudada. **RESULTADOS:** São apresentados sob a forma de dois artigos. No Estudo 01, foram identificados 428 registros e apenas três estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. A raça/cor da pele/etnia negra esteve associada a desfechos negativos relacionados ao acesso/utilização dos serviços de saúde no Brasil (OR = 1,49; IC 95%: 1,26-1,76;  $P = 24,01\%$ ). No Estudo 02, a amostra incluiu 66.395 mulheres adultas, com idades entre 18 e 59 anos, brancas (78,8%) e pretas (21,2%). A maioria das mulheres (55,9%) recebeu menos de duas visitas domiciliares realizadas por ACS ou membros da ESF. As medidas de associação brutas entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares de algum ACS ou algum membro da ESF foram positivas e estatisticamente significantes (OR= 2,21 IC95% 1,10-4,45; RP= 1,37 IC95% 1,06-1,77) e persistiram mesmo após ajuste para idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual, percepção da condição de saúde e local de moradia (zona rural). **CONCLUSÕES:** Raça é um fator determinante e limitante ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Comparadas às mulheres brancas, as mulheres negras enfrentam iniquidades raciais e desigualdades no acesso aos serviços, mesmo após ajuste de variáveis socioeconômicas. Os achados da revisão sistemática e do estudo transversal verificaram associação entre raça/cor da pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde, reforçando a formulação e implementação de políticas públicas e estratégias voltadas à eliminação das iniquidades raciais e à promoção da equidade étnico-racial em todo o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Mulheres. População Negra. Racismo. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdade em saúde.

## ABSTRACT

Access to and utilization of health services have been extensively investigated topics. They encompass complex, multidimensional, and polysemic concepts that are fundamental attributes reflecting a country's level of social justice. Their determinants are related to multiple factors, including individual, social, political, organizational aspects of health systems and services, and societal structures such as racism. In the context of a structurally unequal country like Brazil, where different inequities intersect, specific groups, such as Black women, face greater vulnerability in accessing and utilizing health services, leading to consistently unfavorable health outcomes compared to White women. Hence, there is a need to discuss these topics in the context of racial inequities, while also emphasizing gender disparities. **OBJECTIVES:** This dissertation investigated racial inequities in access and use of health services among women; reviewed scientific evidence regarding the association between race/skin color/ethnicity and access/utilization of health services among women in Brazil through a systematic review with meta-analysis (Study 01). Additionally, it estimated the association between a low frequency of visits from a Community Health Agent (CHA) or a member of the Family Health Team (FHT) and being a Black woman in Brazil, based on data from the National Health Survey (NHS) from 2019 (Study 02). **METHOD:** Study 01 involved a systematic review with meta-analysis to evaluate the scientific evidence on the association between race/skin color/ethnicity and access/utilization of health services among women. Strict eligibility criteria were established for study selection, and the search was conducted in five electronic databases: PubMed, Virtual Health Library (VHL), Scopus, Web of Science, and MedRxiv. After data extraction and quality assessment by four researchers, measures of global association between race/skin color/ethnicity and access/utilization of health services among women were obtained through a random-effects meta-analysis model. The meta-analysis estimated the overall association measure (Odds Ratio) and its 95% confidence interval. The Higgins and Thompson indicator ( $I^2$ ) was also used to assess the statistical heterogeneity of the data. Study 02 was an epidemiological, population-based, observational, cross-sectional, analytical, exploratory study that used data from the 2019 National Health Survey. The dependent variable was the low frequency of visits from a CHA or a member of the FHT, and race/skin color/ethnicity was considered the main independent variable in the hierarchical analysis models, along with other demographic and socioeconomic variables to evaluate its influence on the studied association. **RESULTS:** The findings are presented in

two articles. In Study 01, 428 records were identified, and only three studies met the eligibility criteria. Black race/skin color/ethnicity was associated with negative health outcomes related to access/utilization of health services in Brazil (OR = 1.49; 95% CI: 1.26-1.76;  $I^2 = 24.01\%$ ). In Study 02, the sample included 66,395 adult women, aged between 18 and 59 years, comprising 78.8% White and 21.2% Black women. The majority of women (55.9%) received less than two home visits from CHA or FHT. The crude association measures between Black race/skin color/ethnicity and a low frequency of home visits from a CHA or a member of the FHT were positive and statistically significant (OR = 2.21; 95% CI: 1.10-4.45; PR = 1.37; 95% CI: 1.06-1.77), and they persisted even after adjusting for age, education level, monthly income, perception of health condition, and residential location (rural area). **CONCLUSIONS:** Race is a determinant and constraint in accessing and utilizing health services. Compared to White women, Black women face racial inequities and inequalities in accessing services, even after adjusting for socioeconomic variables. The findings from the systematic review and the cross-sectional study demonstrated an association between race/skin color/ethnicity and access/utilization of health services, highlighting the need for the formulation and implementation of public policies and strategies aimed at eliminating racial inequities and promoting ethnic-racial equity throughout the Unified Health System.

**Keywords:** Women. African Continental Ancestry Group. Racism. Health Services Accessibility. Health Status Disparity.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde ..... 23

**Figura 2.** Dimensões do racismo ..... 28

### **ARTIGO 01 - Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise**

**Figura 1.** Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos relacionados à associação entre raça/cor/etnia e acesso aos serviços de saúde ..... 59

**Figura 2.** Forest Plot da meta-análise com *odds ratio* ajustadas (OR ajustadas) e intervalos de confiança à 95% (IC95%), para a associação entre raça/cor/etnia negra e raça/cor (n=3) ..... 60

## LISTA DE TABELAS

### **ARTIGO 01 - Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise**

**Tabela 1.** Características gerais dos estudos empregados na metanálise que se utilizou medidas ajustadas para hospitalização. (N= 34)..... 73

### **ARTIGO 02 - Visitas de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde a mulheres, segundo raça/cor da pele/etnia: Pesquisa Nacional de Saúde de 2019**

**Tabela 1.** Distribuição (%) das variáveis segundo a raça/cor da pele/etnia (mulheres pretas e brancas). Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019. .... 84

**Tabela 2.** Associação entre Visita de profissional de Saúde da USF ao domicílio (< 2 nos últimos doze meses) e ser mulher preta, considerando as covariáveis do estudo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019..... 85

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Descrição dos módulos dos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019..... 39

### **ARTIGO 01 - Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise**

**Quadro 1.** Estratégia de busca completa e adaptações para as bases bibliográficas utilizadas..... 61

**Quadro 2.** Artigos excluídos da revisão sistemática de acordo com critério de exclusão, para análises entre associação da raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde. 66

**Quadro 3.** Estudos utilizados na revisão sistemática que avaliaram a associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde. .... 69

**Quadro 4.** Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais segundo NEWCASTLE –OTTAWA: Quality Access Scale, adaptada para estudos tranversais. .... 72

### **ARTIGO 02 - Visitas de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde a mulheres, segundo raça/cor da pele/etnia: Pesquisa Nacional de Saúde de 2019**

**Quadro 1.** Descrição dos módulos dos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019..... 99

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSDH	Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNADC	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNADC/A	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRESS	<i>Peer Review Electronic Peer Review Electronic Search Strategy Strate</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBSP	Revista Baiana de Saúde Pública
RP	Razão de Prevalência
SEPPIR	Secretaria De Políticas de Promoção da Igualdade Racial
STATA	<i>Data Analysis and Statistical Software</i>
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFs	Unidades da Federação

UPAs	Unidade primárias de amostragem
VD	Visita domiciliar
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	19
2	“MULHERES, RAÇA E CLASSE”: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, OPRESSÕES ESTRUTURAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NO ACESSO À SAÚDE.....	22
2.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE .....	22
2.2	O REFLEXO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	24
2.3	RAÇA, RACISMO E SAÚDE .....	26
2.4	“E EU NÃO SOU UMA MULHER?” MULHERES E INTERSECCIONALIDADES.....	30
2.5	ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES .....	31
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	OBJETIVO GERAL .....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
4	MÉTODO.....	33
4.1	ESTUDO 01.....	33
4.1.1	<b>Registro e protocolo.....</b>	<b>33</b>
4.1.2	<b>Critérios de Elegibilidade dos Estudos .....</b>	<b>34</b>
4.1.3	<b>Fontes de Informação.....</b>	<b>34</b>
4.1.4	<b>Estratégia de Busca .....</b>	<b>34</b>
4.1.5	<b>Seleção dos Estudos .....</b>	<b>35</b>
4.1.6	<b>Extração dos Dados .....</b>	<b>35</b>
4.1.7	<b>Avaliação da Qualidade dos Estudos.....</b>	<b>35</b>
4.1.8	<b>Análise dos Dados .....</b>	<b>36</b>
4.2	ESTUDO 02.....	36

<b>4.2.1</b>	<b>Desenho de Estudo.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Contexto do Estudo .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Local do Estudo .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.4</b>	<b>População Alvo .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.5</b>	<b>Cálculo do Tamanho da Amostra .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.6</b>	<b>Levantamento dos Dados .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2.7</b>	<b>Definição da Variável Dependente -Baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família</b>	<b>40</b>
<b>4.2.8</b>	<b>Definição das Variáveis Preditoras .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2.9</b>	<b>Procedimento de Análise de Dados .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2.10</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
	ARTIGO 01 .....	44
	ARTIGO 02 .....	75
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>100</b>
	REFERÊNCIAS .....	102
	ANEXOS .....	111
	ANEXO A - Certificado de trabalho científico apresentado .....	112
	ANEXO B – Decisão editorial sobre o artigo submetido à Revista Baiana de Saúde Pública .....	113
	ANEXO C - Material didático - Cartilha "Saúde para Mulheres Negras no SUS – Traduzindo a Ciência!" .....	114

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país estruturalmente racista, embora seja essa uma característica social disfarçada por meio da utópica democracia racial que responsabiliza a condição socioeconômica insatisfatória pela discriminação destinada aos indivíduos negros (PERPÉTUO, 2000).

O conceito de democracia racial se tornou insustentável à medida em que a variável raça/cor da pele/etnia passou a ser utilizada na análise de diversos indicadores que evidenciam, ainda hoje, o abismo existente entre negros e brancos – mesmo entre aqueles com *status* socioeconômico semelhante – e sinalizam que as relações interpessoais, institucionais, econômicas e políticas no Brasil são organizadas pelo racismo estrutural. Indicadores sociodemográficos, econômicos e outros utilizados para medir a qualidade de vida e a saúde das populações revelam as consequências negativas do legado da escravidão no país e os interesses na manutenção de um “racismo à brasileira” (FIGUEIREDO; GROSGOUEL, 2010); e reforçam o quanto as desigualdades e iniquidades raciais permanecem sendo um grande problema de saúde pública (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

As péssimas condições de vida em que se encontra a maior parte da população negra brasileira resultam do processo histórico escravagista que, apesar de abolido em 1888, tem sua continuidade ancorada na colonialidade das relações, dos saberes e modos de vida e na desumanização de corpos negros, e essas condições se refletem nas inúmeras desigualdades e iniquidades que acometem esta população. Historicamente, a população negra sempre foi colocada às margens da sociedade, tendo seus direitos reiteradamente violados por grande parte das instituições que deveriam protegê-los e garanti-los.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) mostram que apesar de constituir a maior parte da população brasileira e de sua força de trabalho (54,9%), indivíduos negros apresentam as maiores taxas de desocupação, subutilização, subemprego e informalidade do que brancos em todas as regiões do país, independentemente do nível de instrução considerado. A população negra está mais presente nas faixas de pobreza e extrema pobreza, mora com maior frequência em domicílios com algum tipo de inadequação; possui rendimentos inferiores à média da população branca, a qual ganha 73,3% a mais, em todos os anos da série histórica da PNADC, 2012 a 2020 (IBGE, 2020a, 2021b, 2019).

Neste contexto de iniquidades sociais e raciais, há um segmento ainda mais vulnerabilizado: as mulheres negras. A interação ou a intersecção entre diversos sistemas de

subordinação e discriminação cria desigualdades básicas que hierarquizam as posições de mulheres, raças, etnias, classes e outros marcadores (CRENSHAW, 2002). Quando ocorre a sobreposição e/ou cruzamento dos eixos destes sistemas, a dupla, por vezes tripla ou múltipla carga de discriminações – raça, gênero, classe e outras – atinge as mulheres negras de forma desumana. Esse grupo populacional encontra-se vulnerabilizado de diversas formas em relação à autoestima, identidade pessoal, aos relacionamentos íntimos, ao emprego, à sexualidade, saúde reprodutiva e tantos outros aspectos indispensáveis para o bem viver, tal como o acesso adequado aos serviços de saúde (SILVA; PEREIRA, 2014).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde tem sido um tema bastante investigado no Brasil (IBGE, 2020b). As definições variam de acordo com o tempo, terminologia e a perspectiva dos autores sobre esses conceitos que são complexos, multidimensionais e polissêmicos. Suas definições extrapolam as dimensões geográficas, sendo atributos fundamentais para refletir os níveis de (in)justiça social de um país. Seus determinantes estão relacionados a múltiplos fatores, de caráter individual, social, político e de organização dos sistemas e serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; BARATA, 2008). Destacam-se que muitas são as barreiras que comprometem o acesso de algumas populações e estas necessitam, cada vez, serem debatidas à luz das iniquidades raciais, enfatizando também as desigualdades de gênero.

Não por acaso, o Atlas da Vulnerabilidade publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), analisou indicadores sociais de acordo com as variáveis de gênero, raça/cor da pele/etnia e domicílio e revelou vulnerabilidade maior para mulheres negras. Constatou-se que a desigualdade e a exclusão no Brasil atingem, de forma mais contundente, as mulheres negras e mais ainda as mulheres negras que vivem em área rural (IPEA, 2018).

As mulheres negras possuem piores condições na assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério quando comparadas às brancas, incluindo maior tempo de espera e peregrinação para o parto, pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, menos anestesia local para episiotomia, não ter o direito garantido de acompanhante no momento do parto (LEAL et al., 2017; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018); maiores chances de morrer por causas maternas e aborto (CARVALHO, P. *et al.*, 2020; GÓES, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2012; MONTEIRO; ADESSE; LEVIN, 2008; MARTINS, 2006; BRASIL, 2005; MARTINS; TANAKA, 2000); e são as principais vítimas de feminicídio e violências física, psicológica/moral e sexual (CERQUEIRA *et al.*, 2020, 2021; BRASIL, 2017). Entre as mães

adolescentes, as negras estão mais expostas à gravidez e violência sexual (com notificação de estupro) (BRASIL, 2018; THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Outros estudos verificaram que as mulheres negras estão entre aquelas com menor adequação do pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2015); maior prevalência entre gestantes que não realizaram exame de rotina (SILVEIRA *et al.*, 2008); e menor acesso a sete ou mais consultas de pré-natal, número preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2005). Estes números evidenciam as situações quase sempre desfavoráveis ao grupo populacional composto por mulheres negras.

Mesmo atuando de forma heterogênea, em função da composição étnica e do nível de desenvolvimento humano da população, sabe-se que as iniquidades raciais que recaem sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, destinados às mulheres, atingem todas as macrorregiões do país. As desigualdades estruturais que atravessam o serviço de saúde de norte a sul do país, estão refletidas não só nas disparidades de aporte de recurso, mas também nas diferenças regionais existentes no país, que comprometem, em níveis variados, a qualidade da atenção à saúde das mulheres negras.

Buscando contribuir para o conhecimento existente acerca da temática, esta dissertação avaliou as evidências científicas encontradas sobre a influência da variável raça/cor da pele/etnia no acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres brasileiras, por meio de uma revisão sistemática com metanálise (**Estudo 01**). E avaliou, ainda, a associação entre baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) e ser mulher preta no Brasil, com base no banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019 (**Estudo 02**).

## 2 “MULHERES, RAÇA E CLASSE”<sup>1</sup>: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, OPRESSÕES ESTRUTURAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NO ACESSO À SAÚDE

### 2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, DESIGUALDADES E INIQUIDADES EM SAÚDE

Ao longo dos anos, diferentes definições acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) já foram adotadas. Todas expressam, em maior ou menor nível de detalhe, as características e fatores que determinam e condicionam o processo de saúde-doença, vida e morte das populações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para Comissão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS, 2010), os DSS são os fatores não médicos que influenciam os desfechos de saúde, ou seja, as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto amplo de forças e sistemas que organizam as condições da vida diária. Tais fatores, forças e sistemas são das mais diversas ordens: socioeconômicas, culturais, ambientais, étnico-raciais, habitação, saneamento, trabalho, serviços de saúde, educação e lazer. Também estão relacionados ao contexto das políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas e políticas sociais e sistemas políticos dos países (WHO, s.d.). Os DSS afetam direta e indiretamente, positiva ou negativamente não só a saúde dos indivíduos, como dos segmentos sociais, coletividades e territórios.

Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) “a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória” e se dá de maneira distinta entre os indivíduos e as populações. Tal distribuição está associada aos DSS, aos elementos que estruturam as sociedades, aos marcadores sociais que, por sua, definem a

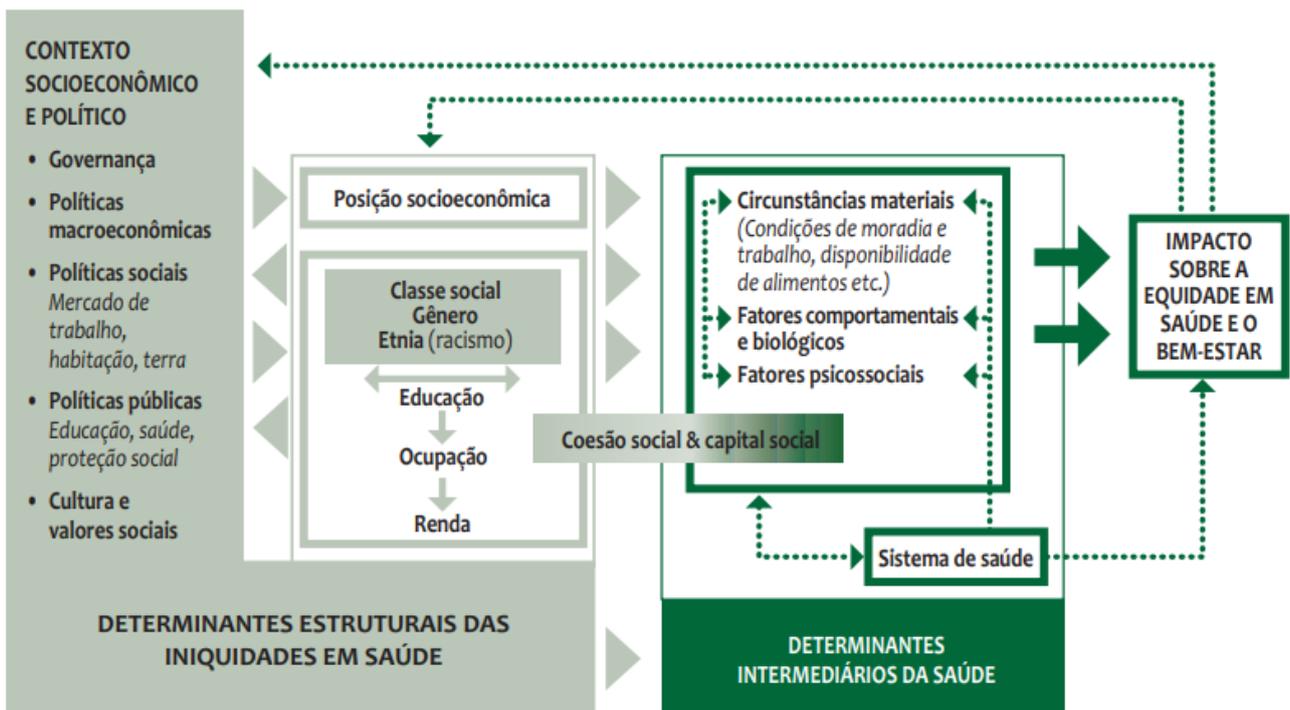
---

<sup>1</sup> O título do capítulo faz referência ao título do livro “Mulheres, raça e classe” (2016) de Angela Yvonne Davis. Mulher negra, renomada filósofa, escritora, professora e ativista estadunidense de organizações políticas, movimentos negros e feministas como o Black Power e Panteras Negras. Angela Davis nasceu em Birmingham, no sul dos Estados Unidos, em uma das cidades mais segregadas racialmente do país e tornou-se mundialmente conhecida pela sua trajetória de resistência contra a opressão, especialmente contra o racismo e o sistema patriarcal.

posição social e conseqüentemente as condições de vida e trabalho dos indivíduos e populações. É por esta razão que “(...) em um mesmo país é possível encontrar diferenças dramáticas no campo da saúde, que estão intimamente relacionados com os diferentes graus de desfavorecimento a nível social. Diferenças desta magnitude, dentro ou entre países, simplesmente não deveriam existir” (CDSS, 2010).

Em 2005, a OMS adotou um conceito mais abrangente de DSS (FIGURA 1), por intermédio da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CSDH), incluindo os determinantes estruturais – aqueles que refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, estruturas políticas e de governança, os preconceitos relacionados aos marcadores de classe social, raça/etnia e gênero, reconhecendo então a conjuntura sociopolítica e a estrutura social como determinantes às desigualdades e iniquidades em saúde e bem-estar social (GALVÃO *et al.*, 2021; CARVALHO, A., 2013; OMS, 2005).

