

**“Foi medo, não foi coragem”: iniquidades raciais na assistência obstétrica**

**“It was fear, not courage”: racial iniquities in the obstetric assistance**

**“Fue miedo, no coraje”: iniquidades raciales en la atención obstétrica**

Recebido: 04/12/2020 | Revisado: 09/12/2020 | Aceito: 12/12/2020 | Publicado: 15/12/2020

**Juliana Cristina Nascimento Guimarães**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9819-1463>

Instituto Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [julianacristinna3@gmail.com](mailto:julianacristinna3@gmail.com)

**Andreza Rodrigues**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1873-5828>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [andrezaenfermeira@gmail.com](mailto:andrezaenfermeira@gmail.com)

**Aricele Ferreira dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7711-9769>

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

E-mail: [aricele.ferreira@gmail.com](mailto:aricele.ferreira@gmail.com)

## **Resumo**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem compreensivista, que objetivou explorar a perspectiva de mulheres negras sobre as iniquidades raciais na assistência obstétrica e analisar as suas percepções acerca da assistência recebida durante a gestação, parto e pós-parto. Foram entrevistadas oito mulheres, no período de abril a setembro de 2019, através de entrevistas individuais, utilizando a técnica de entrevista narrativa aberta. Os dados foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo temático. As entrevistadas afirmam que desejam um parto respeitoso e de sua escolha, entretanto, relatam as experiências racistas vividas e estratégias utilizadas durante a gestação para fugir da violência obstétrica. Conclui-se que elas consideram o cenário da assistência obstétrica desigual e mais violento para as mulheres negras, e em seus processos de gestar e parir criam uma rota de fuga dessa violência, em busca de garantir um parto humanizado. Além disso, afirmam que a rede de apoio é fundamental para o protagonismo durante o parto e para a mulher negra essa rede também funciona como fator protetor diante da violência obstétrica.

**Palavras-chave:** Iniquidade social; Assistência ao parto; Grupos raciais; Assistência pré-natal; Saúde da mulher.

### **Abstract**

It is about a descriptive research, of well-informed approach that intended to explore black women perspective about the iniquities in the obstetric assistance and analyze their insight about the assistance received during pregnancy, labor and post-partum. Eight women were interviewed, in the period of April to September of 2019, through individual interviews, making use of the open narrative interview technique. The data was analyzed through theme/category-based content analysis technique. Interviewees affirm that they wish for a respectful labor and that is made by their choice, however, they mention their racist experiences lived and strategies used during the pregnancy to escape from obstetric violence. It is concluded that they consider the obstetric assistance scenario as unequal and violent for the black women, making the process of being pregnant and giving birth an escape from violence and a search to ensure a humanized labor. In addition, they claim that the support network is essential for protagonism during childbirth and for black women this network also works as a protective factor in the face obstetric violence.

**Keywords:** Social iniquity; Labor assistance; Racial groups; Prenatal assistance; Woman's Health.

### **Resumen**

Esta es una investigación descriptiva de abordaje comprensiva, que ha apuntado la perspectiva de las mujeres negras acerca de las iniquidades raciales en la atención obstétrica y analizado sus perpecciones acerca de la asistencia recibida durante el embarazo, parto y posparto. Fueran entrevistadas ocho mujeres, de abril hasta septiembre de 2019, por medio de entrevistas individuales, utilizando la técnica de encuesta narrativa abierta. Los datos han sido analizados por medio de la técnica de la análisis de contenido temático. Las entrevistadas afirman que desean un parto respetuoso y de su elección, sin embargo, relatan sus experiencias racistas vividas y estrategias utilizadas durante el embarazo para huir de la violencia obstétrica. Concluye que ellas consideran el panorama de la atención obstétrica desigual y violento, así el proceso de concebir y parir queda una fuga de la violencia obstétrica y una búsqueda para asegurar un parto humanizado. Además, afirman que la red de apoyo es fundamental para el protagonismo durante el parto y para las mujeres negras esta red también funciona como factor protector frente a la violència obstétrica.

**Palabras clave:** Iniquidad social; Asistencia al parto; Grupos raciales; Asistencia prenatal; Salud de la mujer.

## 1. Introdução

No Brasil a população negra viveu em um movimento contínuo de exclusões sociais, marcado pelo ideal de embranquecimento e por políticas que marcaram este grupo populacional como desigual (Theophilo, 2016). O racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como base, expressada por meio de um processo em que as condições de subalternidade e privilégio que se difundem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos da política, economia e relações cotidianas (Almeida, 2018).