**Figura 1.** Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde.



Fonte: CSDH, 2005; CARVALHO, A., 2013.

Para conhecer as condições de vida e saúde dos indivíduos e populações é necessário compreender a relação entre os DSS e as desigualdades e iniquidades em saúde. Embora sejam utilizadas como sinônimo uma da outra muitas vezes, as desigualdades e as iniquidades

em saúde possuem significados distintos. Às diferenças no campo da saúde atribui-se o nome de desigualdades em saúde. Elas sempre existiram e existirão, porque partem dos marcadores sociais e características individuais inerentes a cada indivíduo e grupo social inserido em determinado contexto.

A ideia sobre os marcadores sociais da diferença se fundamenta em elementos que podem ser tanto manifestações das diferenças naturais entre os seres humanos, a exemplo da idade, altura e sexo biológico, quanto das construções e estrutura sociais. Podem ser muitas as manifestações das características ou marcadores sociais que diferenciam os seres humanos e estas os tornam naturalmente iguais ou desiguais. Entretanto, ao ser criado um sistema de classificação desses elementos, as posições, experiências, relações sociais distintas e o valor dos indivíduos dentro de uma determinada sociedade passam a ser hierarquizados, tornando alguns injustamente desiguais (HIRANO, 2019; SILVA; SILVA, 2018).

Diferentemente das diferenças que tornam os indivíduos desiguais entre si, as iniquidades em saúde não são aceitáveis e devem ser combatidas pois se tratam de desigualdades sistemáticas, relevantes, injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça e evitáveis (BARATA, 2009).

Em outras palavras, existem diferenças e desigualdades injustas e a estas é preciso atribuir um juízo de valor ao que é igual e desigual, a exemplo das desigualdades sociais que não devem ser reduzidas a simples diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos definidos de acordo com as características biológicas porque implicam em algum grau de injustiça. São injustas porque estão relacionadas a características sociais que sistematicamente conferem vantagens a alguns grupos em detrimento de outros no que se refere ao acesso às oportunidades, direito à vida, bens e serviços públicos (BARATA, 2009).

## 2.2 O REFLEXO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A saúde é um direito constitucional no Brasil. Está previsto na lei fundamental e suprema do país, a Constituição Federal de 1988, como um:

... direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Tal direito, fruto do movimento da Reforma Sanitária brasileira, se consolidou e segue se consolidando a partir da criação e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) - uma das maiores conquistas sociais no país e um dos maiores, melhores e mais complexos sistemas de saúde do mundo todo. Princípios e diretrizes foram dispostos nas bases legais do SUS com vistas à sua materialização e implementação, que orientam não apenas a sua organização, mas as concepções teóricas e políticas sobre o conceito ampliado de saúde, sistema, unicidade, processo de saúde e doença, gestão e financiamento solidário e participativo, democratização do acesso à saúde e entre outros.

Universalidade, equidade e integralidade são os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2000; MATTA, 2007). A universalidade trata-se de tudo para todos, isto é, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas em território nacional, independentemente de sexo, raça/cor da pele/etnia, orientação sexual, credo, ocupação ou outras características sociais e pessoais. A equidade pressupõe que as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes, portanto, é preciso tratar desigualmente os desiguais. Ao se compreender os indivíduos como um todo e que saúde não é, necessariamente, a ausência de doença, a integralidade prevê assistência em todos os níveis de atenção a todas as pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e do trabalhador), fiscalização e inspeção de alimentos, como o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano, transplante de órgãos e diversas outras (BRASIL, 1988, 1990).

Mais de 190 milhões de pessoas são atendidas pelo SUS (BRASIL, 2021). É preciso atentar-se para o fato de que, por diversas razões e mesmo com os princípios doutrinários, uma grande parcela da população brasileira têm tido menos acesso ao SUS, às ações e serviços de saúde. Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que apenas 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente do país, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico, indicando uma forte dependência dos brasileiros em relação aos serviços de saúde pública, já que 71,5% das pessoas, o correspondente a mais de 150 milhões, não têm acesso à saúde suplementar (IBGE, 2020b). Mas afinal de contas, quem são estas pessoas SUS dependentes? Quais as diferenças sociodemográficas e de acesso destas em relação as que possuem planos de saúde? SUS dependentes possuem maior acesso?

As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções acima da média nacional (28,5%), 37,5%, 32,8% e 28,9%, respectivamente, de pessoas que possuíam

algum plano de saúde e as regiões Norte e Nordeste tiveram as menores proporções (14,7% e 16,6%, respectivamente). Em relação aos grupos etários, observou-se que as crianças e jovens (até 29 anos de idade) apresentaram as menores proporções de cobertura de plano de saúde. Ao considerar a cor ou raça, observou-se que essa cobertura era assim distribuída: 20,1%, 21,4% e 38,8% das pessoas pardas, pretas e brancas, respectivamente, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. Em relação ao nível de instrução, cujos indicadores consideraram as pessoas com 5 anos ou mais de idade, observou-se que quanto mais elevado, maior era a cobertura de plano de saúde, variando, abruptamente, de 16,1% (sem instrução ou com ensino fundamental incompleto) a 67,6% (nível superior completo) (IBGE, 2020b).

Pode-se concluir, portanto, que as pessoas SUS dependentes são aquelas das regiões Norte e Nordeste, crianças e jovens, negros e sem nenhuma ou baixa instrução/escolaridade. Entretanto, destaca-se que essa dependência não significa ter o direito à saúde efetivamente garantido, pois uma parcela significativa desta população não têm acesso ou não consegue utilizar os serviços de saúde de maneira adequada e suficiente, seja pelo fator regional, socioeconômico e/ou étnico-racial (COBO; CRUZ; DICK, 2021; LOPES, 2005; *STOPA et al.*, 2017).

### 2.3 RAÇA, RACISMO E SAÚDE

Para Munanga (2004), assim como a maior parte dos conceitos, o de raça “(...) tem seu campo semântico e uma dimensão temporal e especial”. Raça não é um termo fixo ou estático, pois sempre estará interligado a um determinado contexto social, cultural, político e histórico (ALMEIDA, 2019). A origem do conceito de raça se deu a partir da história das ciências naturais, na Botânica e na Zoologia com o objetivo de classificar espécies de seres vivos e foi utilizada na Idade Medieval para denominar classes sociais diferentes. Já no movimento iluminista, no século XVII, período no qual se pensava e explicava os fenômenos naturais e sociais a partir da razão, a palavra raça começou a ser utilizada para classificar a diversidade humana em grupos com características físicas em comum, inicialmente tendo a cor da pele como critério principal, categorizando a humanidade em três raças: branca, preta e amarela. Somente na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento da genética e da biologia molecular, se comprovou que, do ponto de vista biológico e científico, não existem diferenças entre os seres humanos que justifiquem a classificação por raças (MUNANGA, 2004).

Ainda que se tivesse comprovado a inexistência de diferenças morfológicas entre os seres humanos, o conhecimento “científico” de raça, produzido e fundamentado por

intelectuais e universidades nacionais e internacionais, em sua maioria europeias, se espalhou por diferentes países, incluindo o Brasil que, desde então, segue tendo sua trajetória social, histórica e política influenciada por tais teorias racistas. Baseadas não apenas na classificação da diversidade humana, mas sobretudo na hierarquia de raças, justificando a pureza e superioridade de um determinado grupo racial em detrimento de outros (MUNANGA, 2004; MENDES; MARQUES; SCHUCMAN, 2018; SOUTA, 1997).

Atualmente, o conceito de raça utilizado não tem nenhuma relação com a dimensão biológica. É definida como uma construção sociológica, uma categoria social e política que se estrutura nas relações de poder e de dominação. E é a partir daí que os “racismos populares” são mantidos e reproduzidos (MUNANGA, 2004).

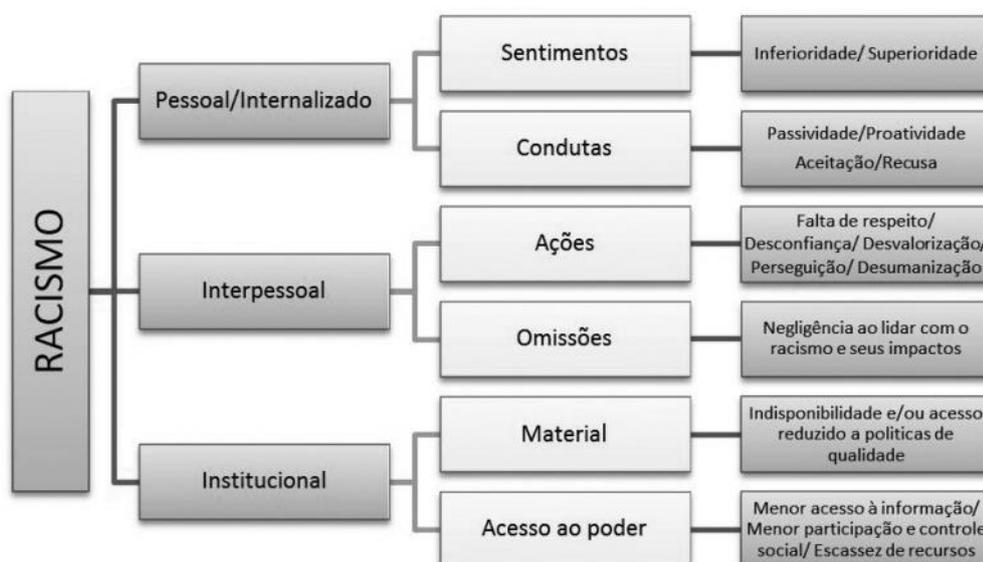
Segundo Almeida (2019), “o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam”. A ideologia do racismo acredita na divisão dos seres humanos em grandes grupos chamados raças que possuem características físicas hereditárias comuns e estas estão situadas numa escala de valores desiguais, onde existem raças naturalmente hierarquizadas, utilizada para justificar o tratamento diferenciado em função da raça.

É possível encontrar na literatura e nas discussões sobre a pauta racial, diferentes definições acerca das dimensões do racismo. Segundo Jones (2002, tradução e grifo nossos), para entender como esse sistema racial impacta na saúde e se expressa na vida de indivíduos e grupos, é pertinente pensar sobre o racismo a partir dos seguintes níveis (Figura 2):

O **racismo institucionalizado** é definido como as estruturas, políticas, práticas e normas que resultam no acesso diferenciado aos bens, serviços e oportunidades da sociedade por "raça". (...) é normativo, às vezes legalizado, e muitas vezes se manifesta como uma desvantagem herdada. É estrutural, tendo sido codificado em nossas instituições de costume, prática e lei, portanto não precisa haver um perpetrador identificável. (...) O racismo institucionalizado se manifesta tanto nas condições materiais quanto nas no acesso ao poder. (...) O **racismo mediado pessoalmente (interpessoal)** é definido como preconceito e discriminação, onde o preconceito são suposições diferenciais sobre as habilidades, motivos e intenções de outros por "raça" e a discriminação são ações diferenciais em relação a outros por "raça". Estes podem ser intencionais ou não intencionais. Manifesta-se como falta de respeito (atendimento insatisfatório ou inexistente, falha em comunicar as opções), desconfiança (vigilância do lojista, evitação diária, incluindo atravessar a rua, bolsa

apertada e assentos vazios no transporte público), desvalorização (surpresa com a competência, sufocamento das aspirações), bode expiatório (incidente de Rosewood, caso Charles Stuart, caso Susan Smith) e desumanização (brutalidade policial, abuso de esterilização, crimes de ódio). O **racismo internalizado** é definido como a aceitação por membros das "raças" estigmatizadas de mensagens negativas sobre nossas próprias habilidades e valor intrínseco. Manifesta-se como uma aceitação da "brancura" (alisadores de cabelo e cremes descolorantes, estratificação do tom de pele dentro das comunidades de cor e síndrome do "gelo do homem branco é mais frio"), autodesvalorização (calúnias raciais como apelidos, rejeição da cultura ancestral e fratricídio) e resignação, desamparo e desesperança (abandono escolar, não participação do eleitor e práticas de saúde de risco).

**Figura 2.** Dimensões do racismo



Fonte: Werneck (2016). Baseado no modelo proposto por Jones (2002).

De acordo com Almeida (2019), o racismo é sempre estrutural. As outras dimensões derivam de uma sociedade cujo racismo é a regra e não a exceção. Ou seja, os comportamentos e instituições racistas existem porque são intrínsecos à uma estrutura social e vigente.

Todas as dimensões ou níveis do racismo impactam nas condições de vida e saúde dos indivíduos e populações, no entanto, deve-se atenção especial ao racismo institucional pois são as intervenções nas instituições que irão permitir mudanças profundas e duradouras na sociedade (JONES, 2002).

O racismo institucional vem sendo amplamente discutido no Brasil pelos movimentos sociais, acadêmicas/os e intelectuais negras/os para explicar como as iniquidades raciais se

expressam nas instituições, sobretudo, nas instituições e serviços de saúde. Para Werneck (2016), o racismo institucional está para além de uma insuficiência ou inadequação, pois se trata também de um mecanismo criado para permitir práticas excludentes, bem como a manutenção do privilégio de uns em detrimento de outros.

O racismo, em todas as suas dimensões, e as experiências de discriminação racial sujeitam a maior parte da população negra a condições de vida e saúde precárias, potencializando as situações de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade é multidimensional porque se estabelece de diferentes formas, seja por meio das relações sociais, das representações, comportamentos, saberes e modos de vida. Para Lopes (2005), a vulnerabilidade ultrapassa a inserção social indesejada e desvalorizada (vulnerabilidade social) dos/as negros/as e estende-se à invisibilidade das necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática). A busca pela integração e a necessidade de se protegerem contra os efeitos adversos dessa integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

Para Barata (2009), “o racismo significa também maior probabilidade de exposição a experiências pessoais de discriminação” e, além disso, uma sociedade racista, tal como é a brasileira, tende a reproduzir o processo de discriminação em toda a sua estrutura social, fazendo com que os indivíduos que são discriminados racialmente acumulem uma série de desvantagens no campo da saúde.

No Brasil, a raça/cor da pele/etnia se constitui como uma barreira para o acesso aos serviços e cuidado em saúde, gerando fortes impactos nos processos de saúde, doença e morte das populações negras. Compreender a raça enquanto construto social e determinante social da saúde às populações negras no Brasil é papel fundamental dos cientistas da saúde pública para o enfrentamento do racismo e a superação das iniquidades raciais na saúde (JONES, 2002; SEPPPIR, 2011).

## 2.4 “E EU NÃO SOU UMA MULHER?”<sup>2</sup> MULHERES E INTERSECCIONALIDADES

Para além de marcadores sociais da diferença, raça, gênero e classe são determinantes estruturais para diferentes formas de opressão. Estas opressões muitas vezes estão sobrepostas, interagindo e atuando de maneira concomitante. Essa interação entre diversos sistemas de subordinação e discriminação cria desigualdades básicas que hierarquizam as posições de mulheres, raças, etnias, classes e outros marcadores (CRENSHAW, 2002).

Kimberlé Williams Crenshaw, defensora dos direitos civis norte-americana e uma das principais estudiosas da teoria crítica da raça, denominou essa interação de “interseccionalidade”, cujo conceito explica as opressões que se cruzam e ampliam as vulnerabilidades dos indivíduos e populações, em particular, das mulheres negras.

Para Akotirene (2018), a interseccionalidade é um recurso ou instrumento teórico-metodológico e prático que ao invés de somar as diferentes opressões ou avenidas identitárias, nos instrumentaliza e permite observar a indissociabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, onde as que mulheres negras são reiteradamente atingidas na encruzilhada das opressões de gênero, raça, classe, orientação sexual e entre outras identidades. Para além disso, a interseccionalidade nos conduz a pensar, refletir e agir politicamente sobre a matriz de opressão que incide sobre as “identidades insurgentes”.

Collins (2020) destaca o uso da interseccionalidade como ferramenta analítica para resolver problemas sociais que precisam ser enfrentados e que envolvem a complexidade da sociedade e das relações de poder determinadas a partir da raça, classe e gênero. Estas relações de poder e intersecções interagem e atuam ora de maneira unificada, ora multifacetada e sempre complexa, criando experiências, discriminações e desvantagens distintas, principalmente para grupos vulnerabilizados, como as mulheres negras.

Batista e Barros (2017) partem do pressuposto de que a raça, o gênero e a classe social são elementos estruturantes da nossa sociedade e estes são determinantes para as experiências

---

<sup>2</sup> Trecho do discurso mais conhecido de Sojourner Truth pronunciado em 1851, na Convenção dos Direitos da Mulher em Akron, Ohio. Truth foi uma afro-americana, ex-escravizada, pioneira na luta do feminismo negro e abolicionista.

de nascimento, vida, adoecimento e morte das mulheres. A sociedade brasileira organiza e hierarquiza a sua estrutura social e suas relações de poder a partir destes elementos, fazendo com que as opressões relacionadas aos mesmos coloquem as mulheres negras em situações de extrema vulnerabilidade a diferentes violências e violações de direitos.

Ao comparar os indicadores de mulheres negras (em especial os de saúde reprodutiva) com os indicadores de mulheres não negras, o quesito raça/cor da pele/etnia, somado aos quesitos socioeconômicos, tem tido um peso significativo para os desfechos em saúde dessas mulheres. Fica evidente o fato de que a combinação das opressões de raça, gênero e classe elevam as mulheres negras ao mais alto patamar de vulnerabilidade (individual, social e programática), apagam suas identidades e subjetividades e lhes reservam condições de saúde e vida desfavoráveis. De acordo com Góes e Nascimento (2012),

As barreiras geradas pelas desigualdades raciais e de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, particularmente das mulheres negras. Essas barreiras, muitas vezes geradas pelo racismo institucionalizado, impedem ou dificultam a utilização e o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, quando comparadas com as brancas.

As condições de vida e saúde, bem como o acesso e a utilização dos serviços de saúde é marcado pela forma como tais determinantes estruturais, em particular a raça, atingem as mulheres. Pensar e atuar na formulação e a implementação de ações, programas e políticas em saúde a partir de uma perspectiva interseccional é um caminho imprescindível para a garantir o direito à saúde, eliminar as iniquidades no acesso à saúde integral e com qualidade e reduzir o impacto dos DSS no estado de saúde e bem-estar de todas as mulheres.

## 2.5 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES

O acesso e a utilização dos serviços de saúde tem sido um tema bastante investigado no Brasil (IBGE, 2020b). As definições variam de acordo com o tempo, terminologia e a perspectiva dos autores sobre esses conceitos que são complexos, multidimensionais e polissêmicos. No campo da saúde, alguns autores utilizam o termo acesso como o ato de ingressar ou à entrada nos serviços ou acessibilidade que diz respeito ao caráter ou qualidade do que é acessível para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde e têm suas necessidades respondidas/resolvidas.

A utilização é compreendida como todo o contato direto (como consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (como realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Além de representar o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, o acesso e a utilização dos serviços de saúde refletem os níveis de justiça social de um país e revelam se as políticas públicas de saúde estão agindo ou não sob os determinantes estruturais e sociais da saúde. Diferentes estudos têm evidenciado desigualdades injustas no acesso aos serviços de saúde entre as mulheres negras e brancas no Brasil. Tais iniquidades se estendem às barreiras raciais, físicas, socioeconômicas, culturais e entre outras, que perpassam pelo ingresso aos serviços até a obtenção de informações básicas e imprescindíveis para a tomada de decisões no âmbito da sua própria saúde (CAMPOS *et al.*, 2020).

A relação entre as iniquidades raciais e o acesso aos serviços de saúde entre as mulheres negras e brancas já vem sendo investigada no Brasil. A expressão do racismo na dimensão institucional dos serviços de saúde foi observada em diferentes estudos ao mostrarem que as mulheres negras foram significativamente menos propensas a fazer Papanicolau e/ou exame de mama do que as mulheres brancas, tiveram piores condições ao pré-natal, parto e puerpério, maiores chances de diagnóstico tardio do câncer de mama e enfrentaram mais dificuldades institucionais no acesso aos serviços de saúde para atenção pós-aborto (BERNARDES *et al.*, 2014; LESSA *et al.*, 2022; LEAL *et al.*, 2017; THEOPHILO, 2018; RENNA; SILVA, 2018; GOES, 2021).

Campos *et al.* (2020), verificou que o nível baixo de letramento funcional em saúde (LFS) estava associado à autodeclaração da cor parda ou preta (RP = 1,06; IC 95%: 1,01-1,12), idade superior aos 40 anos (RP = 1,18; IC 95%: 1,07-1,31), ao grau de instrução inferior ao ensino médio completo (RP = 1,26; IC 95%: 1,15-1,38) e à baixa renda (RP = 1,13; IC 95%: 1,04-1,23).

Um estudo realizado com mulheres no Sul do Brasil (BAIRROS *et al.*, 2011), identificou que o exame clínico das mamas foi realizado em 53,4% das mulheres no último ano, no entanto as diferenças nos percentuais de mulheres negras não examinadas (56,6%) foram estatisticamente significativas; independentemente da idade e escolaridade, as mulheres negras realizaram menos o exame assim como as prevalências de mulheres negras (17,2%) que nunca realizaram Papanicolau foram maiores em relação às mulheres brancas (9,7%).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar iniquidades raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar a evidência científica relativa à associação entre a variável raça/cor da pele/etnia e o acesso/utilização aos serviços de saúde entre mulheres no Brasil por meio de uma revisão sistemática com metanálise (**Estudo 01**);
- Estimar a associação entre baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) e ser mulher preta no Brasil, com base no banco de dados da PNS do ano de 2019 (**Estudo 02**).

### 4 MÉTODO

O método será apresentado em conformidade com os objetivos específicos da dissertação e os itens serão descritos segundo os dois estudos realizados.

#### 4.1 ESTUDO 01

##### 4.1.1 Registro e protocolo

No primeiro momento, uma busca por revisões sistemáticas sobre o tema foi realizada no banco de dados do *International Prospective Register of Systematic Reviews* - PROSPERO. Em seguida, o protocolo da revisão sistemática foi registrado no PROSPERO, elaborado com base na Declaração PRISMA 2020 - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA 2020 Statement* (PAGE et al., 2021).

#### 4.1.2 Critérios de Elegibilidade dos Estudos

Os critérios de inclusão e exclusão dos artigos foram obtidos por meio de buscas realizadas nas bases de dados e definidos a partir da estratégia PECO:

- População de interesse** – mulheres;
- Exposição** – raça/cor/etnia negra;
- Comparador** – mulheres brancas/não negras;
- Desfecho (outcome)** – acesso aos serviços de saúde;
- Tipo de estudos** – Estudos epidemiológicos observacionais.

Foram incluídos estudos com mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos relacionados ao acesso e utilização de mulheres aos serviços de saúde no Brasil, incluindo a realização de exames, consultas ou qualquer tipo de atendimento nos serviços de saúde (independentemente do nível da atenção, isto é, primário, secundário ou terciário), até 12 de março de 2022. Foram excluídos estudos realizados fora do Brasil, com tamanho de amostra menor que 100 participantes, que não apresentarem dados suficientes sobre a prevalência de acesso e comparação entre mulheres negras e brancas/não negras.

#### 4.1.3 Fontes de Informação

Os estudos foram acessados por meio das seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scopus*, *Web of Science* e na literatura cinzenta pelo MedRxiv. Inicialmente, as pesquisas foram realizadas sem restrição de idioma ou ano de publicação.

#### 4.1.4 Estratégia de Busca

Os descritores utilizados e seus sinônimos foram identificados nos *Medical Subject Headings* (Títulos de Termos Médicos) – MeSH. As palavras-chave empregadas para as estratégias de busca foram: Mulheres, Negra, Acesso aos serviços de saúde e Brasil. Os termos em inglês foram: *Women*, *Blacks*, *Health Services Accessibility e Brazil*. Os seguintes operadores booleanos foram empregados: *AND* e *OR*. A estratégia de busca inicial foi adaptada para as demais bases de dados eletrônicas. Para avaliar a qualidade das estratégias de

busca, foi utilizada a *Peer Review Electronic Search Strategy* – PRESS (MCGOWAN et al., 2016).

#### **4.1.5 Seleção dos Estudos**

Após a exclusão das duplicatas, os estudos foram selecionados a partir da leitura de títulos e resumos, utilizou-se o programa Rayyan (OUZZANI *et al.*, 2016), por duas revisoras (F.S.S e M.R.V.) que desconheciam as decisões tomadas por seus pares durante o processo de seleção dos artigos. Quatro investigadoras (F.S.S, M.R.V., A.G. e S.S.C.) fizeram a leitura do texto completo dos artigos selecionados, independentemente, e aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na revisão sistemática. Nos casos em que houve divergência entre as pesquisadoras, a inclusão ou exclusão dos artigos foi julgada por consenso entre elas.

#### **4.1.6 Extração dos Dados**

As investigadores (F.S.S e M.R.V.) fizeram a extração de dados dos artigos incluídos em planilhas do Excel de forma independente, utilizando os seguintes campos: título, nome(s) do(s) autor(es), tema central, ano de publicação, tempo/ano/período do estudo, tipo de estudo e método de coleta dos dados, local do estudo, tamanho da amostra, média de idade ou faixa etária prevalente, faixa etária da população do estudo, grupos étnico-raciais definidos, variáveis de exposição e desfecho, prevalência de acesso, medidas de associação e os principais achados. Foram realizadas reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas e não houve a necessidade de consulta a um terceiro revisor.

#### **4.1.7 Avaliação da Qualidade dos Estudos**

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados, foi utilizado o instrumento *Newcastle - Ottawa Quality Assessment Scale* para estudos observacionais do tipo transversal (MODESTI et al., 2016; WELLS et al., 2014). As pesquisadoras (F.S.S e M.R.V.) realizaram a avaliação da qualidade de todos os estudos, independentemente e, em seguida, as informações foram confrontadas em consenso entre elas.

#### 4.1.8 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico STATA versão 16 (*StataCorp LLC, College Station, TX, EUA*), Número de série: 301606315062.

O teste qui-quadrado ( $p < 0,10$ ), tau-quadrado ( $\tau^2$ ), e o I-quadrado de Higgins e Thompson ( $I^2$ ) e H-quadrado ( $H^2$ ) foram utilizados para avaliar a heterogeneidade estatística dos dados utilizados para a metanálise. Para a interpretação da magnitude da inconsistência dos dados entre os estudos incluídos para a metanálise, o escore em percentual do teste  $I^2$  foi empregado da seguinte forma: 0% a 40%: pode não ser importante, pois pode indicar ligeira heterogeneidade; 30% a 60%: pode representar heterogeneidade moderada; 50% a 90%: pode representar heterogeneidade substancial; 75% a 100%: pode indicar heterogeneidade muito substancial (EGGER; ALTMA, 2001).

As medidas de associação global entre a variável raça/cor da pele/etnia e o acesso/utilização aos serviços de saúde, OR e intervalos de confiança a 95%, foram obtidas por meio de um modelo de metanálise de efeitos aleatórios utilizando o método da Máxima Verossimilhança e o gráfico em floresta – *forest plot*, agrupando estudos com comparações semelhantes e que tinham relatado o mesmo desfecho. A análise de sensibilidade e análise de subgrupos, bem como viés de publicação, não foram realizadas diante da escassez de estudos elegíveis (EGGER; ALTMA, 2001).

## 4.2 ESTUDO 02

### 4.2.1 Desenho de Estudo

Tratou-se de um estudo epidemiológico de base populacional, observacional, transversal, de caráter analítico, exploratório. Para isso, foi utilizado o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, de domínio público.

### 4.2.2 Contexto do Estudo

Para este estudo, foi utilizado o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS). A PNS é de base domiciliar, de âmbito nacional e resultante da

necessidade de ampliar a investigação temática dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cujo objetivo era atender prioridades do Ministério da Saúde no que se refere ao desenvolvimento de maiores e novos conhecimentos acerca das condições de vida e a saúde da população brasileira, subsidiando, assim, a reformulação e a avaliação de políticas públicas para esse setor (IBGE, 2020). Atualmente, a PNS tem um intervalo de realização previsto para cada cinco anos.

### **4.2.3 Local do Estudo**

A PNS 2019 é uma pesquisa domiciliar da população brasileira e foi desenvolvida em todas as 27 unidades federativas (UFs) brasileiras (IBGE, 2020b). O sistema de saúde pública utilizado no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% destas, dependem exclusivamente deste modelo de serviço para qualquer atendimento de saúde (BRASIL, 2021).

Para este estudo, foram analisados os dados de todas as unidades da federação do país. O Brasil é composto por uma população com diferentes características demográficas, socioeconômicas, culturais e étnico-raciais. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, 48,69% eram mulheres brancas e 7,18% eram mulheres pretas. Números semelhantes foram encontrados na estimativa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNADC/A), realizada em 2021 também pelo IBGE (IBGE, 2010; 2021).

### **4.2.4 População Alvo**

Para este estudo, a população alvo foi constituída por mulheres adultas de 18 até 59 anos de idade, moradoras em domicílios particulares permanentes, pertencentes aos estados da Bahia e do Rio Grande do Sul, autodeclaradas pretas e brancas.

### **4.2.5 Cálculo do Tamanho da Amostra**

O cálculo do tamanho da amostra da PNS 2019 seguiu alguns critérios específicos. Para a determinação do tamanho da amostra de domicílios e de pessoas, foram considerados vários indicadores de interesse, o nível de precisão desejado para a estimativa do indicador

por domínio, o efeito do plano amostral, o número de domicílios selecionados por unidade primária de amostragem, e a proporção de domicílios com pessoas na faixa etária de interesse. A PNS 2019 sendo uma pesquisa domiciliar, o seu plano amostral empregado foi o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). No primeiro estágio, os Setores Censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem; os domicílios foram as unidades de segundo estágio; e os moradores de 15 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio (IBGE, 2020b).

Desse modo, o tamanho da amostra da PNS 2019 foi definido pela quantidade de 8.036 UPAs, representando cerca de 53% das UPAs dentro do quantitativo de 15.096 UPAs correspondentes a um trimestre da Amostra Mestra. Adicionalmente, foi definido que a quantidade de domicílios por UPA para coleta da pesquisa respeitaria o critério de que, em UFs com maior número de UPAs, a quantidade definida de domicílios seria de 12 domicílios para entrevista por UPA. Já nas UFs com menor número de UPAs, a quantidade definida de domicílios seria de 18 domicílios para entrevista por UPA. Por fim, aquelas UFs que não se enquadraram nos dois critérios acima referidos, a quantidade definida foi de 15 domicílios para entrevista por UPA.

Para a definição do tamanho da amostra do presente estudo, foi considerada a amostra de domicílios com pessoa do sexo feminino com idade igual ou maior a 18 anos até 59 anos (residente selecionada), nos estados da Bahia e Rio Grande do Sul.

#### **4.2.6 Levantamento dos Dados**

Os dados foram extraídos do banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do ano de 2019. De acordo com a proposição de interesse para este estudo, as variáveis extraídas foram escolhidas dentre os módulos dos questionários que compõem a PNS. A extração dessas informações foi realizada pelas pesquisadoras, após a definição de todas as variáveis. As variáveis da PNS 2019 selecionadas para este estudo foram originadas das partes de identificação, controle, domicílio, visitas domiciliares da Equipe de Saúde da Família, características gerais dos moradores, rendimentos domiciliares e percepção do estado de saúde.

A PNS possui 24 módulos temáticos, sendo os 2 primeiros destinados às informações do domicílio, os 9 seguintes a todos os moradores do domicílio, e os outros 13 são direcionados exclusivamente, ao morador selecionado, ou seja, pessoa de 15 anos ou mais de

idade que é selecionada aleatoriamente pelo sistema para realização da entrevista (IBGE, 2020). O quadro 1 apresenta os módulos temáticos da PNS 2019, com destaque em verde para os módulos selecionados para este estudo.

**Quadro 1.** Descrição dos módulos dos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

<b>Módulo</b>	<b>Descrição</b>
Módulo A	Informações do domicílio
Módulo B	Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de
Módulo C	Características gerais dos moradores
Módulo D	Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade
Módulo E	Trabalho dos moradores do domicílio
Módulo F	Rendimentos domiciliares
Módulo G	Pessoas com deficiências
Módulo I	Cobertura de plano de saúde
Módulo J	Utilização de serviços de saúde
Módulo K	Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais de idade
Módulo L	Crianças com menos de 2 anos
Módulo M	Outras características do trabalho e apoio social
Módulo N	Percepção do estado de saúde
Módulo O	Acidentes
Módulo P	Estilos de vida
Módulo Q	Doenças crônicas
Módulo R	Saúde da mulher

Módulo S	Atendimento pré-natal
Módulo U	Saúde bucal
Módulo Z	Paternidade e pré-natal do parceiro
Módulo V	Violências
Módulo Y	Atividade sexual
Módulo AA	Relações e condições de trabalho
Módulo X/H	Atendimento médico
Módulo W	Antropometria

Fonte: PNS 2019 (IBGE, 2020b).

#### **4.2.7 Definição da Variável Dependente -Baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família**

O tema acesso e utilização dos serviços de saúde têm sido largamente investigados no Brasil e a PNS 2019 se insere nessas iniciativas. Neste estudo, a variável dependente considerada foi a baixa frequência de visitas de profissionais de saúde, definida quando o número de visitas realizadas por ACS ou outro profissional da ESF, era inferior a 2 visitas nos últimos doze meses ao domicílio (período de referência da PNS), de acordo com a declaração das pessoas que participaram do estudo.

A variável baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família foi definida de acordo com a seguinte questão do questionário da PNS: **“Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?”**. O objetivo da pergunta era estimar se a frequência de visitas está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e contabilizar a visita de qualquer integrante da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com a resposta do participante, o entrevistador registrou uma das seguintes alternativas marcando (IBGE, 2021a):

1. Mensalmente

2. A cada 2 meses
3. De 2 a 4 vezes
4. Uma vez
5. Nunca recebeu – Para pessoa que nunca recebeu visita de algum Agente Comunitário ou para pessoa que não recebeu a visita nos últimos doze meses.

#### **4.2.8 Definição das Variáveis Preditoras**

##### **4.2.8.1 Variável Independente Principal**

A variável raça/cor da pele/etnia preta foi considerada independente principal nos modelos de análise. Inicialmente, a classificação para este quesito será baseada na autodeclaração (IBGE, 2010), de uma das seguintes categorias de uma das seguintes categorias: branca ou preta.

##### **4.2.8.2 Covariáveis**

Outras variáveis demográficas e socioeconômicas foram utilizadas para avaliar sua influência na associação estudada. As covariáveis da PNS 2019 selecionadas para este estudo foram originadas das partes de identificação, controle, domicílio e características gerais dos moradores, rendimentos domiciliares e percepção do estado de saúde, são elas: renda mensal habitual (em reais), faixa etária, nº pessoas no domicílio, mora com cônjuge/companheiro, nível de escolaridade, percepção da condição de saúde e local do domicílio.

#### **4.2.9 Procedimento de Análise de Dados**

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico STATA® versão 16 (*StataCorp LLC, College Station, TX, EUA*), Número de série: 301606315062.

Foi estimada a distribuição de todas as variáveis categóricas envolvidas, no que se refere a frequências simples e relativas. Após as estimativas de medidas de tendência central, as variáveis numéricas foram categorizadas pelas suas medianas ou médias, de acordo com sua distribuição.

Inicialmente, para análise de associação bruta foi realizada a modelagem de regressão de logística visando a obtenção da medida *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%), entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares por ACS ou outro membro da ESF. Em seguida, foi aplicada a modelagem de Poisson com variância robusta para obtenção da medida de associação na forma de razão de prevalência e sua medida de variabilidade (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Em seguida, foi realizada a análise bivariada para identificação de possíveis fatores confundidores da associação sob estudo, com emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Além disso, foi desenvolvido um modelo conceitual para identificar, dentre as covariáveis do estudo, quais apresentavam relevância epidemiológica para a associação entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visita de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Estas covariáveis também foram consideradas como confundidoras ou possíveis modificadoras de efeito (ROTHMAN *et al.*, 2008).

Para análise multivariada, também foi realizada a modelagem de regressão de logística visando a obtenção das medidas *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), ajustadas pelas covariáveis que apresentaram diferenças significativa na análise bivariada, bem como aquelas que foram consideradas relevantes no modelo conceitual. Em seguida, foi aplicada a modelagem de Poisson com variância robusta para obtenção das medidas de associação na forma de razão de prevalência e suas medidas de variabilidade.

#### **4.2.10 Aspectos Éticos**

O banco de dados da PNS 2019 é de domínio público, e já foi avaliado quanto a questões éticas na sua elaboração. O inquérito PNS 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em agosto de 2019, nº 3.529.376. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (LOPES *et al.*, 2021).

## 5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no formato de dois artigos científicos a serem submetidos em periódicos reconhecidos na área de Saúde Coletiva e um Material didático.

O artigo 01 intitulado **“Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise”** foi submetido à Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação periódica institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e importante meio de divulgação da produção técnico-científica na Bahia e no Nordeste na área da saúde pública, com classificação B2, segundo os critérios de qualificação da CAPES para a área de Saúde Coletiva. A submissão deste artigo já foi aceita pela RBSP (Anexo B).

O artigo 02 intitulado **“Visitas de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde a mulheres, segundo raça/cor da pele/etnia: Pesquisa Nacional de Saúde de 2019”** será submetido a um periódico ainda não definido.

No Anexo A consta o certificado do trabalho científico apresentado na modalidade “Vídeo-Poster” no I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia.

O Material didático em formato de Cartilha "Saúde para Mulheres Negras no SUS – Traduzindo a Ciência!" foi elaborado no Canva, uma plataforma de design gráfico online e gratuita, com o objetivo de disseminar e traduzir a ciência às mulheres negras usuárias do SUS a partir dos resultados desta dissertação. O material está sob a licenças *Creative Commons* e pode ser usado e compartilhado gratuitamente (Anexo C).

**ARTIGO 01**

**Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise**

*Access to and utilization of health services and race/color/ethnicity among women: A meta-analysis*

*Acceso y utilización de los servicios de salud y raza/color/etnicidad entre las mujeres: un metanálisis*

Autoras:

1. Francyne da Silva Silva. Mestranda Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. e-mail: francynedasilva@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6804-8751>.

Contribuição: Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

2. Marcela Reis Vieira. Graduanda no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. e-mail: marcelavieira@aluno.ufrb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9903-8926>.

Contribuição: Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Revisão e Aprovação final da versão a ser publicada

3. Ellen de Moraes Guedes. Acadêmica do departamento de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. e-mail: ellen.moraes.guedes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5567-8789>. Contribuição: Contribuiu significativamente na elaboração da Redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito.

4. Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília – UnB. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde da Fundação de Ensino. e-mail: contato@cienciaemtexto.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2842-9848>. Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados; Redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada

5. Simone Seixas da Cruz. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. e-mail: simone.seixas1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9410-5676>. Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados; Redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada.

## RESUMO

**Introdução:** Diversas barreiras podem comprometer o acesso aos serviços de saúde no Brasil, especialmente entre as mulheres negras, evidenciando a urgência em discutir esse tema à luz das iniquidades raciais e de gênero. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática com metanálise para avaliar as evidências científicas sobre a associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres. **Método:** A busca dos estudos foi realizada em cinco bases eletrônicas, incluindo a literatura cinzenta até março de 2022 e após a extração de dados, foi realizada a avaliação da qualidade dos artigos. A metanálise estimou a medida de associação global (*Odds Ratio*) e seu intervalo de confiança de 95%. Também foi avaliado o indicador de Higgins e Thompson ( $I^2$ ) para classificação da heterogeneidade estatística dos dados. **Resultados:** Foram identificados 428 registros, três estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. A raça/cor de pele/etnia negra esteve associada a desfechos negativos relacionados ao acesso/utilização dos serviços de saúde no Brasil (OR = 1,49; IC 95%: 1,26-1,76;  $I^2$  = 24,01%). **Conclusões:** Há iniquidades raciais no acesso/utilização dos serviços de saúde entre mulheres. Destaca-se a necessidade de mais estudos rigorosos para elucidar a influência da raça/cor e de elaboração de políticas públicas. **Palavras-chave:** Mulheres. População Negra. Racismo. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdade em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Several barriers can compromise access to health services in Brazil, especially among black women, highlighting the urgency of discussing this topic in the light of racial and gender inequalities. **Objective:** To carry out a systematic review with meta-analysis to assess the scientific evidence on the association between race/skin color/ethnicity and access and use of health services among women. **Method:** The search for studies was carried out in five electronic databases, including the gray literature until March 2022 and after data extraction, the quality of the articles was evaluated. The meta-analysis estimated the global association measure (*Odds Ratio*) and its 95% confidence interval. The Higgins and Thompson indicator ( $I^2$ ) was also evaluated to classify the statistical heterogeneity of the data. **Results:** 428 records were identified, three studies met the eligibility criteria. Black race/skin color/ethnicity was associated with negative outcomes related to access/use of health services in Brazil (OR = 1.49; 95% CI: 1.26-1.76;  $I^2$  = 24.01% ). **Conclusions:** There are racial inequalities in the access/use of health services among women. It highlights the need for more rigorous studies to elucidate the influence of race/color and the elaboration of public policies.

**Keywords:** Women. Black People. Racism. Health Services Accessibility. Health Status Disparity.

## RESUMEN

**Introducción:** Las desigualdades raciales y de género afectan el acceso a los servicios de salud en Brasil, especialmente para las mujeres negras. Es crucial analizar la evidencia disponible sobre la asociación entre raza/color de piel/etnia y el acceso a los servicios de salud en mujeres. **Objetivo:** Realizar una revisión sistemática con metanálisis para evaluar dicha asociación. **Método:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en cinco bases de datos electrónicas, incluyendo literatura gris hasta marzo de 2022. Se evaluó la calidad de los artículos seleccionados y se extrajeron los datos relevantes. El metanálisis estimó la asociación global (*Odds Ratio*) y su intervalo de confianza del 95%. También se evaluó la heterogeneidad estadística ( $I^2$ ). **Resultados:** Se identificaron 428 registros, de los cuales tres estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. La raza/color de piel/etnia negra se asoció con desventajas en el acceso y uso de los servicios de salud en Brasil. El metanálisis mostró una asociación significativa (OR = 1,49; IC 95%: 1,26-1,76;  $I^2 = 24,01\%$ ). **Conclusiones:** Estos hallazgos destacan las desigualdades raciales en el acceso y uso de los servicios de salud en mujeres brasileñas. Se necesitan investigaciones más rigurosas y políticas públicas efectivas para abordar esta problemática.