A vivência em condições de marginalidade e o reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil desde a abolição da escravatura até a atualidade ressaltam a importância da discussão e debates sobre a questão étnico-racial na saúde (Theophilo, 2016). As desigualdades segundo raça/cor têm sido documentadas nas pesquisas em saúde, que relatam que os pretos, pardos e indígenas possuem níveis elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis (Diniz, et al, 2016).

Pesquisas que abordam a temática de desigualdades em saúde, afirmam que as pessoas negras, quando comparadas às brancas, apresentam múltiplas desvantagens sociais, sobretudo, em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde (Diniz, et al, 2016). A discriminação de gênero e raça repercute de forma negativa no acesso das mulheres negras nos serviços de saúde, e se perpetua na saúde reprodutiva, revelando que é preciso compreender as opressões, discriminações e preconceitos raciais que a mulher negra sofre e suas implicações sobre a sua saúde (Oliveira, 2017).

Em relação à assistência ao pré-natal e parto, o cenário não é diferente. As iniquidades raciais podem ser aferidas pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil, a precocidade dos óbitos e, nos altos índices de violência urbana que acometem a população negra (Leal, et al, 2017). O relatório Saúde Brasil de 2005 realizou uma análise da condição de saúde referente ao pré-natal, parto e nascimento, segundo a raça, cor etnia, identificou que as gestantes negras morrem mais de causas maternas do que as brancas; os bebês negros possuem menor peso ao nascer e morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição em comparação aos bebês brancos (Brasil, 2013).

Essa disparidade foi identificada em um estudo que afirmou que as negras e pardas tiveram mais dificuldade ao acesso do serviço pré-natal e assistência para o parto, receberam

menos uso de anestésico e a média do peso ao nascer foi significativamente diferente entre as negras e pardas comparadas às brancas (Diniz, et al, 2016). Em relação à saúde reprodutiva, os resultados dos relatórios de comitês de morte materna mostraram que o risco é maior entre as mulheres negras, e as causas apontam que as complicações na gestação ou no parto são devido a falta de acesso ou a qualidade do serviço durante o pré-natal (Batista, Monteiro e Medeiros, 2013).

A falta de estudos sobre a percepção da discriminação racial no âmbito dos serviços de saúde reflete a forma naturalizada pela qual o racismo institucional é tratado pelos pesquisadores, fato que contribui para a reprodução e naturalização das práticas discriminatórias nestes serviços (Batista, Monteiro e Medeiros, 2013). Uma vez que a discriminação tem consequências sobre as condutas e comportamentos ligados à saúde, a redução da vulnerabilidade da população negra a diversos agravos à saúde é desafio de todos, em especial, dos profissionais de saúde (Theophilo, 2016).

A partir de tais premissas, torna-se necessário discutir os sentidos atribuídos pelas mulheres negras à assistência obstétrica considerando sua raça/cor como marcador da experiência. Este artigo parte da perspectiva de mulheres negras que tiveram experiências de parto e analisa as suas percepções sobre a assistência recebida durante a gestação, o parto e o pós-parto, discorrendo sobre como foi sua trajetória durante esse processo e como o cenário obstétrico se apresenta para as mulheres negras no município do Rio de Janeiro.

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensivista. Na qual considera as especificidades das investigações qualitativas, que são mais apropriadas para compreender comportamentos emergidos das relações humanas (Kaufman, 2013). Nesse tipo de abordagem metodológica, ocorre um aprofundamento no mundo dos significados e por não ser um nível de realidade visível, faz-se necessário ser exposta e interpretada pelos pesquisados (Minayo, 2009).

Foram elegíveis à participação na pesquisa mulheres negras com partos realizados entre seis e trinta meses antes do momento da entrevista, indicadas inicialmente por três informantes-chave enfermeiras obstétricas e em seguida por técnica de snowball sampling, que refere-se a um tipo de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo, indicam novos participantes que farão parte da amostra,

que por sua vez indicam novos participantes e assim consecutivamente, até que seja obtida a saturação dos dados (Albuquerque, 2009).

Foram realizadas entrevistas individuais, utilizando a técnica de entrevista narrativa aberta, com apoio de uma pauta temática com tópicos relevantes acerca das percepções da assistência recebida pelas participantes do estudo, com a finalidade de provocar narrativas que permitam que as mulheres discurssem sobre suas experiências de vida (Muylaert, 2014).