**Palavras – clave:** Mujer. Población Negra. Racismo. Acceso a los Servicios de Salud. Desigualdad en salud.

## INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos, comportamentais, políticos, ambientais, habitacionais, nutricionais e entre outros que impactam e influenciam, de forma positiva ou negativa, as condições de vida e trabalho dos indivíduos e populações. Estão diretamente relacionados ao processo de saúde–doença, cuidado e morte; aos fatores de risco aos quais as populações estão expostas; à exclusão social e desigualdades existentes na distribuição do poder, riquezas, oportunidades, direitos, do acesso e utilização de bens e serviços públicos - e estes, por sua vez, refletem nos desfechos em saúde<sup>1</sup>.

O racismo e as desigualdades étnico-raciais constituem-se como grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo<sup>2</sup>. Ambos são determinantes para a produção e manutenção de profundas iniquidades (desigualdades injustas e evitáveis) em saúde e acentuam as vulnerabilidades que acometem a população negra no país<sup>3</sup>.

A intersecção entre diversos sistemas de subordinação e discriminação cria desigualdades que estruturam a sociedade e hierarquizam as posições de mulheres, raças, etnias, classes e outros marcadores<sup>4</sup>. Assim, quando somadas às desigualdades sociais, de gênero e classe, as desigualdades étnico-raciais reverberam nas condições de vida e saúde das mulheres negras, bem como no acesso e na utilização dos serviços de saúde por estas mulheres.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde extrapolam as dimensões geográficas, sendo atributos fundamentais para refletir os níveis de (in)justiça social de um país. Seus determinantes estão relacionados a múltiplos fatores, de caráter individual, social, político e de organização dos sistemas e serviços de saúde<sup>5-7</sup>. Neste sentido, muitas são as barreiras que comprometem o acesso de algumas populações e estas necessitam, cada vez mais, serem debatidas à luz das iniquidades raciais, enfatizando também as desigualdades de gênero.

A relação entre as iniquidades raciais e o acesso aos serviços de saúde entre as mulheres negras e brancas já vem sendo investigada no Brasil. A expressão do racismo na dimensão institucional dos serviços de saúde foi observada em diferentes estudos ao mostrarem que as mulheres negras foram significativamente menos propensas a fazer Papanicolau e/ou exame de mama do que as mulheres brancas, tiveram piores condições ao pré-natal, parto e puerpério, maiores chances de diagnóstico tardio do câncer de mama e enfrentaram mais dificuldades institucionais no acesso aos serviços de saúde para atenção pós-aborto<sup>8-12</sup>.

A saúde da mulher negra permanece não sendo uma área de conhecimento ou um campo importante nas Ciências da Saúde<sup>13</sup>. Embora tenham aumentado o número de estudos cujas análises e discussões sobre acesso aos serviços de saúde entre mulheres sejam feitas a partir de uma perspectiva étnico-racial, essa produção ainda é pouco expressiva. Não foram encontradas revisões sistemáticas na base de registros da PROSPERO acerca do tema.

Deste modo, o objetivo do presente estudo foi avaliar as evidências científicas sobre a associação entre a variável raça/cor de pele/etnia e o acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres no Brasil, por meio de uma revisão sistemática com metanálise.

## **MÉTODOS**

### **Registro e Protocolo**

No primeiro momento, foi realizada uma busca por revisões sistemáticas sobre o tema no banco de dados do International Prospective Register of Systematic Reviews - PROSPERO. Em seguida, o protocolo da revisão sistemática foi registrado no PROSPERO, elaborado com base na Declaração PRISMA 2020 - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA 2020 Statement<sup>14</sup>.

### **Crítérios de elegibilidade para os estudos**

Estudos epidemiológicos observacionais, realizados com mulheres adultas entre 18 e 60 anos foram incluídos nesta revisão para investigar a associação entre raça/cor da pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde (incluindo a realização de exames, consultas ou qualquer tipo de atendimento nos serviços de saúde, independentemente do nível da atenção, isto é, primário, secundário ou terciário), sem restrição da língua, até março de 2022. Estudos de revisões de literatura, de caso, realizados fora do Brasil, com tamanho de amostra menor que 100 participantes, que não apresentarem dados suficientes sobre a prevalência de acesso e comparação entre mulheres negras e brancas/não negras e/ou com desfecho autorreferido pelas participantes foram excluídos.

### **Fonte de Informação**

Os estudos foram acessados a partir da busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scopus* e *Web of Science*. Também foram examinadas as listas de referências dos artigos selecionados para revisão sistemática, bem como bases de dados específicas contendo textos da literatura cinzenta, como MedRxiv.

### **Estratégia de busca**

Os descritores utilizados e seus sinônimos foram identificados no *Medical Subject Headings* (Títulos de Termos Médicos) – MeSH. As palavras-chave empregadas para as estratégias de busca foram: Mulheres, Negra, Acesso aos serviços de saúde e Brasil. Os termos em inglês foram: *Women, Blacks, Health Services Accessibility e Brazil*. Os seguintes operadores booleanos foram empregados: *AND* e *OR*. A estratégia de busca inicial foi adaptada para as demais bases de dados eletrônicas (Quadro 1). Para avaliar a qualidade das estratégias de busca, a *Peer Review Electronic Search Strategy* – PRESS foi utilizada<sup>15</sup>.

**Quadro 1.** Estratégia de busca completa e adaptações para as bases bibliográficas utilizadas. Seleção dos estudos.

Após a exclusão de duplicatas, os estudos foram selecionados por meio da leitura de títulos e resumos, utilizando o programa Rayyan<sup>16</sup> por duas revisoras (F.S.S e M.R.V.) que desconheciam as decisões tomadas por seus pares durante o processo de seleção dos artigos. Quatro pesquisadoras (F.S.S, M.R.V., A.G. e S.S.C.) fizeram a leitura do texto completo dos artigos selecionados, independentemente, e aqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na revisão sistemática. Nos casos em que houve divergência entre as pesquisadoras, a inclusão ou exclusão dos artigos foi julgada por consenso entre elas.

### **Extração dos dados**

As pesquisadoras (F.S.S e M.R.V.) fizeram a extração de dados dos artigos incluídos em planilhas do Excel de forma independente, utilizando os seguintes campos: título, nome(s) do(s) autor(es), tema central, ano de publicação, tempo/ano/período do estudo, tipo de estudo e método de coleta dos dados, local do estudo, tamanho da amostra, média de idade ou faixa etária prevalente, faixa etária da população do estudo, grupos étnicos-raciais definidos, variáveis de exposição e desfecho, prevalência de acesso, medidas de associação e os

principais achados. Foram realizadas reuniões de consenso para resoluções de conflitos nas duas etapas e houve a necessidade de consulta a um terceiro revisor (S.S.C).

### **Qualidade dos estudos**

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados foi utilizado o instrumento *Newcastle - Ottawa Quality Assessment Scale (adapted for cross sectional studies)* para estudos observacionais do tipo transversal<sup>17</sup>. As pesquisadoras (F.S.S e M.R.V.) realizaram a avaliação da qualidade de todos os estudos, independentemente e, em seguida, as informações foram confrontadas com consenso entre elas, com a supervisão de uma pesquisadora mais experiente (S.S.C).

### **Análise de dados**

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico STATA® versão 16 (StataCorp LLC, College Station, TX, EUA), Número de série: 301606315062.

O teste qui-quadrado ( $p < 0,10$ ), tau-quadrado ( $\tau^2$ ), e o I-quadrado de Higgins e Thompson (I<sup>2</sup>) e H-quadrado (H<sup>2</sup>) foram utilizados para avaliar a heterogeneidade estatística dos dados utilizados para a metanálise. Para a interpretação da magnitude da inconsistência dos dados entre os estudos incluídos para a metanálise, o escore em percentual do teste I<sup>2</sup> foi empregado da seguinte forma: 0% a 40%: pode não ser importante, pois pode indicar ligeira heterogeneidade; 30% a 60%: pode representar heterogeneidade moderada; 50% a 90%: pode representar heterogeneidade substancial; 75% a 100%: pode indicar heterogeneidade muito substancial<sup>18</sup>.

As medidas de associação global entre a variável raça/cor de pele/etnia e o acesso/utilização aos serviços de saúde, OR e intervalos de confiança a 95%, foram obtidas por meio de um modelo de metanálise de efeitos aleatórios utilizando o método da Máxima Verossimilhança e o gráfico em floresta – *forest plot*, agrupando estudos com comparações semelhantes e que tinham relatado o mesmo desfecho. A análise de sensibilidade e análise de subgrupos, bem como viés de publicação, não foram realizadas diante da escassez de estudos elegíveis<sup>18</sup>.

## **RESULTADOS**

Ao final da busca foram identificados 570 estudos. 142 registros duplicados foram removidos para a leitura dos títulos e resumos, restando 428 estudos. Destes, 63 estudos foram selecionados para a leitura completa e apenas 03 documentos atenderam aos critérios de elegibilidade desta revisão sistemática relacionados à associação entre raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde (Figura 1).

Quanto aos artigos excluídos desta revisão sistemática, após a leitura do texto completo, estão apresentados em material complementar (Quadro 2).

**Figura 1.** Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos relacionados à associação entre raça/cor/etnia e acesso aos serviços de saúde.

**Quadro 2.** Artigos excluídos da revisão sistemática de acordo com critério de exclusão, para análises entre associação da raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde.

Os estudos considerados para esta revisão incluíram 7.310 participantes, compreendendo apenas estudos observacionais, todos com desenhos de corte transversal e realizados no Brasil (critério utilizado na estratégia de busca), em 05 cidades brasileiras das regiões Nordeste e Sul do país: Salvador, Recife, São Luís, São Leopoldo e Pelotas (Quadro 3). 03 estudos atenderam aos critérios de análises entre associação da raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde (Tabela 1).

**Quadro 3.** Estudos utilizados na revisão sistemática que avaliaram a associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde.

**Tabela 1.** Características gerais dos estudos empregados na metanálise que se utilizou medidas ajustadas para hospitalização. (N= 34).

Tratam-se de estudos com desfechos de acesso/utilização dos serviços de saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, sobre as dificuldades no acesso e barreiras institucionais/individuais à atenção pós-aborto<sup>12,19</sup> e exames preventivos para câncer de mama e colo de útero<sup>8</sup>.

As informações sobre os desfechos foram obtidas por meio de entrevistas em todos os estudos incluídos e as respostas relacionadas aos mesmos foram categorizadas para as análises de prevalência do acesso/utilização dos serviços de saúde. Em 02 deles<sup>12,19</sup>, a informação

sobre raça/cor de pele/etnia foi obtida por meio de autodeclaração (pergunta cujas respostas alternativas consideraram a classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - branca, preta, amarela, parda e indígena). Apenas um estudo obteve esta informação por heteroatribuição, ou seja, quando a própria equipe de pesquisa identificou a raça/cor de pele/etnia do participante<sup>8,20</sup>.

No geral, a média das avaliações de qualidade dos estudos foi de 6,66 representando moderada qualidade, variando de 6 a 7, de moderada a alta qualidade (Quadro 4). Nenhum artigo foi classificado como de baixa qualidade. Todas as investigações selecionadas consideraram algum tipo de covariável confundidora representante das condições socioeconômicas e/ou de saúde. Idade e escolaridade foram covariáveis selecionadas como potenciais confundidoras nos três estudos incluídos<sup>8,12,19</sup>; tipo de aborto declarado, filhos e idade gestacional ao ocorrer o aborto foram selecionadas nos estudos<sup>12,19</sup>; classe econômica e renda per capita foram selecionadas no estudo<sup>8</sup>; trabalho atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria foram selecionadas no estudo<sup>19</sup>; e união estável e condições de chegada ao hospital foram selecionadas no estudo<sup>12</sup>.

A associação global entre raça/cor de pele/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde foi estimada como moderada, por meio de uma *odds ratio* de 1,49 (IC 95%: 1,26-1,76) com baixa heterogeneidade ( $I^2= 24,01\%$ ) (Figura 2).

**Quadro 4.** Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais segundo NEWCASTLE –OTTAWA: Quality Access Scale, adaptada para estudos transversais.

**Figura 2.** *Forest Plot* da meta-análise com *odds ratio* ajustadas (OR ajustadas) e intervalos de confiança à 95% (IC95%), para a associação entre raça/cor/etnia negra e raça/cor (n=3).

## DISCUSSÃO

Os resultados principais da presente meta-análise indicam que há associação entre a raça/cor da pele/etnia e acesso e utilização dos serviços de saúde: mulheres negras tiveram quase uma vez e meia mais chance de não acessar ou utilizar os serviços de saúde, quando comparadas com mulheres brancas/não negras. Esse resultado sustenta a hipótese de que a exposição à raça/cor da pele/etnia negra, e sobretudo o racismo, representa um determinante para o não acesso e utilização dos serviços de saúde e para a inadequação da atenção à saúde

ofertada às mulheres negras no país, reforçando os achados de publicações prévias de estudos observacionais e revisões sistemáticas<sup>21,22</sup>.

As desigualdades no acesso à contracepção no país, onde as mulheres negras (pretas e pardas) estavam entre as que foram mais esterilizadas e menos utilizavam a dupla proteção (combinação do uso do preservativo com algum método contraceptivo moderno), método considerado mais eficaz e efetivo contra a gravidez inesperada e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e está relacionado às informações e opções de escolha que as mulheres possuem<sup>23</sup>.

Na assistência à gestação, ao parto e puerpério, as mulheres negras apresentaram as menores proporções em relação ao número mínimo de seis consultas de pré-natal, presença de acompanhante no parto, consultas de puerpério, ultrassonografias e mais cuidado pré-natal considerado inadequado quando comparadas às brancas<sup>24-26</sup>.

Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro observou que acesso ao resultado do exame preventivo do câncer do colo do útero na rede do SUS foi menor para mulheres mais jovens de raça/cor da pele/etnia negra<sup>27</sup>.

Vale frisar que nas pesquisas citadas nos parágrafos supracitados a população estudada é constituída por mulheres que não possuem, necessariamente, a mesma faixa etária da selecionada por este estudo. No entanto, os desfechos desfavoráveis às mulheres negras são semelhantes.

Os dados encontrados nos estudos da presente revisão sistemática também são semelhantes entre si, em que se observam diferenciais raciais no acesso a exames preventivos e à atenção pós-aborto: em relação ao exame clínico de mama, mulheres negras foram menos examinadas; apresentaram as maiores prevalências entre as mulheres que nunca realizaram Papanicolau; e enfrentaram mais barreiras institucionais na atenção pós-aborto, como esperar mais tempo por um lugar/leito para receber atendimento<sup>8,12,19</sup>. Mesmo após o ajuste de variáveis de confusão, isto é, independentemente de idade, escolaridade, união estável, filhos ou tipo de aborto declarado, a associação entre ser mulher negra, menos acesso aos exames, mais barreiras institucionais e dificuldades de acesso permaneceu.

Após busca sistemática nas bases de dados para o desenvolvimento deste estudo, constatamos uma limitada quantidade de publicações que relacionam raça/cor de pele/etnia com o acesso e utilização dos serviços de saúde. Isso reflete um restrito interesse científico no tema, apesar de sua relevância para o campo da Saúde Coletiva no que tange à compreensão dos determinantes sociais da saúde e do processo de saúde-doença das populações<sup>28,29</sup>.

A falta de estudos elegíveis para esta investigação é um limitador importante para a precisão das medidas estimadas e conseqüentemente dos seus resultados<sup>30</sup>. No entanto, é crucial discutir que identificação dessa lacuna no conhecimento, pode representar um alerta para realização de estudos com propósito semelhante, para se atingir um aporte de evidências que mostram que a dificuldade de acesso/utilização de serviço por parte de pessoas negras, decorre do racismo institucional como um dos elementos estruturantes da nossa organização social<sup>13</sup>.

Em outras palavras, a revelação da associação entre raça/cor da pele/etnia e dificuldade de acesso/utilização serviço de saúde, bem como a ausência de investigações sobre o tema podem representar um apelo à comunidade científica para intensificar seus estudos. Tais investigações podem fortalecer argumentos convincentes com base em atributos quantificáveis e responder a questões de ordem prática, a exemplo de: quantas pessoas negras deixam de utilizar o serviço de saúde em diferentes níveis de complexidade do cuidado, incluindo a Saúde Suplementar? Para cada pessoa que utiliza o serviço de saúde, quantas são negras? Qual a validade desses achados para a promoção da equidade étnico-racial em todo o Sistema Único de Saúde?

Respostas precisas a essas perguntas podem gerar informações capazes de pressionar a sociedade a se organizar para reduzir as iniquidades raciais que afetam a área da saúde e intensificam o sofrimento da população negra, pavimentando uma via mais rápida para a mudança.

## **CONCLUSÕES**

Raça e o racismo são fatores determinantes para o acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada às mulheres negras. As dificuldades e barreiras no acesso aos serviços e utilização dos serviços de saúde incidem diretamente nas condições de vida e saúde destas mulheres. Os achados aqui encontrados motivam o desenvolvimento de mais estudos para elucidar a influência da raça/cor de pele/etnia na hipótese estudada e apontam para a elaboração de políticas públicas específicas que promovam a equidade étnico-racial em todo o Sistema Único de Saúde e efetivem o direito à saúde desta população.

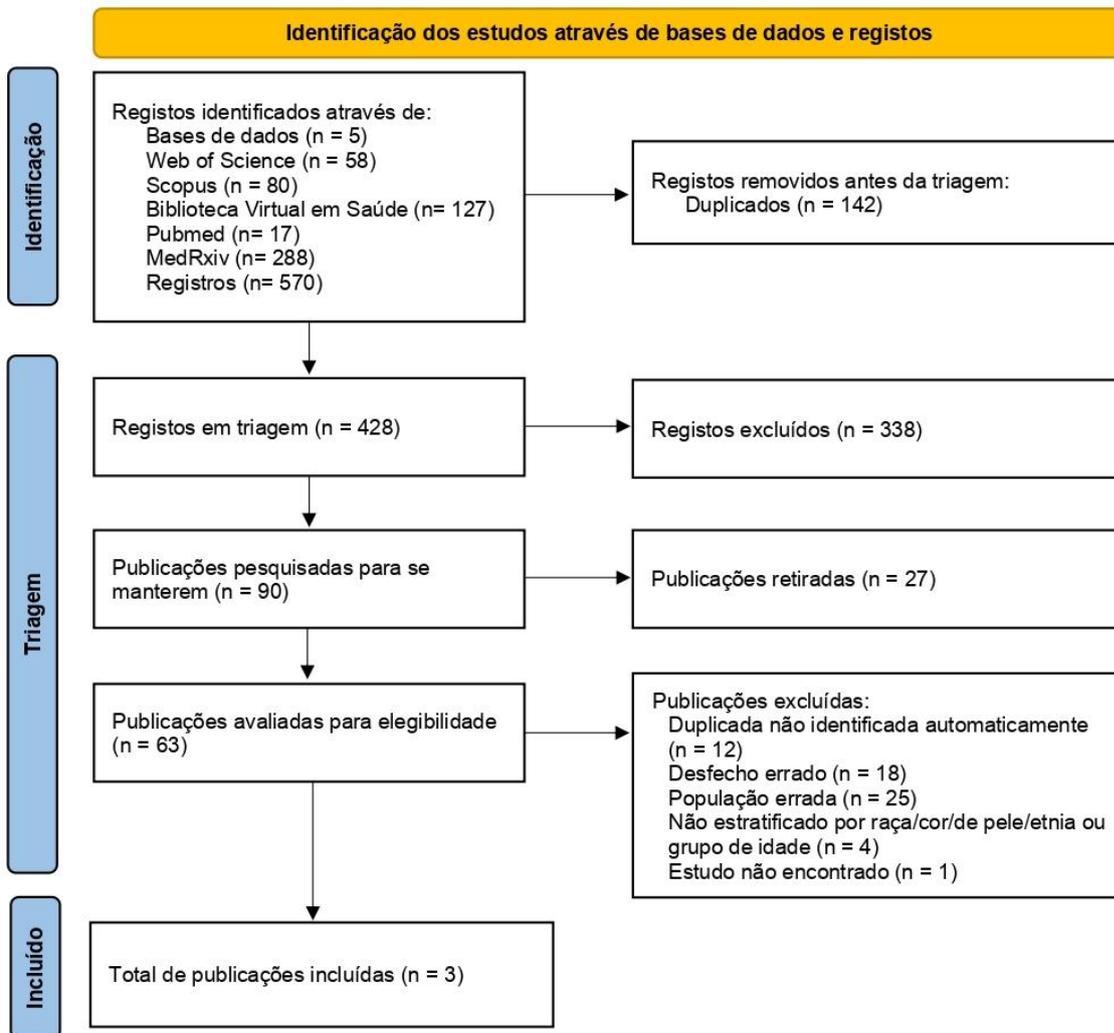
## **REFERÊNCIAS**

1. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77–93.
2. Leal M do C, Gama SGN da, Cunha CB da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):100–7.
3. Brasil. Racismo como determinante social de saúde. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.
4. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. 2002;11(1):171–88.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(suppl 2):S190–8.
6. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*. 2008;22(2):19–29.
7. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2865–75.
8. Bairros FS de, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women’s health care in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2364–72.
9. Lessa MS de A, Nascimento ER, Coelho E de AC, Soares I de J, Rodrigues QP, Santos CA de ST, et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Cien Saude Colet*. 2022;27(10):3881–90.
10. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(suppl 1).
11. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3505–16.
12. Freitas Goes E, de Souza Menezes GM, Chagas de Almeida M da C, Velho Barreto-de-Araújo T, Valongueiro Alves S, Seabra Soares de Britto Alves MT, et al. Barriers in Accessing Care for Consequence of Unsafe Abortion by Black Women: Evidence of Institutional Racism in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(6):1385–94.
13. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*. setembro de 2016;25(3):535–49.

14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71).
15. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40–6.
16. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210.
17. Wells G, Shea B, O’Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. The Ottawa Hospital: Research Institute; 2021.
18. Egger M, Smith GD, Altman D. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context*. 2<sup>o</sup> ed. London: BMJ Publishing Group; 2001.
19. Goes EF, Menezes GMS, Almeida M da CC, Araújo TVB de, Alves SV, Alves MTSSB e, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica*. 2020;36(suppl 1).
20. Batista NC, Figueiredo HAC de. Comissões de heteroidentificação racial para acesso em universidades federais. *Cadernos de pesquisa*. 2020;50(177):865–88.
21. Silva PHA da. Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2020.
22. Santos MAP dos. Acesso ao exame papanicolau entre mulheres negras comparada a outras raças/etnias: uma revisão sistemática com metanálise. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2022.
23. Trindade RE da, Siqueira BB, Paula TF de, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3493–504.
24. Berquó E, Lago TDG do. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saúde e Sociedade*. 2016;25(3):550–60.
25. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlithz AOC, Queiroz MR, Carvalho PC de A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*. 2016;25(3):561–72.

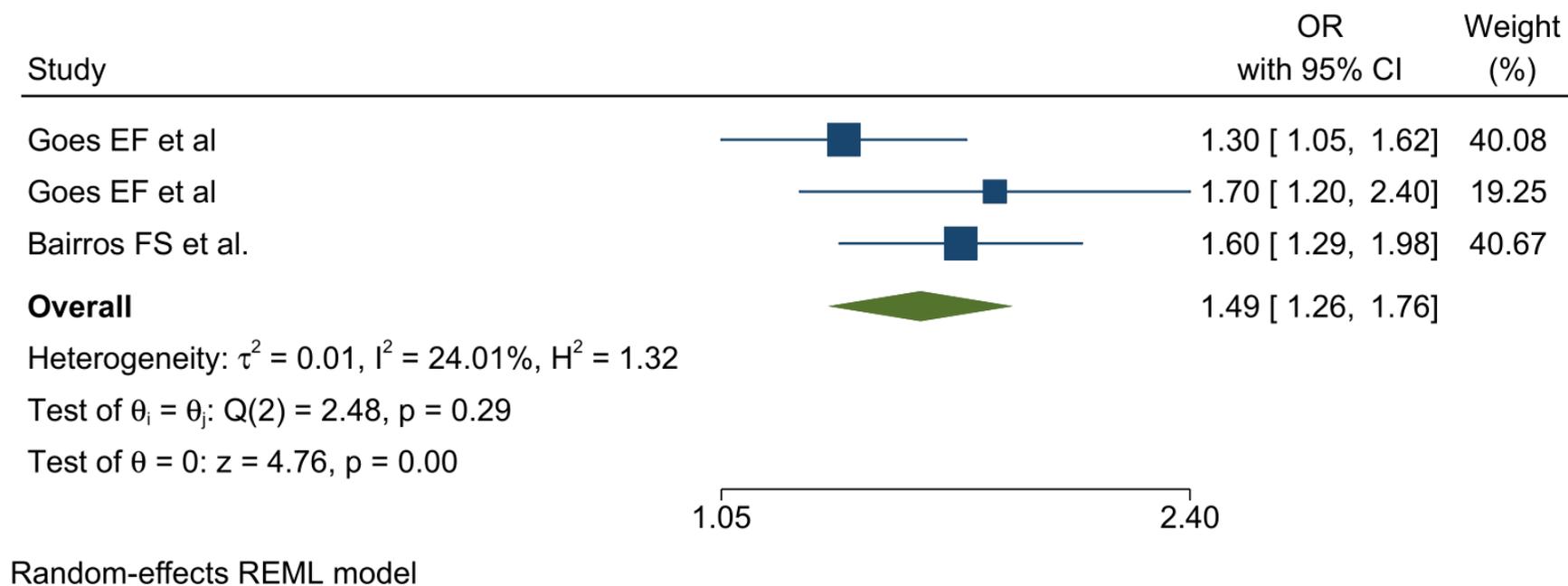
26. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN da, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140–7.
27. Martins LFL, Almeida LM de, Szklo AS, Szklo M, Thuler LCS, Enes M de FG, et al. Factors associated with the lack of access to cervical cancer screening test results in the Brazilian unified health system network in the municipality of Rio de Janeiro. *European Journal of Cancer Prevention*. 2018;27(4):339–46.
28. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santos L, Nardi H, Alves M, et al. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2021;30(2).
29. Gomes ICR, Damasceno RO, Nery AA, Filho IEM, Vilela ABA. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev baiana enferm*. 2017;31(2):1–12.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência T e IEstratégicosD de C e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília; 2012. p. 92.

**Figura 1.** Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos relacionados à associação entre raça/cor/etnia e acesso aos serviços de saúde.



Fonte: Adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *BMJ* 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Para mais informações: <http://www.prisma-statement.org/>

**Figura 2.** Forest Plot da meta-análise com *odds ratio* ajustadas (OR ajustadas) e intervalos de confiança à 95% (IC95%), para a associação entre raça/cor/etnia negra e raça/cor (n=3).



Fonte:

Elaborado

pelas

autoras

(2022).

**Quadro 1.** Estratégia de busca completa e adaptações para as bases bibliográficas utilizadas.

<b>PubMed (03/2022)</b>
<b>N=17</b>
<p>((((((((Women[Title/Abstract]) OR (Girls[Title/Abstract])) OR (Girl[Title/Abstract])) OR (Woman[Title/Abstract])) OR (Women's Groups[Title/Abstract])) OR (Women Groups[Title/Abstract])) OR (Women's Group[Title/Abstract])) AND (((((((Blacks[Title/Abstract]) OR (Negroes[Title/Abstract])) OR (Negro[Title/Abstract])) OR (Negroid Race[Title/Abstract])) OR (Negroid Races[Title/Abstract])) OR (Race, Negroid[Title/Abstract])) OR (Races, Negroid[Title/Abstract])) OR (African Continental Ancestry Group[Title/Abstract])) OR (Black[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((Health Services Accessibility[Title/Abstract]) OR (Access to Health Services[Title/Abstract])) OR (Access to Care[Title/Abstract])) OR (Access to Cares[Title/Abstract])) OR (Care, Access to[Title/Abstract])) OR (Cares, Access to[Title/Abstract])) OR (Accessibility of Health Services[Title/Abstract])) OR (Accessibility, Health Services[Title/Abstract])) OR (Availability of Health Services[Title/Abstract])) OR (Health Services Availability[Title/Abstract])) OR (Access To Care, Health[Title/Abstract])) OR (Access to Health Care[Title/Abstract])) OR (Access to Therapy[Title/Abstract])) OR (Access to Therapies[Title/Abstract])) OR (Therapy, Access to[Title/Abstract])) OR (Access to Treatment[Title/Abstract])) OR (Access to Treatments[Title/Abstract])) OR (Treatment, Access to[Title/Abstract])) OR (Health Services Geographic Accessibility[Title/Abstract])) OR (Program Accessibility[Title/Abstract])) OR (Accessibility, Program[Title/Abstract])) OR (Access to Medicines[Title/Abstract])) OR (Access to Medicine[Title/Abstract])) OR (Medicine, Access to[Title/Abstract])) OR (Medicines, Access to[Title/Abstract])) OR (Access to Medications[Title/Abstract])) OR (Access to Medication[Title/Abstract])) OR (Medication, Access to[Title/Abstract])) OR (Medication Access[Title/Abstract])) OR (Access, Medication[Title/Abstract])) OR (Medication Accesses[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Availability[Title/Abstract])) OR (Availability, Contraceptive[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Access[Title/Abstract])) OR (Access, Contraceptive[Title/Abstract])) OR (Contraceptive Accesses[Title/Abstract])) OR (Contraception Access[Title/Abstract])) OR (Access, Contraception[Title/Abstract])) OR (Access to Contraception[Title/Abstract])) OR (Access to Contraceptions[Title/Abstract])) OR</p>



TS=(Contraceptive Availability)) OR TS=(Availability, Contraceptive)) OR TS=(Contraceptive Access)) OR TS=(Access, Contraceptive)) OR TS=(Contraceptive Accesses)) OR TS=(Contraception Access)) OR TS=(Access, Contraception)) OR TS=(Access to Contraception)) OR TS=(Access to Contraceptions)) OR TS=(Contraception, Access to)) AND TS=(Brazil)

**Scopus (03/2022)**

**N= 80**

(( TITLE-ABS-KEY ( women ) OR TITLE-ABS-KEY ( girls ) OR TITLE-ABS-KEY ( girl ) OR TITLE-ABS-KEY ( woman ) OR TITLE-ABS-KEY ( women's AND groups ) OR TITLE-ABS-KEY ( women AND groups ) OR TITLE-ABS-KEY ( women's AND group ))) AND (( TITLE-ABS-KEY ( blacks ) OR TITLE-ABS-KEY ( negroes ) OR TITLE-ABS-KEY ( negro ) OR TITLE-ABS-KEY ( negroid AND race ) OR TITLE-ABS-KEY ( negroid AND races ) OR TITLE-ABS-KEY ( race, AND negroid ) OR TITLE-ABS-KEY ( races, AND negroid ) OR TITLE-ABS-KEY ( african AND continental AND ancestry AND group ) OR TITLE-ABS-KEY ( black ))) AND (( TITLE-ABS-KEY ( health AND services AND accessibility ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND health AND services ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND care ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND cares ) OR TITLE-ABS-KEY ( care, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( cares, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( accessibility AND of AND health AND services ) OR TITLE-ABS-KEY ( accessibility, AND health AND services ) OR TITLE-ABS-KEY ( availability AND of AND health AND services ) OR TITLE-ABS-KEY ( health AND services AND availability ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND care, AND health ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND health AND care ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND therapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND therapies ) OR TITLE-ABS-KEY ( therapy, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND treatment ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND treatments ) OR TITLE-ABS-KEY ( treatment, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( health AND services AND geographic AND accessibility ) OR TITLE-ABS-KEY ( program AND accessibility ))) OR (( TITLE-ABS-KEY ( accessibility, AND program ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND medicines ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND medicine ) OR

TITLE-ABS-KEY ( medicine, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( medicines, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND medications ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND medication ) OR TITLE-ABS-KEY ( medication, AND access AND to ) OR TITLE-ABS-KEY ( medication AND access ) OR TITLE-ABS-KEY ( access, AND medication ) OR TITLE-ABS-KEY ( medication AND accesses ) OR TITLE-ABS-KEY ( contraceptive AND availability ) OR TITLE-ABS-KEY ( availability, AND contraceptive ) OR TITLE-ABS-KEY ( contraceptive AND access ) OR TITLE-ABS-KEY ( access, AND contraceptive ) OR TITLE-ABS-KEY ( contraceptive AND accesses ) OR TITLE-ABS-KEY ( contraception AND access ) OR TITLE-ABS-KEY ( access, AND contraception ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND contraception ) OR TITLE-ABS-KEY ( access AND to AND contraceptions ) ) AND ( TITLE-ABS-KEY ( brazil ) )

**BVS (03/2022)**

**N= 127**

((Women) OR (Girls) OR (Girl) OR (Woman) OR (Women's Groups) OR (Women Groups) OR (Women's Group)) AND ((Blacks) OR (Negroes) OR (Negro) OR (Negroid Race) OR (Negroid Races) OR (Race, Negroid) OR (Races, Negroid) OR (African Continental Ancestry Group) OR (Black)) AND ((Health Services Accessibility) OR (Access to Health Services) OR (Access to Care) OR (Access to Cares) OR (Care, Access to) OR (Cares, Access to) OR (Accessibility of Health Services) OR (Accessibility, Health Services) OR (Availability of Health Services) OR (Health Services Availability) OR (Access To Care, Health) OR (Access to Health Care) OR (Access to Therapy) OR (Access to Therapies) OR (Therapy, Access to) OR (Access to Treatment) OR (Access to Treatments) OR (Treatment, Access to) OR (Health Services Geographic Accessibility) OR (Program Accessibility) OR (Accessibility, Program) OR (Access to Medicines) OR (Access to Medicine) OR (Medicine, Access to) OR (Medicines, Access to) OR (Access to Medications) OR (Access to Medication) OR (Medication, Access to) OR (Medication Access) OR (Access, Medication) OR (Medication Accesses) OR (Contraceptive Availability) OR (Availability, Contraceptive) OR (Contraceptive Access) OR (Access, Contraceptive) OR (Contraceptive Accesses) OR (Contraception Access) OR (Access, Contraception) OR (Access to Contraception) OR (Access to Contraceptions) OR (Contraception, Access to))) AND (Brazil)

<b>MedRXIV (03/2022)</b>
<b>N= 288</b>
“Wom*n*” AND “Black* OR Negro* OR Race* OR ‘African Continental Ancestry Group’” AND “Access* OR Availability AND Brazil”

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**Quadro 2.** Artigos excluídos da revisão sistemática de acordo com critério de exclusão, para análises entre associação da raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde.

AUTHOR, YEAR	RATIONALE / CRITERIA FOR EXCLUSION
Domingues et al., 2013	Wrong population
Vieira & Souza, 2009	Duplicate not automatically identified
Domingues et al., 2015	Duplicate not automatically identified
Martin et al., 2022	Wrong population
Domingues et al., 2015	Duplicate not automatically identified
Fonseca et al., 2007	Wrong outcome
Berquó & do Lago, 2016	Duplicate not automatically identified
Araújo et al., 2020	Not stratified by race/color or age group
Lopes et al., 2007	Wrong outcome
Acosta; Gonçalves; Barcellos, 2016	Duplicate not automatically identified
Leal et al., 2006	Wrong population
Trindade et al., 2021	Wrong outcome
Cobo et al., 2021	Wrong population
Diniz et al., 2016	Duplicate not automatically identified
Nogueira et al., 2018	Duplicate not automatically identified
De Souza Santos et al., 2021	Wrong outcome
Boclin et al., 2014	Not stratified by race/color or age group
Almeida & Barros, 2005	Not stratified by race/color or age group
Fernandes et al., 2017	Wrong population
Renna Junior et al., 2021	Wrong outcome
Barroso; Melo; Guimarães, 2015	Wrong outcome

Amorim et al., 2008	Wrong population
Martins et al., 2018	Study not found
Amorim et al., 2006	Wrong population
Campos et al., 2020	Wrong outcome
Cobo et al., 2021	Duplicate not automatically identified
de Sousa Gomes et al., 2021	Wrong population
Acosta; Gonçalves; Barcellos, 2016	Wrong outcome
Bernardes et al., 2014	Wrong population
Pinto et al., 2021	Wrong outcome
Renna Junior & Azevedo e Silva	Wrong population
Constante & Bastos, 2021	Wrong population
Ceccon et al., 2019	Wrong outcome
Ceccon et al., 2019	Duplicate not automatically identified
Dantas et al., 2020	Wrong outcome
Kale et al., 2017	Wrong outcome
Ozawa & Marcopito, 2011	Wrong population
Guimarães et al., 2016	Wrong population
Domingues et al., 2015	Wrong population
Boclin & Faerstein, 2013	Wrong outcome
Domingues et al., 2014	Wrong population
Chor et al., 2015	Wrong outcome
Marcelino et al., 2021	Wrong outcome
Nogueira et al., 2018	Wrong outcome

Leal et al., 2005	Wrong population
Leal et al., 2021	Wrong population
Barbosa, 2017	Wrong population
Berquó & do Lago, 2016	Wrong population
Freitas et al., 2005	Wrong outcome
Cabral et al., 2019	Wrong outcome
Victora et al., 2010	Not stratified by race/color or age group
Diniz et al., 2016	Wrong population
Renna Junior & Silva, 2018	Duplicate not automatically identified
Renna Junior & Silva, 2018	Wrong population
Medeiros et al., 2018	Wrong population
Silva; Lima; Hamann, 2010	Wrong population
Goes et al, 2020	Duplicate not automatically identified
Cabral et al., 2019	Duplicate not automatically identified
Matijasevich et al., 2008	Wrong population
Jalil et al., 2022	Wrong population
Marques & Paiva, 2019	Sample size less than 100 participants

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**Quadro 3.** Estudos utilizados na revisão sistemática que avaliaram a associação entre raça/cor/etnia e acesso/utilização dos serviços de saúde.

Author	Year of Publication	Study design	Exposure definition	Outcome	Frequency of outcome according to exposure	Methodological quality of the study	Association measurement	Main findings
<b>01</b> <b>Goes EF et al.</b> 2021 Salvador (BA), Recife (PE) e São Luís (MA) - Brasil	<b>Cross-sectional study</b>  August 31 and December 30, 2010  <b>Sample:</b> 2.640 women	Race/skin color  Definition: race/ethnicity	Institutional barriers to accessing abortion care	Branças 19,5% (n= 1.407) Pretas 27,7% (n= 942) Pardas 18,7% (n= 291)	7	Branças (Ref.)= 1,0 Pretas RP = 1,4 (1,1–1,7) Pardas RP = 1,0 (0,8–1,2)	Black women faced more institutional difficulties (27.7% vs 19.5% in White women and 18.7% in Brown women), such as waiting to be attended and getting a bed. The association between being Black women and institutional barriers remained, even after adjustments in the regression model.	
<b>02</b> <b>Goes EF et</b>	<b>Cross-sectional study</b>	Race/skin color	Racial vulnerability and individual barriers	Branças 20,3% (n= 1.407) Pretas 32%	7	Branca (Ref.) = 1,0 Preta OR = 1,7; IC95%	Mulheres pretas relataram mais barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento (32% vs. 28%	

<p><b>al.</b></p> <p>2020</p> <p>Salvador (BA), Recife (PE) e São Luís (MA) - Brasil</p>	<p>August 31 and December 30, 2010</p> <p><b>Sample:</b> 2.640 women</p>	<p>Definition: race/ethnicity</p>	<p>for Brazilian women seeking first care following abortion</p>	<p>(n= 942) Pardas 28% (n= 291)</p>		<p>1,2-2,4 Parda OR = 1,5; IC95% 1,1-2,1</p>	<p>entre pardas e 20,3% entre brancas), tais como o medo de ser maltratada e não ter dinheiro para o transporte. Na regressão, confirmou-se a associação entre raça/cor preta e parda e barreiras individuais na busca de cuidados pós-aborto, mesmo após o ajuste por todas as variáveis selecionadas. Os resultados confirmam a situação de vulnerabilidade das pretas e pardas.</p>
<p><b>03</b></p> <p>Bairros FS et al.</p> <p>2011</p> <p>São Leopoldo e Pelotas (RS)</p>	<p><b>Cross-sectional study</b></p> <p>December 1999 to April 2000 and March to December 2003</p>		<p>Access by women to early detection (pap-smear) exams for breast and cervical cancer</p>	<p>Negras 17,2% (n= 56) Brancas 9,7% (n= 164)</p>	<p>6</p>	<p>Branca (Ref.) = 1,0 Negra OR Ajustado = 1,6; IC95% 1,3-2,0</p>	<p>Black women were significantly less likely to have had a pap-smear and/or breast exam than white women. Racial inequalities in access to cancer early detection exams persisted after controlling for age and other socioeconomic factors.</p>

- Brasil	<b>Sample:</b> 2.030 women						
----------	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**Quadro 4.** Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais segundo NEWCASTLE –OTTAWA: Quality Access Scale, adaptada para estudos transversais.

AUTHOR, YEAR	SELECTION				COMPARABILITY		OUTCOME		TOTAL
	Representativeness of the sample	Sample size	Non- respondents	Ascertainment of the exposure	Controls for the most important factor	Control for any additional factor	Assesment of the outcome	Statistical test	
Goes EF et al, 2021	*	*	-	**	*	*	-	*	7
Goes EF et al, 2020	*	*	-	**	*	*	-	*	7
Bairros FS et al., 2011	*	*	-	*	*	*	-	*	6

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**Tabela 1.** Características gerais dos estudos empregados na metanálise que se utilizou medidas ajustadas para hospitalização. (N= 34).

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de desenho de estudo</b>		
Transversal	3	100
<b>Região</b>		
Nordeste	2	66,67
Sul	1	33,33
<b>Tamanho da amostra</b>		
≤ 2.030	1	33,33
> 2.030	2	66,67
<b>Qualidade Metodológica do estudo</b>		
Moderada 4-6 pontos	1	33,33
Alta ≥ 7 pontos	2	66,67
<b>Ano de publicação do estudo</b>		
2011	1	33,33
2020	1	33,33
2021	1	33,33
<b>Financiamento do estudo</b>		
Sim	2	66,67
Não	0	0
Não relatado	1	33,33
<b>Emprego de confundidor na análise</b>		
Sim	3	100

Não	0	0
-----	---	---

---

Fonte: Elaborado pelas autoras (2022).

**ARTIGO 02**

## **Frequência de Visitas Domiciliares de Profissionais da Atenção Primária à Saúde: Há Diferenças Entre Mulheres Pretas e Brancas?**

Autores:

1. Francynne da Silva Silva. Mestranda Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. e-mail: francynnedasilva@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6804-8751>.

Contribuição: Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

2. Elivan Silva Souza. e-mail: elivan-silva@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5143-2362>. Contribuição: Contribuiu substancialmente para a Análise e interpretação dos dados; e Revisão e Aprovação final da versão a ser publicada.

3. Ellen de Moraes Guedes. Acadêmica do departamento de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. e-mail: ellen.moraes.guedes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5567-8789>. Contribuição: Contribuiu significativamente na elaboração da Redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito.

5. Simone Seixas da Cruz. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. e-mail: simone.seixas1@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9410-5676>. Contribuiu substancialmente para a Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados; Redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e Aprovação final da versão a ser publicada.

### **Resumo**

**Introdução:** As mulheres pretas no Brasil enfrentam desafios significativos no acesso a serviços de saúde adequados e suficientes, o que viola seu direito constitucional. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada ao serviço, desempenha um papel crucial na identificação dos determinantes sociais da saúde e na luta contra as desigualdades. Neste contexto, as visitas domiciliares realizadas por profissionais da APS têm o potencial de contribuir com o acesso igualitário e efetivo aos serviços de saúde para todas as brasileiras.

**Objetivo:** Investigar a associação entre a baixa frequência de visitas realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), segundo a raça/cor da pele/etnia no Brasil **Materiais e Métodos:** Este estudo é de natureza quantitativa e analítica, utilizando dados secundários, obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

de 2019. A amostra do estudo incluiu apenas mulheres adultas autodeclaradas pretas ou brancas, com idades entre 18 e 59 anos, residentes em domicílios particulares permanentes em todo o território brasileiro. Foi realizada a correção do desenho amostral complexo antes da análise dos dados. Em seguida, utilizou-se a modelagem de regressão logística para estimar a medida *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%). Também foi utilizada a modelagem de Poisson, com variância robusta, para estimar a razão de prevalência como medida de associação e sua medida de variabilidade. Todas as medidas estimadas foram ajustadas por covariáveis com potencial de confundimento e investigadas de acordo com subgrupos de local de moradia (rural ou urbana). **Resultados:** A amostra total da pesquisa consistiu em 66.395 mulheres adultas, sendo a maioria composta por mulheres brancas (78,8%) e uma pequena parcela de pretas (21,2%). A maioria das mulheres (55,9%) recebeu menos de duas visitas domiciliares realizadas por ACS ou membros da ESF, nos últimos 12 meses. As medidas de associação bruta entre ser preta e ter baixa frequência de visitas domiciliares foram positivas e estatisticamente significantes [(OR= 2,21 IC95% 1,10-4,45); (RP= 1,37 IC95% 1,06-1,77)] e persistiram mesmo após ajuste para idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual, percepção da condição de saúde. **Conclusões:** Mulheres pretas tiveram maior ocorrência de baixa frequência de visitas domiciliares pelos ACS ou profissionais da ESF. Os resultados sugerem racismo institucional no acesso aos serviços de saúde e destacam a urgência da formulação e implementação de políticas, programas e ações de saúde com estratégias voltadas à promoção da equidade na prestação de cuidados. Tais achados necessitam de abordagens científicas mais robustas para maior elevar o conhecimento acerca do tema.

**Palavras-chave:** Mulheres. População Negra. Racismo. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdade em saúde. Equidade no Acesso.

## INTRODUÇÃO

A APS é a principal porta de entrada do SUS, deve ser o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Possui papel primordial na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para sua reorganização, expansão e consolidação (BRASIL, 2012; LAVRAS, 2011; FAUSTO; MATTA, 2007). É neste nível da RAS que os níveis de justiça social de um país tornam-se ainda mais visíveis e indicam se as políticas públicas de saúde estão agindo ou não sob os determinantes estruturais e sociais da saúde.

No Brasil, mais de 190 milhões de pessoas são atendidas pelo SUS, representando a maioria da população (BRASIL, 2021). Em 2019, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que 71,5% dos atendidos, correspondendo a mais de 150 milhões de pessoas, não possuem acesso à saúde suplementar e dependem exclusivamente do SUS. Nesse mesmo ano, foram identificadas disparidades significativas em termos raciais, regionais, etárias e socioeconômicas: pessoas negras, residentes nas regiões Norte e Nordeste, crianças e jovens (até 29 anos de idade), com baixa escolaridade, apresentam menor cobertura de planos de saúde e são os que mais dependem do SUS (IBGE, 2020).

No entanto, a dependência supracitada não garante efetivamente o direito à saúde, pois uma grande parcela dessa população enfrenta dificuldades de acesso e não consegue utilizar os serviços de saúde de maneira adequada e suficiente, devido a fatores regionais, socioeconômicos e/ou étnico-raciais (COBO; CRUZ; DICK, 2021; LOPES, 2005; STOPA et al., 2017).

Diversas pesquisas têm investigado o acesso e a utilização dos serviços de saúde no Brasil, abrangendo diferentes dimensões e determinantes, como as necessidades de saúde, características demográficas, fatores socioeconômicos, culturais, políticos, sistemas de saúde, gênero e etnia (IBGE, 2020; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ASSIS; DE JESUS, 2012). Esses estudos demonstram que a interação entre determinantes individuais ou coletivos em saúde pode criar barreiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, especialmente para populações vulneráveis, como as mulheres negras, resultando em desigualdades e iniquidades, principalmente na Atenção Primária à Saúde (LIMA et al., 2015).

O racismo se constitui como um grave problema de saúde pública no Brasil e, quando somado a outros determinantes e sistemas de subordinação, como gênero e classe social (BATISTA; BARROS, 2017; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; CRENSHAW, 2002), acentua

as desigualdades e iniquidades em saúde que incidem fortemente sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Estudos têm apontado iniquidades raciais e de gênero entre as mulheres negras e brancas no país, que perpassam pelo ingresso e uso dos serviços até a obtenção de informações básicas e imprescindíveis para a tomada de decisões no âmbito da sua própria saúde (CAMPOS *et al.*, 2020).

Em diferentes regiões do país, as mulheres pretas e pardas têm tido experiências desiguais e apresentado desfechos quase sempre desfavoráveis quando comparadas às mulheres brancas nos serviços de saúde. São as que, por exemplo, possuem menores níveis de acesso aos serviços e atenção à saúde considerados adequados e as que menos avaliam seus estados de saúde como bom ou muito bom (GOES; NASCIMENTO, 2013; COBO; CRUZ; DICK, 2021; DINIZ *et al.*, 2016; BATISTA *et al.*, 2016; LESSA *et al.*, 2022; COELHO *et al.*, 2022); apresentam os maiores riscos de morte materna, homicídios, acidentes de transporte, doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, hipertensivas, diabetes e tuberculose (SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; MARTINS; TANAKA, 2000). Pode-se observar também que o racismo fenotípico acentua tais iniquidades, isto é, quanto mais escura a cor de pele, piores tendem a ser o acesso e as condições de saúde entre as mulheres pretas.

O papel das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenham uma potente influência na redução e eliminação das desigualdades e iniquidades em saúde. A proximidade desses profissionais com os territórios e a população adscrita permite o reconhecimento de risco à saúde e o melhor planejamento de intervenções baseadas nas necessidades dos usuários e coletivos (MACHADO; TEIXEIRA; POSSA, 2020; ALMEIDA; PERES; LIMA, 2019; KESSLER *et al.*, 2022).

Neste contexto, as visitas domiciliares dos ACS e dos demais profissionais da APS contribuem para a identificação de situações como por exemplo violência doméstica, abuso de substâncias, negligência e violência contra mulheres. Assim, os profissionais de saúde podem atuar como agentes de proteção, acionando os serviços de assistência social e encaminhando os casos para as autoridades competentes.

Sabe ainda que a atividade de visita domiciliar desempenha um papel fundamental na criação e fortalecimento do acolhimento e do vínculo entre profissionais de saúde e famílias. Durante essas visitas, há a oportunidade de estabelecer um diálogo, compreender as necessidades das famílias e auxiliar na resolução dos problemas enfrentados. A visita domiciliar também proporciona uma chance única de incentivar a autonomia da comunidade e

das famílias em relação à sua própria produção de saúde, promovendo a capacidade do autocuidado. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar a associação entre a baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou algum membro da Equipe de Saúde da Família (ESF) e ser mulher preta no Brasil, no âmbito da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, transversal, com caráter analítico. Para este estudo, foi empregado o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS).

A PNS é de base domiciliar, de âmbito nacional e resultante da necessidade de ampliar a investigação temática dos Suplementos de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cujo objetivo era atender prioridades do Ministério da Saúde no que se refere ao desenvolvimento de maiores e novos conhecimentos acerca das condições de vida e a saúde da população brasileira, subsidiando, assim, a reformulação e a avaliação de políticas públicas para esse setor (IBGE, 2020). Atualmente, a PNS tem um intervalo de realização previsto para cada cinco anos.

A PNS 2019 já foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde – CNS, em agosto de 2019, nº 3.529.376 e obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos sujeitos de pesquisa sua voluntariedade, sigilo de identidade e dos dados pessoais de todos os participantes (IBGE, 2020; STOPA et al., 2020).

### *Participantes Plano Amostral*

O cálculo do tamanho da amostra da PNS 2019 seguiu alguns critérios específicos para uma amostra complexa. A PNS 2019 sendo uma pesquisa domiciliar, o seu plano amostral empregado foi o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPAs). No primeiro estágio, os Setores Censitários ou conjunto de setores formaram as unidades primárias de amostragem; os domicílios foram as unidades de segundo estágio; e os moradores de 15 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio (IBGE, 2020).

Foram analisados os dados de todas as unidades da federação do país. O Brasil é composto por uma população com diferentes características demográficas, socioeconômicas, culturais e étnico-raciais. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, 48,69% eram mulheres brancas e 7,18% eram mulheres pretas. Números semelhantes foram encontrados na estimativa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNADC/A), realizada em 2021 também pelo IBGE (IBGE, 2010; 2021).

Para o presente estudo, a população alvo foi constituída por mulheres adultas com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 59 anos, autodeclaradas brancas ou pretas, moradoras em domicílios particulares permanentes, pertencentes ao território brasileiro.

As análises dos resultados referentes à frequência de visitas de profissionais da atenção primária à saúde foram conduzidas considerando a amostra complexa da PNS 2019. Para isso, foram utilizados os fatores de expansão ou pesos amostrais dos domicílios e de todos os seus moradores, assim como da moradora selecionada para a entrevista. De acordo com a metodologia descrita por Stopa et al. (2020), os pesos dos domicílios e de todos os seus moradores foram calculados levando em conta o peso da unidade primária de amostragem correspondente (ou seja, o setor censitário correspondente) multiplicado pelo inverso da probabilidade de seleção do domicílio dentro da unidade primária de amostragem. Esses pesos foram ajustados para corrigir possíveis não respostas e calibrar as estimativas com os totais populacionais conhecidos de outras fontes. É essencial ressaltar que esses pesos foram considerados na análise das questões relacionadas à frequência de visitas de profissionais da atenção primária à saúde. Além disso, os estratos definidos no plano amostral foram levados em consideração, e a expansão amostral foi realizada utilizando o comando *svy*, disponível no programa *Stata* 16, aplicado em todas as análises realizadas.

### *Levantamento dos Dados*

Os dados foram extraídos do banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do ano de 2019. De acordo com a proposição de interesse para este estudo, as variáveis extraídas foram escolhidas dentre os módulos dos questionários que compõem a PNS. A extração dessas informações foi realizada pelas pesquisadoras, após a definição de todas as variáveis. As variáveis da PNS 2019 selecionadas para este estudo foram originadas das partes de identificação, controle, domicílio, visitas domiciliares da Equipe de Saúde da Família, características gerais dos moradores, rendimentos domiciliares e percepção do estado

de saúde. O quadro 1 (Material suplementar - Quadro 01) apresenta os módulos temáticos da PNS 2019, com destaque em verde para os módulos selecionados para este estudo.

*Variável Dependente - Baixa frequência de visitas de algum Agente Comunitário de Saúde ou algum membro da Equipe de Saúde da Família*

A variável dependente considerada foi a baixa frequência de visitas de profissionais de saúde, definida quando o número de visitas realizadas por ACS ou outro profissional da ESF, era inferior a 2 visitas nos últimos doze meses ao domicílio (período de referência da PNS), de acordo com a declaração das pessoas que participaram do estudo.

*Definição das Variáveis Predictoras*

*Variável Independente Principal*

A variável raça/cor da pele/etnia preta foi considerada independente principal nos modelos de análise. A classificação para este quesito foi baseada na autodeclaração (BRASIL, 2010), de uma das seguintes categorias: branca ou preta.

A soma de pretas e pardas constitui a população de mulheres negras brasileiras. Diferentemente de outros países, no Brasil, o racismo se expressa a partir do fenótipo, quanto mais escura for a cor da pele e os traços negros mais notáveis, maiores são os efeitos do racismo nos desfechos em saúde e no acesso aos serviços de saúde das mulheres negras. Por esta razão, no presente estudo, as mulheres autodeclaradas pardas foram excluídas da amostra com objetivo de avaliar e compreender as disparidades raciais entre mulheres negras de pele mais escura, ou seja, autodeclaradas pretas.

*Covariáveis*

Outras variáveis demográficas e socioeconômicas foram utilizadas para avaliar sua influência na associação estudada. As covariáveis da PNS 2019 selecionadas para este estudo foram originadas das partes de identificação, controle, domicílio e características gerais dos moradores, rendimentos domiciliares e percepção do estado de saúde, são elas: renda mensal habitual (em reais), faixa etária, nº pessoas no domicílio, mora com cônjuge/companheiro, nível de escolaridade, percepção da condição de saúde e local do domicílio.

## *Análise Estatística*

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o pacote estatístico STATA® versão 16 (*StataCorp LLC, College Station, TX, EUA*), Número de série: 301606315062.

Foi estimada a distribuição de todas as variáveis categóricas envolvidas, no que se refere a frequências simples e relativas. Após as estimativas de medidas de tendência central, as variáveis numéricas foram categorizadas pelas suas medianas ou médias, de acordo com sua distribuição.

Inicialmente, para análise de associação bruta foi realizada a modelagem de regressão de logística visando a obtenção da medida *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%), entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares por ACS ou outro membro da ESF. Em seguida, foi aplicada a modelagem de Poisson com variância robusta para obtenção da medida de associação na forma de razão de prevalência e sua medida de variabilidade (COUTINHO; SCAZUFCA; MENEZES, 2008). Em seguida, foi realizada a análise bivariada para identificação de possíveis fatores confundidores da associação sob estudo, com emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Além disso, foi desenvolvido um modelo conceitual para identificar, dentre as covariáveis do estudo, quais apresentavam relevância epidemiológica para a associação entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visita de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Estas covariáveis também foram consideradas como confundidoras ou possíveis modificadoras de efeito (ROTHMAN *et al.*, 2008).

Para análise multivariada, também foi realizada a modelagem de regressão de logística visando a obtenção das medidas *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), ajustadas pelas covariáveis que apresentaram diferenças significativa na análise bivariada, bem como aquelas que foram consideradas relevantes no modelo conceitual. Em seguida, foi aplicada a modelagem de Poisson com variância robusta para obtenção das medidas de associação na forma de razão de prevalência e suas medidas de variabilidade.

## **RESULTADOS**

A amostra total da pesquisa consistiu em 66.395 mulheres adultas, com idades entre 18 e 59 anos. A maior parte das participantes era branca (78,8%), havendo uma pequena parcela de mulheres pretas (21,2%). A maioria (80%) apresentou até 38 anos e estava na faixa etária de 25 a 54 anos (74,5%). Em relação às visitas domiciliares realizadas por Agente

Comunitário de Saúde (ACS) ou membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos últimos 12 meses, a maioria das mulheres (55,9%) recebeu menos de duas visitas. Além disso, a maior parte das entrevistadas possuía nível de escolaridade até o ensino médio (63%).

Comparadas às mulheres brancas, as pretas eram ligeiramente mais jovens ( $p=0,041$ ), receberam menos de duas visitas domiciliares nos últimos doze meses ( $p=0,024$ ) e possuíam menor nível de escolaridade ( $p=0,012$ ). Não houve diferenças estatisticamente significantes, segundo raça/cor da pele/etnia quanto à distribuição de renda mensal habitual, número de pessoas no domicílio, cônjuge/companheiro no domicílio, percepção da condição de saúde e local do domicílio (Tabela 1), embora as mulheres pretas apresentaram maiores percentuais entre as que recebiam menos de R\$ 2.000,00 reais mensais, moravam com mais de quatro pessoas, não moravam com companheiro, e relataram pior percepção da condição de saúde quando comparadas às brancas.

**Tabela 1.** Distribuição (%) das variáveis segundo a raça/cor da pele/etnia (mulheres pretas e brancas). Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Variáveis	Percentual da amostra Total (%)	Mulheres Pretas (%)	Mulheres Brancas (%)	P
<b>Renda Mensal Habitual (em reais)</b>				
_ 2000,00	85,6	95,35	97,35	0,632
< 2000,00	14,36	4,1	2,6	
<b>Faixa etária</b>				
≤24	24	36,2	19,7	
25 – 54	74,5	61,8	79	<b>0,041</b>
_ 55	1,5	2	1,3	
<b>Nº pessoas no domicílio</b>				
≤ 4	73,5	71,2	74,3	0,633
> 4	26,5	28,8	25,7	
<b>Cônjuge/companheiro</b>				
mora com a pessoa	15,8	8,6	19,0	0,098
não mora com a pessoa	84,2	91,4	81,0	
<b>Nível de Escolaridade</b>				
<até ensino médio	63,5	77,1	58,7	<b>0,012</b>
≥ Ensino superior	36,5	22,9	41,3	
<b>Percepção da Condição de Saúde</b>				
regular ou pior	63,4	66,2	62,4	0,623
muito boa ou boa	36,6	33,8	37,6	
<b>Local do Domicílio</b>				
Urbana	80,9	84,7	79,5	0,310
Rural	19,1	15,3	20,5	

**Frequência de visita profissional/mês**

_ 2 vezes	44,1	30,3	49,1	<b>0,024</b>
<2 vezes	55,9	69,7	50,9	

Fonte: PNS/IBGE/MS - Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

As medidas de associação brutas entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares de algum ACS ou algum membro da ESF foram positivas e estatisticamente significantes [(OR= 2,21 IC95% 1,10-4,45); (RP= 1,37 IC95% 1,06-1,77)]. As covariáveis idade e nível de escolaridade foram consideradas possíveis confundidoras por critério empíricos ( $p < 0,05$ ) e tanto renda mensal habitual quanto percepção da condição de saúde foram incluídas como confundidoras de acordo com o modelo conceitual.

A Tabela 2 apresenta as medidas de associação entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares, e seus respectivos intervalos de confiança, ajustadas por idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção da condição de saúde. Apresenta também as mesmas medidas por subgrupo de local de moradia (urbana ou rural). Observou-se que houve associação entre raça/cor da pele/etnia preta e baixa frequência de visitas domiciliares, mesmo após o ajuste para as confundidoras consideradas [(OR= 2,4 IC95% 1,14-5,16); (RP= 1,36 IC95% 1,06-1,74)] independente do local de moradia.

Quando a medida de associação foi estimada por subgrupos de local de moradia, houve associação estatisticamente significativa apenas para o grupo residente na zona rural [(OR= 4,01 IC95% 1,43-11,22); (RP= 2,26 IC95% 1,22-4,21)], mesmo após o ajuste para as confundidoras consideradas. Ou seja, para a zona rural, a prevalência de baixa frequência de visitas domiciliares relatadas pelas mulheres pretas foi o dobro daquela observada entre brancas, ajustando-se por idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção da condição de saúde. A associação não foi estatisticamente confirmada exclusivamente para mulheres que residem na zona urbana, embora a medida pontual aponte que as pretas possuem uma prevalência 23% maior de baixa frequência de visitas domiciliares, realizadas por profissionais da Atenção Primária à Saúde, com os mesmos ajustes (OR= 1,96 IC95% 0,79-4,85; RP= 1,23 IC95% 0,95-1,59).

**Tabela 2.** Associação entre Visita de profissional de Saúde da USF ao domicílio (< 2 nos últimos doze meses) e ser mulher preta, considerando as covariáveis do estudo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

---

OR	[IC95%]	P	RP*	[IC95%]	P
----	---------	---	-----	---------	---

---

<b>Modelo 1*</b>	2,4	[1,14 5,16]	0,021	1,36	[1,06 1,74]	<b>0,016</b>
<b>Modelo 2**</b>	1,96	[0,79 4,85]	0,145	1,23	[0,95 1,59]	0,111
<b>Modelo 3***</b>	4,01	[1,43 11,22]	0,009	2,26	[1,22 4,21]	<b>0,010</b>

\*Modelo 1: Associação entre frequência de visita <2 nos últimos doze meses associado a ser mulher preta ajustado, idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção condição de saúde.

\*\*Modelo 2: Associação entre frequência de visita <2 nos últimos doze meses associado a ser mulher preta ajustado, idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção condição de saúde, considerando apenas mulheres que moram na zona urbana.

\*\*\*Modelo 3: Associação entre frequência de visita <2 nos últimos doze meses associado a ser mulher preta ajustado, idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção condição de saúde, considerando apenas mulheres que moram na zona rural.

\*Regressão de Poisson.

Fonte: Autores.

## Discussão

O presente estudo abordou a associação entre a raça/cor da pele/etnia preta e a baixa frequência de visitas domiciliares de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e membros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados revelaram diferenças significativas entre mulheres brancas e pretas em relação à frequência dessas visitas, sugerindo iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde no âmbito da APS.

Estudos anteriores também destacaram o impacto da raça como um fator limitante e determinante para o acesso e a utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da atenção recebida e da percepção do estado de saúde das mulheres negras (NUNES *et al.*, 2022; DANTAS *et al.*, 2021; ALVES *et al.*, 2021; GOES *et al.*, 2020; NOGUEIRA *et al.*, 2018; AMORIM *et al.*, 2008). Esses achados corroboram com os resultados do presente estudo, evidenciando a desvantagem das mulheres negras em relação às brancas no acesso à atenção integral e serviços de saúde.

Esta investigação apresentou uma expressiva amostra complexa de 66.395 mulheres adultas, com idades entre 18 e 59 anos, que foi devidamente submetida à correção do desenho

amostral, procedimento indispensável para garantir a representatividade adequada da população-alvo e para evitar distorções nos resultados (STOPA, 2020).

A maioria das participantes era branca, enquanto as mulheres pretas apenas representavam 21,2% da amostra, vez que as mulheres pardas foram excluídas. Estudos mostraram desfechos piores para as mulheres pretas quando comparadas às pardas e brancas (PAIXÃO; CARVANO, s.d; RODRIGUES *et al.*, 2021; GOES *et al.*, 2020; FONSECA; KALE; SILVA, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2012; CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2013; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005), trazendo luz a uma das ferramentas do racismo que vem sendo cada vez mais debatida no Brasil, o colorismo (DEVULSKY, 2021). Trata-se de um sistema de hierarquias sociais, baseado na ideia de superioridade branca, que confere privilégios às pessoas fenotipicamente mais claras (pardas) em detrimento das pessoas com pele mais escura (HUNTER, 2007). A exclusão das mulheres autodeclaradas pardas da amostra constitui um ponto forte e contribui para a compreensão das disparidades raciais entre pessoas negras de pele mais escura.

É comum no Brasil, realizar estudos de natureza epidemiológica com a agregação das categorias raciais preta e parda, dificultando a revelação da real condição daquelas pessoas que possuem a pele mais escura. Negros de pele mais escura têm mais risco de experimentar discriminação, maiores dificuldades de acesso e piores condições sociais e de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2020; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; LAGUARDIA, 2004). Para Araújo (2009), a análise e apresentação dos resultados desagregados por categoria racial específica constitui uma ferramenta importante no enfrentamento do racismo em suas múltiplas faces. As expressões de discriminações no acesso aos bens e serviços públicos, em particular os de saúde, nem sempre são uniformes dentro de uma mesma categoria racial, por isso, a estratificação ou desagregação são essenciais para avaliar a existência de um gradiente indicativo de pior desfecho à medida que a cor da pele seja mais escura.

Ainda entre os achados, observou-se que a maior parte das mulheres pretas eram mais jovens, possuíam menor nível de escolaridade e maior proporção de renda mensal habitual menor que R\$ 2.000,00. Além disso, as mulheres pretas apresentaram maiores percentuais entre aquelas que residiam com mais de quatro pessoas, não moravam com um cônjuge/companheiro e relataram uma pior percepção de sua condição de saúde em comparação com as mulheres brancas. Disparidades semelhantes foram encontradas em outros estudos, onde mulheres negras, principalmente as pretas, apresentaram maiores desvantagens sociais e maiores percentuais para o acesso à saúde considerado ruim, em

comparação às brancas (DANTAS *et al.*, 2021, GOES; NASCIMENTO, 2013; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; LESSA *et al.*, 2022).

No contexto rural, a prevalência de baixa frequência de visitas domiciliares relatadas pelas mulheres pretas foi o dobro daquela observada entre brancas, mesmo após ajuste por idade, nível de escolaridade, renda mensal habitual e percepção da condição de saúde. Esse achado ratifica a situação de vulnerabilidade social da mulher preta em relação às mulheres brancas que é ainda mais expressiva nas zonas rurais (IPEA, 2018).

O racismo estrutural é uma realidade presente na sociedade e suas dimensões impactam no acesso e no uso dos serviços de saúde, assim como nas condições de vida, adoecimento e mortalidade da população preta (ALMEIDA, 2019). A interseção do racismo com outras formas de opressão, como gênero, classe social e outras, coloca as mulheres pretas em situações desfavoráveis, diante de cargas múltiplas de discriminação e vulnerabilidades (CRENSHAW, 2002). Os achados deste estudo refletem a dimensão institucional do racismo, sinalizando para a necessidade de instituições de saúde fornecer serviços adequados e profissionais qualificados às pessoas, independente da sua raça/cor da pele/etnia ou cultura (JONES, 2002). Para Wernneck (2016), o racismo institucional não se trata apenas de uma mera insuficiência ou inadequação, mas de um mecanismo performativo, que produz e legitima condutas excludentes e racistas nas instituições, políticas, programas e ações governamentais.

No entanto, este estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas. A natureza transversal dos dados impede a determinação de relações de causa e efeito entre raça/cor da pele/etnia preta e frequência de visitas domiciliares. Além disso, outras variáveis não mensuradas neste estudo, como características individuais e socioeconômicas, podem influenciar na associação observada, como por exemplo, distanciamento do local específico do domicílio até a Sede da Unidade de Saúde ou existências equipamentos que facilitem o deslocamento do profissional de saúde. Portanto, futuras pesquisas devem explorar esses fatores para uma compreensão mais abrangente das desigualdades e iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, a aplicação tanto do modelo de Poisson quanto logística também representa um ponto forte deste estudo, vez que revelam a diferença na magnitude das medidas de associação a depender da estratégia de análise e que este procedimento não pode ser negligenciado em investigações que visem testar hipóteses de associação cujo a variável de interesse não tenha prevalência rara, como foi o caso da baixa frequência de visita domiciliar nesta amostra. Esse aspecto metodológico contribui para a robustez dos resultados

obtidos e aumenta a confiabilidade das conclusões (ZOCCHETTI; CONSONNI; BERTAZZI, 1997).

Em suma, este estudo contribui para a compreensão das desigualdades raciais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, especificamente no contexto das visitas domiciliares realizadas por profissionais da APS. Os resultados destacam a necessidade de ações e política efetivas para o enfrentamento do racismo institucional de saúde, visando a garantia de um atendimento justo, respeitoso e livre de discriminação racial, para a construção de um SUS mais equitativo e inclusivo.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo refletem o impacto dos determinantes estruturais e estruturantes da sociedade, em particular, da raça e do racismo, nas condições de acesso e utilização dos serviços de saúde de mulheres negras. Ainda, destacam a urgência da formulação e implementação de políticas, programas e ações de saúde com estratégias voltadas à eliminação das desigualdades e iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde. É fundamental que essas iniciativas considerem as necessidades específicas das mulheres pretas, levando em conta fatores étnico-raciais, socioeconômicos, culturais e estruturais que possam influenciar a frequência de visitas domiciliares.

A promoção da equidade na prestação de cuidados é essencial para garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde. Neste sentido, sugere-se maior investimento às ações de educação permanente em saúde aos profissionais de todos os níveis de atenção com vistas à desconstrução de preconceitos e estereótipos e à formação de uma prática em saúde antirracista; qualificação do preenchimento do campo raça/cor da pele/etnia em todos os formulários e sistemas de informações utilizados no SUS; e o desenvolvimento de mais estudos rigorosos sobre o impacto da raça/cor da pele/etnia nos desfechos e acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigo 196.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 nov. 2022.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Gender and racial inequalities in the access to and the use of brazilian health services. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHdVj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

LOPES, F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. **Cadernos de saúde pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRyJkXk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MATTA, G. C. **3- Princípios e Diretrizes do Sistema Único De Saúde. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.**, p. 61–80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%c3%adticas%20de%20Sa%c3%bade%20-%20Princ%c3%adpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%c3%9anico%20de%20Sa%c3%bade.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. **Una-Sus**, p. 2021–2023, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendi>. Acesso em: 15 nov. 2022.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1S-10S, 2017. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074-pt.x63890.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074-pt.x63890.pdf). Acesso em: 13 jan. 2023.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2023.

ASSIS, M. M. A.; DE JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LIMA, S. A. V. *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635–656, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/wKGDCzrn5pgT4D4jZz4tbyc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2023.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). Modelos de atenção e a saúde da família, p. 43–67, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39171/Modelos%20de%20Aten%27%20-20Aten%27%20Prim%20ria%20%20Sa%20FAd.pdf?sequence=2> . Acesso em: 20 mar. 2023.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1–5, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qv9LSRPCWytv45yspS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 12 fev. 2023.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vvqBZLq3gjjbGNt3mR6PvS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 12 fev. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CAMPOS, A. A. L. *et al.* Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 66–76, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/f4M3FCYvdLYJ6RVGMqSyHQb/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 jan. 2023.

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 em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 jan. 2023.

BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: Uma proposta de intervenção. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 689–702, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/snLxTz9BcyhyqMqDv6jBkfz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 22 fev. 2023.

LESSA, M. S. DE A. *et al.* Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzJkjbDCRB9xdT3HRVrdv/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 jan. 2023.

COELHO, R. *et al.* Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. **IEPS: São Paulo**, n. 27, p. 1–9, 2022. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS\\_NT27.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf). Acesso em: 13 jan. 2023.

SANTOS, S. M. DOS; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAÚJO, T. V. B. DE. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 87–102, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/x5cR45VBgtp6jbZxdcMscmh/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 18 jan. 2023.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998 TT - Negro women and maternal mortality in the state of Paraná, Brazil, between 1993 and 1998. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**, v. 10, n. 1, p. 27–38, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/39583/42464> . Acesso em: 13 jan. 2023.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. DE C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: Os desafios de se mover no território. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 17, n. 44, p. 61–73, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YBt5R98dMgwPVDpSTWgXGNJ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 22 fev. 2023.

GOMES, K. DE O. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: Reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744–755, 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Sidra - Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/inicial> . Acesso em: 22 fev. 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Sidra - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - PNADC/A 2021**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas> . Acesso em: 22 fev. 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2020315, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RdbtmCHjJGt8xDW6bV3Y6JB/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 21 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. [Brasília, DF]: Presidência da República, [2010]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm). Acesso em: 10 out. 2021.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 992–998, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/XdMZzxdGrSTS77Y8ZgpGdWj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 mai. 2023.

ROTHMAN, Kenneth J. *et al.* **Modern epidemiology**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?id=Z3vjT9ALxHUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=Z3vjT9ALxHUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) . Acesso em: 14 mai. 2023.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Factors associated with poor access to health services in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1–13, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?format=pdf&lang=pt> .  
Acesso em: 13 jan. 2023.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29–44, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/RPRwWHmgPYhPGccjSZmND3R/?format=pdf&lang=pt> .  
Acesso em: 14 mai. 2023.

MACHADO, F. V.; TEIXEIRA, L. B.; POSSA, L. B. Experiência E (Des)Identificação No Enfrentamento De Desigualdades E Preconceitos Na Percepção Dos Agentes Comunitários De Saúde. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 2, p. 891–908, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v25n2/v25n2a32.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2023.

ALMEIDA, J.; PERES, M. F.; LIMA, T. F. The territory and implications of urban violence for the **work process of community health agents in a primary healthcare unit**. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 207–221, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8MJnfvZVYsNdDMqqSq3nHYC/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 mai. 2023.

KESSLER, M. *et al.* Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4253–4263, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2022.v27n11/4253-4263/pt> . Acesso em: 13 jan. 2023.

NUNES, A. L. *et al.* Childbirth care in health services affiliated with the Stork Network in Brazil: the users' perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 1–13, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2022.v38n4/PT228921/pt> . Acesso em: 13 abr. 2023.

ALVES, M. T. S. S. DE B. *et al.* Racial inequality in obstetric good practices and interventions in labor and birth care in rede cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 837–846, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TgWVksQ86KPrsqpVfRsNdKg/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 14 mai. 2023.

GOES, E. F. *et al.* Racial vulnerability and individual barriers for Brazilian women seeking first care following abortion. *Cadernos de Saude Publica*, v. 36, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Gk58HJMk95gYjSqztFm84hS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 abr. 2023.

NOGUEIRA, M. C. *et al.* Racial disparity in 10-year breast cancer survival: A mediation analysis using potential responses approach. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 9, p. 1–15, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BSgbhsqSDGj6vr8kRTmckcP/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 13 abr. 2023.

AMORIM, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2623–2632, 2008. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v24n11/17.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24n11/17.pdf). Acesso em: 14 mai. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Relatório de pesquisa a nova plataforma da vulnerabilidade social: primeiros resultados do índice de vulnerabilidade social para a série histórica da Pnad (2011-2015)**. editores: Bárbara Oliveira Marguti, et al.; Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/170823\\_lancamento\\_ivs\\_metodologia\\_e\\_primeiros\\_resultados.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/170823_lancamento_ivs_metodologia_e_primeiros_resultados.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural** / Silvio Luiz de Almeida. -- São Paulo : Sueli Carneiro ; Pólen, 2019. 264 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro). Acesso em: 20 mai. 2023.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon, Atlanta** v. 50, n. 1, p. 7- 22, 2002.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 15 nov. 2022.

PAIXÃO, M; CARVANO, L. M. **Considerações Sobre o Comportamento dos Indicadores Sociais da População Auto-Declarada Preta e Parda: análise de evidências preliminares.** [s.d.]. Acesso em: 15 mai. 2023.

RODRIGUES, G. M. *et al.* Racial inequalities in advanced clinical staging in women with breast cancer treated at a referral hospital in rio de janeiro, brazil1. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, p. 1–12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5tRySBSgn3MJ7SpCwM5cZQx/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: Acesso em: 20 mai. 2023.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. DA. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro , Brasil : a cor importa ? Prenatal care in women using the Brazilian National Health System ( SUS ) in two maternity hospitals in the State of Rio d. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 209–217, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RTYjLbTGLxhxbhtJSbV85KN/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: Acesso em: 20 mai. 2023.

TEIXEIRA, N. Z. F. *et al.* Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 1, p. 27–35, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/yJwSPCWyRQhBY9qqMXGWYyS/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 mai. 2023.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: Análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1572–1582, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PMDZWmYQq3YnHhW5nnjBndJ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: Acesso em: 20 mai. 2023.

DEVULSKY, Alessandra. **Colorismo**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021.

HUNTER, M. The Persistent Problem of Colorism: Skin Tone, Status, and Inequality. **Sociology Compass** 1/1 p. 237–254, 2007. 10.1111/j.1751-9020.2007.00006.x. Disponível em: [https://projects.iq.harvard.edu/files/deib-explorer/files/the\\_persistent\\_problem\\_of\\_colorism.pdf](https://projects.iq.harvard.edu/files/deib-explorer/files/the_persistent_problem_of_colorism.pdf) . Acesso em: 20 mai. 2023.

GONÇALVES, W. *et al.* Danos causados pelo racismo por meio de termos linguísticos na saúde mental da população negra e a importância da psicologia preta para esse público: uma educação para as escolas. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 11, n. 1, e11125, 2020ISSN 2237-7417| CC BY 4.0. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/22407/13452> . Acesso em: 20 mai. 2023.

LAGUARDIA, J. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n 2, p. 197-234, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fr3nrjXRw8GNKjJRh6DMpkF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 mai. 2023.

ARAÚJO, E. M. *et al.* Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Rev Saúde Pública** 2009;43(3):405-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/x4Hbc77jXBdmbQ9hB9LqVpk/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 mai. 2023.

ZOCCHETTI C, CONSONNI D, BERTAZZI P. Relationship between prevalence rate ratios and odds ratios in crosssectional studies. **Int J Epidemiol** v. 26, p. 220-3, 1997. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/26/1/220/730582?login=false> . Acesso em: 20 mai. 2023.

**Quadro 1.** Descrição dos módulos dos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

<b>Módulo</b>	<b>Descrição</b>
Módulo A	Informações do domicílio
Módulo B	Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias
Módulo C	Características gerais dos moradores
Módulo D	Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade
Módulo E	Trabalho dos moradores do domicílio
Módulo F	Rendimentos domiciliares
Módulo G	Pessoas com deficiências
Módulo I	Cobertura de plano de saúde
Módulo J	Utilização de serviços de saúde
Módulo K	Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais de idade
Módulo L	Crianças com menos de 2 anos
Módulo M	Outras características do trabalho e apoio social
Módulo N	Percepção do estado de saúde
Módulo O	Acidentes
Módulo P	Estilos de vida
Módulo Q	Doenças crônicas
Módulo R	Saúde da mulher

Módulo S	Atendimento pré-natal
Módulo U	Saúde bucal
Módulo Z	Paternidade e pré-natal do parceiro
Módulo V	Violências
Módulo Y	Atividade sexual
Módulo AA	Relações e condições de trabalho
Módulo X/H	Atendimento médico
Módulo W	Antropometria

Fonte: PNS 2019 (IBGE, 2020a).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação investigou as iniquidades raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde entre mulheres. Os resultados encontrados confirmaram que a raça/cor de pele/etnia negra esteve associada a desfechos negativos relacionados ao acesso/utilização dos serviços de saúde no Brasil e que as mulheres pretas tiveram maior ocorrência de baixa frequência de visitas domiciliares pelos ACS ou profissionais da ESF. Para além disso, evidenciam o quanto o racismo, principalmente na dimensão institucional, é determinante e uma barreira ao acesso aos serviços de saúde às mulheres negras. Destaca-se a necessidade de mais estudos rigorosos para elucidar a influência da raça/cor e de elaboração de políticas públicas voltadas à promoção da equidade na prestação de cuidados.

A aplicação do conhecimento proveniente desta dissertação nas 18 Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul é de extrema relevância para promover a equidade étnico-racial no sistema de saúde e melhorar a atenção à saúde das mulheres negras. A lacuna existente entre os estudos e ações de atenção à saúde para mulheres negras enfatiza a necessidade de implementar políticas e programas específicos que considerem as particularidades desse grupo populacional. Através da tradução do

conhecimento desta dissertação para a prática, espera-se sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e demais envolvidos na tomada de decisões sobre a importância de enfrentar as desigualdades raciais na área da saúde.

Dentre as ações que podem ser propostas a partir deste conhecimento, destaca-se o fortalecimento da capacitação dos profissionais de saúde em questões de saúde da população negra, proporcionando um atendimento mais adequado e culturalmente sensível. Também é crucial promover campanhas de conscientização e informação para a população, buscando reduzir estigmas e preconceitos que podem afetar o acesso aos serviços de saúde. Além disso, a revisão sistemática com metanálise evidencia a necessidade de direcionar recursos para áreas onde as disparidades de saúde são mais acentuadas, garantindo um acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as mulheres, independentemente de sua origem étnico-racial.

Nessa perspectiva, a gestão da Área Técnica de Saúde da População Negra e suas Coordenadorias Regionais de Saúde do RS podem desempenhar um papel fundamental na condução de ações voltadas à promoção da equidade étnico-racial no sistema de saúde. É essencial criar parcerias com organizações da sociedade civil, movimentos de mulheres negras e outras instâncias governamentais para fortalecer essa agenda e garantir que as políticas de saúde sejam inclusivas e atendam às necessidades específicas das mulheres negras. Vamos à luta!

## REFERÊNCIAS

- MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; LEVIN, J. **As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, p. 1–10, 2008. Disponível em: [http://www.nepp-dh.ufrj.br/ole/textos/monteiro\\_as\\_mulheres.pdf](http://www.nepp-dh.ufrj.br/ole/textos/monteiro_as_mulheres.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.
- AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte (MG): Letramento Justificando, 2018. 144p.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural** / Silvio Luiz de Almeida. -- São Paulo : Sueli Carneiro ; Pólen, 2019. 264 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro).
- ASSIS, M. M. A.; DE JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde:** Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- BAIROS, F. S. et al. **Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil.** *Cadernos de Saude Publica*, v. 27, n. 12, p. 2364–2372, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4H5TYBd4NtcGgXYKPrGLrHz/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- BARATA, R. B. **Acesso e uso de serviços de saúde:** considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *Sao Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 19–29, 2008. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02\\_02.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf). Acesso em: 07 out. 2022.
- BARATA, RB. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. *Temas em Saúde collection*. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. **Enfrentando o racismo nos serviços de saúde.** *Cadernos de Saude Publica*, v. 33, p. 1–5, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qv9LSRPCWytv45yspS/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- BERNARDES, A. C. et al. **Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25108701/>. Acesso em: 06 out. 2022.
- BRASIL. **Decreto nº 65.810, de 8 de Dezembro de 1969.** Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D65810.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html). Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo 196. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 nov. 2022.

Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 821 p. : il.. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2005-uma-analise-da-situacao-de-saude.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf). Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 386 p. : il. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2015-2016-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-da-epidemia-pelo-virus-zika-e-por-outras-doencas-transmitidas-pelo-Aedes-aegypti.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de

desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 426 p.:il. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-Desafios-objetivos-desenvolvimento-sustetantavel.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos.** Una-Sus, p. 2021–2023, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2022.

CAMPOS, A. A. L. et al. **Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família.** *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 66–76, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/f4M3FCYvdLYJ6RVGMqSyHQb/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ.** *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CARVALHO, P. I. DE et al. **Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo.** *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 29, n. 1, p. e2019185, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n1/e2019185/pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2020.** p. 96, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/200826\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência.** p. 108, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. **Gender and racial inequalities in the access to and the use of brazilian health services.** *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 15 nov. 2022.

COLLINS, Patricia Hill. **Interseccionalidade** [recurso eletrônico] / Patricia Hill Collins, Sirma Bilge; tradução Rane Souza. - 1.ed. - São Paulo: Boitempo, 2020. Disponível em: [http://www.ser.puc-rio.br/2\\_COLLINS.pdf](http://www.ser.puc-rio.br/2_COLLINS.pdf). Acesso em: 01 out. 2023.

COMISSÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - CDSS. **Organização Mundial da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, 2010. Disponível em: [https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio\\_Final\\_OMS\\_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio_Final_OMS_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 19 nov. 2022.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016, 244p.

DINNES, J. et al. (2005). **A methodological review of how heterogeneity has been examined in systematic reviews of diagnostic test accuracy.** *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 9(12), 1–113, iii. Disponível em: <https://doi.org/10.3310/hta9120>. Acesso em: 15 nov. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil.** *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, v. 37, n. 3, p. 140–7, 2015. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a03.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

EGGER, M.; ALTMA, D. G. (2001). **Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context.** (2º ed). BMJ Publishing Group.

EGGER, M. et al. (1997). **Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test.** *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7109), 629–634. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FIGUEIREDO, Â.; GROSFOGUEL, R. **Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário.** *Sociedade e Cultura*, v. 12, n. 2, p. 223–234, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/9096/6270>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GALVÃO et al. **Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social:** uma revisão de escopo. *Saúde Soc.* São Paulo, v.30, n.2, e200743, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2022.

GÓES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís E.; LOPES, Fernanda (orgs.). **Saúde da população negra** (Negras e negros: pesquisa em debates), p. 255-265. Petrópolis, RJ; Brasília, DF: ABPN, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

GÓES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde:** uma perspectiva interseccional / Emanuelle Freitas Góes. -- Salvador: E.F.Góes, 2018. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29007/1/TESE%20Emanuelle%20Freitas%20Goes.%202018.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (2011). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. (5.1.0). Cochrane Collaboration.** Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v5.1/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

HIRANO, L. F. K; ACUÑA, M.; MACHADO, B. F. **Marcadores sociais das diferenças:** fluxos, trânsitos e intersecções. [s.l: s.n.]. Disponível em: [https://www.google.com/url?q=https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/marcadores\\_sociais\\_das\\_diferencas.pdf&sa=D&source=docs&ust=1668527862987467&usg=AOvVaw3ExWIX1ahmSD58GfBJcMCy](https://www.google.com/url?q=https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/marcadores_sociais_das_diferencas.pdf&sa=D&source=docs&ust=1668527862987467&usg=AOvVaw3ExWIX1ahmSD58GfBJcMCy). Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas, v. 41, p. 1–12, 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Trabalho, renda e moradia: desigualdades entre brancos e pretos ou pardos persistem no país.** Estatísticas Sociais IBGE, p. 1–9, 2020a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais#:~:text=Destaques,foi%20de%2034%2C5%25>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Manual Básico da Entrevista. Pesquisa Nacional de Saúde Contínua.**, 2021a. Disponível em:

[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos\\_de\\_coleta/doc5591.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5591.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021b / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2021b. 206 p. : il. - (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 44). Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/12/Sintese-de-Indicadores-Sociais-Uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populacao-brasileira-2021.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Relatório de pesquisa a nova plataforma da vulnerabilidade social:** primeiros resultados do índice de vulnerabilidade social para a série histórica da Pnad (2011-2015). editores: Bárbara Oliveira Marguti, et al.; Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/170823\\_lancamento\\_ivs\\_metodologia\\_e\\_primeiros\\_resultados.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/170823_lancamento_ivs_metodologia_e_primeiros_resultados.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

JONES, C. P. **Confronting institutionalized racism.** *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vvqBZLq3gjjbGNt3mR6PvS/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LEAL, M. C. et al. **The color of pain:** Racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 33, n. Supplement 1, p. 1–17, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2022.

LESSA, M. S. A. et al. **Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):3881-3890, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzJkjbDCRB9xdT3HRVrdv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2022.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BATISTA, Luís Eduardo e KALCKMANN, Suzana (org.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. 232 p. (Temas em Saúde Coletiva 3). Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec\\_saude\\_sp\\_saudepopnegra.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf). Acesso em: 07 out. 2022.

LOPES, F. **Beyond the numbers barrier:** racial inequalities and health. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTsZrYSPTdJRyJkXk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LOPES, C. S. et al. **Trend in the prevalence of depression and correlates in Brazil: results from the National Health Surveys 2013 and 2019.** 2021; Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2388/4070>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MARTINS, A. L. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZXLL6R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998 TT** - Negro women and maternal mortality in the state of Paraná, Brazil, between 1993 and 1998. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum, v. 10, n. 1, p. 27–38, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/39583/42464>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MATTA, G. C. 3- Princípios e Diretrizes do Sistema Único De Saúde. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.**, p. 61–80, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MENDES, M.G.; MARQUES, M. C. C. ; SCHUCMAN, L.V. Raça e racismo na formação em saúde: do conceito à práxis. In: André Mota, Maria Gabriela S. M. C. Marinho; Lília Blima Schraiber. (org.). **Educação, Medicina e Saúde: Tendências Historiográficas e Dimensões Interdisciplinares.** 1ed.Santo André: UFABC, 2018, v. 10, p. 79-106. Disponível em: [https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu\\_162\\_miolo\\_medicina\\_v10\\_divulg.pdf#page=81](https://www.fm.usp.br/museu/conteudo/museu_162_miolo_medicina_v10_divulg.pdf#page=81). Acesso em: 19 nov. 2022.

MCGOWAN, J. et al. **PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement.** Journal of clinical epidemiology, v. 75, p. 40–46, jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27005575/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MODESTI, P. A. et al. (2016). **Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis.** PloS One, 11(1), e0147601. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147601>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Tradução . Niterói: EDUFF, 2004. Disponível em: [biblio.fflch.usp.br/Munanga\\_K\\_UmaAbordagemConceitualDasNocoasDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf](http://biblio.fflch.usp.br/Munanga_K_UmaAbordagemConceitualDasNocoasDeRacaRacismoIdentidadeEEtnia.pdf). Acesso em: 20 nov. 2022.

OLIVEIRA, F. O Recorte Racial / Étnico e a Saúde Reprodutiva : mulheres negras. SciELO Books, p. 468, 1999. In: GIFFIN, K.; COSTA, SH., (orgs). **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-23>. pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde.** Genebra, 5 maio 2005. Rascunho. Disponível em: [https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/648440/mod\\_resource/content/1/cursosesp/Textos](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/648440/mod_resource/content/1/cursosesp/Textos)

%20Completos/Rumo%20a%20um%20Modelo%20Conceitual%20para%20Analise%20e%200Acao%20sobre%20DSS.pdf. Acesso em: 22 jan. 2023.

OUZZANI, M. et al. (2016). **Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews**. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4> . Acesso em: 15 nov. 2022.

PAGE, M. J. et al. **The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews**. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PERPÉTUO, I. H. O. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva**. *Jornal da Rede Feminista de Saúde, São Paulo*, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1051/1016>. Acesso em: 11 nov. 2020.

RENNA JUNIOR, N. L.; SILVA, G. A. E. **Late-Stage Diagnosis of Breast Cancer in Brazil: Analysis of Data from Hospital-Based Cancer Registries (2000-2012)**. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Mar;40(3):127-136. English. doi: 10.1055/s-0038-1624580. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29510437. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/YZpNXdZTjYWXMJkStfnhNML/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 06 out. 2022.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL – SEPPIR. **Racismo Como Determinante**. 2011. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2020/11/DOC\\_0013-2.pdf](https://fpabramo.org.br/csbn/wp-content/uploads/sites/3/2020/11/DOC_0013-2.pdf) . Acesso em: 19 nov. 2022.

SILVA, Joselina; PEREIRA, Amauri M. **O movimento de mulheres negras: escritos sobre os sentidos de democracia e justiça social no Brasil**. Belo Horizonte: Nandyala, 2014.

SILVA, V. C.; SILVA, W. S. **Marcadores sociais da diferença: uma perspectiva interseccional sobre ser estudante negro e deficiente no Ensino Superior brasileiro**. *Revista Educação Especial*, v. 31, n. 62, p. 569, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3131/313158892006/html/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVEIRA, M. F. et al. **Diferenciais socioeconomicos na realização de exame de urina no pré-natal**. *Revista de Saude Publica*, v. 42, n. 3, p. 390–395, 2008. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v42n3/6475.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v42n3/6475.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 19 nov. 2022.

SOUTA, L. Da raça ao racismo. In **O que é a raça? Um debate entre antropologia e a biologia** (pp. 43-50), (1997). Lisboa: Espaço OIKOS. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24104/1/Da%20ra%3%a7a%20ao%20racismo%20-%20pp.%2043-50.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2022.

SOUSA, N.S. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social** / Neusa Santos Souza. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. Coleção Tendências; v. 4.

STOPA, S. R. *et al.* **Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 1S-10S, 2017. Disponível em: [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074-pt.x63890.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074-pt.x63890.pdf). Acesso em: 13 jan. 2023.

TEIXEIRA, N. Z. F. *et al.* **Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso.** Revista Brasileira de Saude Materno Infantil, v. 12, n. 1, p. 27–35, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/yJwSPCWyRQhBY9qqMXGWYyS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. **The vulnerability of afro-brazilian women in perinatal care in the unified health system: Analysis of the active ombudsman survey.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 23, n. 11, p. 3505–3516, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WELLS, G. *et al.* **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.** The Ottawa Hospital: Research Institute. Disponível em: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp). Acesso em: 15 nov. 2022.

ZHANG, J.; YU, K. F. (1998). **What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes.** JAMA, 280(19), 1690–1691. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.280.19.1690>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WERNECK, J. **Racismo institucional e saúde da população negra.** Saude e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WERNECK, J. **Jurema Werneck: "Somos herdeiras de mulheres que construíram a própria força".** [Entrevista concedida a] Mariana Pitasse. Brasil de Fato. Rio de Janeiro | 27 de Julho de 2016. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/07/27/jurema-werneck-somos-herdeiras-de-mulheres-que-construiram-a-propria-forca/>. Acesso em: 22 jul.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health.** s.d. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Acesso em: 18 nov. 2022.

**ANEXOS**

## ANEXO A - Certificado de trabalho científico apresentado



### I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DEMOCRACIA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL, ACESSO E DESIGUALDADES EM SAÚDE NO CONTEXTO PÓS-PANDÊMICO



## CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **A INFLUÊNCIA DA RAÇA/COR NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE MULHERES** dos autores **Francyne Da Silva Silva, Marcela Reis Vieira, Ana Claudia Moraes Godoy Figueiredo e Simone Seixas da Cruz**, foi apresentado na modalidade **Trabalho científico - "VÍDEO- POSTER"**, no I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia ocorrido de 26 a 29 de Outubro de 2022.

Porto Seguro, 30 de Outubro de 2022.

Verifique o código de autenticidade 4186711.2058578.924049.5.51745529010418239380 em  
<https://www.even3.com.br//documentos>

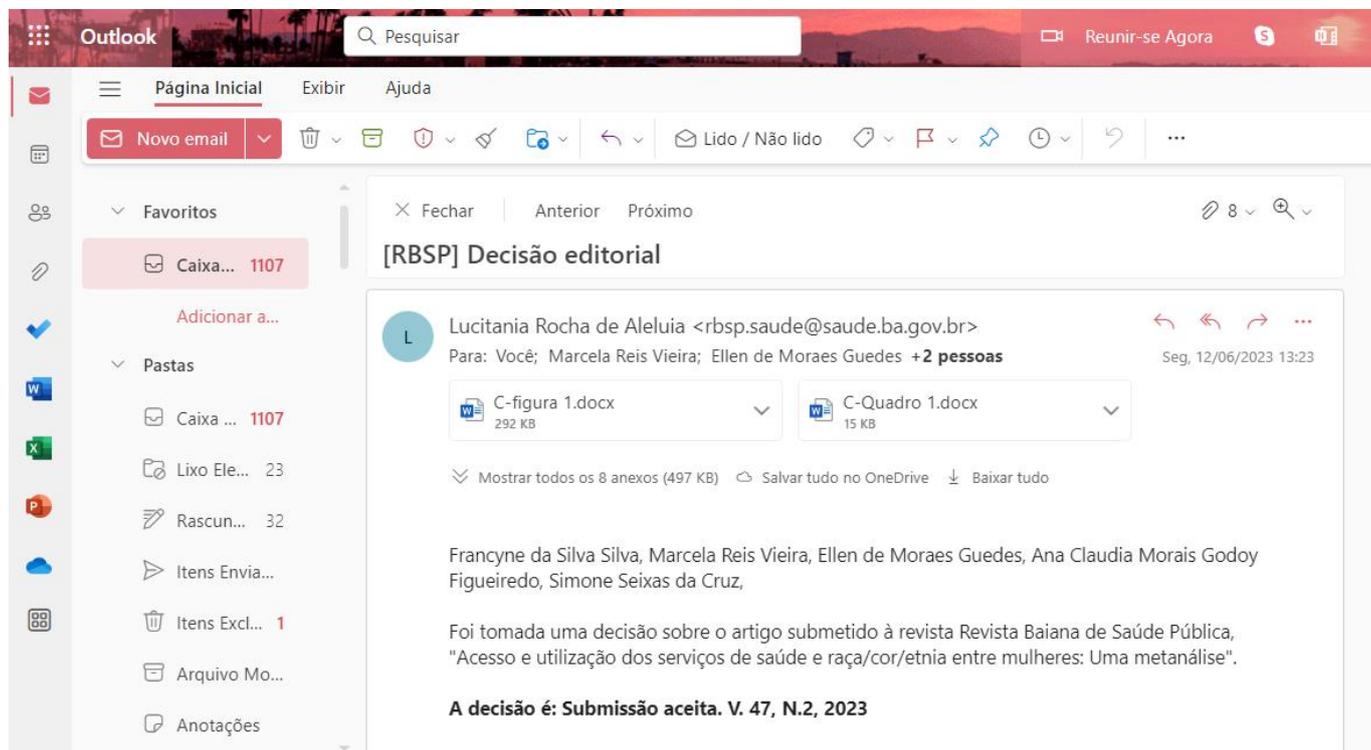
**Lina Faria**  
Coordenadora do PROFSAUDE/UFSB

**Rocio Elizabeth Chavez Alvarez**  
Presidente da Comissão Organizadora

**Paula Hayasi Pinho**  
Coordenadora do PROFSAUDE/UFRB



## ANEXO B – Decisão editorial sobre o artigo submetido à Revista Baiana de Saúde Pública



The screenshot displays the Outlook web interface. The top navigation bar includes the Outlook logo, a search bar labeled 'Pesquisar', and a 'Reunir-se Agora' button. The main interface is divided into a left sidebar with navigation options like 'Página Inicial', 'Exibir', and 'Ajuda', and a central content area. The email being viewed is titled '[RBSP] Decisão editorial' and is from Lucitania Rocha de Aleluia (lucitania@saude.ba.gov.br), dated Monday, 12/06/2023 at 13:23. The email body contains two Word document attachments: 'C-figura 1.docx' (292 KB) and 'C-Quadro 1.docx' (15 KB). Below the attachments, the text of the editorial decision is provided, mentioning the recipient's name and the journal details.

**Outlook** | Pesquisar | Reunir-se Agora

Página Inicial | Exibir | Ajuda

Novo email | Lido / Não lido

**[RBSP] Decisão editorial**

Lucitania Rocha de Aleluia <rbsp.saude@saude.ba.gov.br>  
Para: Você; Marcela Reis Vieira; Ellen de Moraes Guedes +2 pessoas  
Seg, 12/06/2023 13:23

C-figura 1.docx (292 KB) | C-Quadro 1.docx (15 KB)

Mostrar todos os 8 anexos (497 KB) | Salvar tudo no OneDrive | Baixar tudo

Francyne da Silva Silva, Marcela Reis Vieira, Ellen de Moraes Guedes, Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo, Simone Seixas da Cruz,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Revista Baiana de Saúde Pública, "Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: Uma metanálise".

**A decisão é: Submissão aceita. V. 47, N.2, 2023**

## ANEXO C - Material didático - Cartilha "Saúde para Mulheres Negras no SUS – Traduzindo a Ciência!"



Saúde para Mulheres Negras no SUS — Traduzindo a Ciência!

### OLÁ, MULHER NEGRA!

Queremos falar com você sobre algo muito importante: o acesso à saúde para todas nós, mulheres negras!

Sabemos que esse assunto é complicado, mas estamos aqui para explicar de forma simples e atual como ele afeta nossas vidas.

Sabemos que ir ao médico ou usar os serviços de saúde nem sempre é fácil. Isso porque muitos fatores, como nossa raça, cor da pele, etnia e até mesmo nosso gênero, influenciam na maneira como somos tratadas e no acesso aos cuidados em saúde.



Saúde para Mulheres Negras no SUS — Traduzindo a Ciência!

Um estudo analisou várias informações para entender melhor essa situação. Primeiro, pesquisadoras buscaram em muitos lugares diferentes para encontrar estudos relevantes. Foram escolhidos apenas três estudos confiáveis para analisar.

E adivinha? Eles mostraram que as mulheres negras, como nós, têm enfrentado mais dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde em comparação com as mulheres brancas.

Essa desigualdade é injusta!



**Todas nós devemos ter a mesma oportunidade de cuidar da nossa saúde.**



Saúde para Mulheres Negras no SUS — Traduzindo a Ciência!

Outro estudo importante analisou uma pesquisa feita com mais de 66 mil mulheres adultas em todo o Brasil. E adivinha o que descobriram? As mulheres negras recebem menos visitas de agentes comunitários de saúde e membros da equipe de saúde da família do que as mulheres brancas.

O mais triste é que essas dificuldades persistem mesmo quando levam em conta outras condições, como a idade, a escolaridade, a renda e a percepção da saúde. Isso significa que é necessário eliminar o racismo das instituições e fazer mais para **garantir que todas as mulheres tenham acesso igualitário aos serviços de saúde.**

**A cor da nossa pele não pode ser um obstáculo para cuidarmos de nós mesmas.** Todas nós temos o direito de receber os mesmos cuidados em saúde e sermos tratadas com respeito, independentemente de nossa cor ou origem.

Saúde para Mulheres Negras no SUS — Traduzindo a Ciência!

Nós, mulheres negras, merecemos atenção e cuidado adequados em todas as unidades e serviços de saúde no SUS. **Não devemos aceitar menos que isso!** Precisamos de ações e políticas públicas que nos incluam e respeitem nossas necessidades específicas.

Vamos lutar juntas por um SUS mais **justo, igualitário, inclusivo e antirracista** para todas nós! Cuidar de si é um ato político e de amor-próprio, e merecemos todo o cuidado e respeito do mundo!

Lembre-se: você não está sozinha!

VAMOS CAMINHAR  
LADO A LADO RUMO  
A UMA SAÚDE  
MELHOR E MAIS  
IGUALITÁRIA PARA  
TODAS NÓS.



Saúde para Mulheres Negras no SUS — Traduzindo a Ciência!

**AQUI ESTÃO ALGUMAS DICAS PARA VOCÊ, MULHER NEGRA, ACESSAR E USAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE:**

- Não tenha medo de falar sobre suas necessidades de saúde aos profissionais do serviço;
- Se você não se sentir confortável com seu profissional de saúde, procure outro;
- Se você se sentir discriminada em razão da sua raça/cor de pele ou qualquer outro motivo, procure a Ouvidoria do seu município/estado e denuncie;
- Não tenha medo de exigir os cuidados em saúde de que você precisa;
- Participe de grupos de apoio para mulheres negras;
- Informe-se sobre seus direitos de saúde.

**Juntas, podemos e vamos fazer a diferença!**

## REFERÊNCIAS

- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Gender and racial inequalities in the access to and the use of brazilian health services. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- LOPES, F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTsrYSPTdJRyJkXk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- Goes EF, Menezes GMS, Almeida M da CC, Araújo TVB de, Alves SV, Alves MTSSB e, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica*. 2020;36(suppl 1).
- Bairros FS de, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2364–72.
- Lessa MS de A, Nascimento ER, Coelho E de AC, Soares I de J, Rodrigues QP, Santos CA de ST, et al. Prê-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Cien Saude Colet*. 2022;27(10):3881–90.
- Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(suppl 1).

Saúde para Mulheres Negras no SUS – Traduzindo a Ciência! está licenciado sob CC BY-SA 4.0© 2 por Francynne da Silva Silva e Simone Seixas da Cruz