Foram entrevistadas oito mulheres, residentes no município do Rio de Janeiro, no período de abril a setembro de 2019. As entrevistas foram concedidas em ambientes escolhidos pelas participantes, em sua maioria na sua própria residência, ou em alguns locais públicos de suas escolhas, e autorizadas a sua gravação em arquivo de áudio digital.

Os dados foram analisados por meio da técnica da análise conteúdo temático, que tem como objetivo a palavra, isto é, o aspecto individual e atual da linguagem, focalizando nos significados atribuídos pelos sujeitos acerca de um determinado fenômeno da realidade. Na qual é constituída pelas seguintes etapas: a) ordenação dos dados, que compreendeu a organização e sistematização das entrevistas; b) classificação dos dados, a partir da leitura exaustiva para identificação das estruturas de relevância, as ideias centrais e os momentos-chave sobre o objeto de estudo, permitindo o agrupamento temático; c) análise final, que culminou na elaboração de sínteses interpretativas (Bardin, 2011; Minayo, 2009).

O estudo foi submetido ao Sistema CEP/CONEP e obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira IFF/Fiocruz – RJ/MS. A pesquisa atendeu a Resolução Nº 510/16 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2013; Brasil, 2017). Todas as participantes receberam as informações necessárias sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa e pesquisadores. Utilizou-se a codificação das participantes de acordo com a ordem de realização das entrevistas, como E1, E2, E3, e assim por diante.

### **3. Resultados e Discussão**

Foram entrevistadas oito mulheres, residentes no município do Rio de Janeiro. Em relação à idade, a média foi de 30,6 anos, variando de 24 a 38 anos. A respeito do estado civil, a maioria são casadas, sendo apenas uma das participantes solteira. Sobre a escolaridade, 4 possuíam ensino superior e 3 concluíram o ensino médio.

Em relação à história obstétrica, a maioria das mulheres são primíparas, 1 secundípara e 1 teve sua terceira gestação. Todas realizaram mais de seis consultas durante o pré-natal, em

sua maioria realizavam em dois locais, no setor privado e público. A maioria realizou o pré-natal com o profissional médico e enfermeiro, e 1 realizou apenas com o profissional enfermeiro.

Em relação ao parto: a maioria teve o parto realizado no setor público, sendo em grande parte desfecho em parto normal e uma cesárea. Dois partos foram em casa e planejados. Cinco tiveram a presença de doula durante o trabalho de parto e parto. A maioria foi assistida pelo profissional enfermeiro durante o parto, e uma por médico e enfermeiro. Como descrito no Quadro 1.

**Quadro 1** - Caracterização das participantes da pesquisa.

<i>Participantes</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Nº de Consultas de Pré-Natal</i>	<i>Local das Consultas</i>	<i>Profissional do Pré-natal</i>	<i>Tipo de Parto</i>	<i>Local/Financiamento do Parto</i>	<i>Presença de Doula</i>	<i>Profissional no Parto</i>
E01	25	Casada	Ens. superior	6 ou mais	Ambos	Ambos	Normal	Público	Sim	Enf.
E02	33	Casada	Ens. superior	6 ou mais	Ambos	Enf.	Normal	Privado (casa)	Não	Enf.
E03	34	Casada	Ens. superior	6 ou mais	Ambos	Ambos	Normal	Privado (casa)	Sim	Enf.
E04	24	Casada	Ens. superior	6 ou mais	Público	Ambos	Normal	Público	Sim	Enf.
E05	38	Solteira	Ens. médio	6 ou mais	Público	Ambos	Cesárea	Público	Não	Ambos
E06	29	Casada	Ens. médio	6 ou mais	Ambos	Ambos	Normal	Público	Sim	Enf.
E07	28	Casada	Ens. médio	6 ou mais	Ambos	Ambos	Normal	Público	Não	Enf.
E08	34	Casada	Ens. superior	6 ou mais	Ambos	Ambos	Normal	Público	Sim	Enf.

Fonte: Autoras (2019).

A partir da análise de conteúdo temática identificou-se a categoria “O caminho para se proteger da violência”, na qual as mulheres descrevem suas perspectivas conceituais sobre a assistência obstétrica, e apresentam a busca por um parto respeitoso e de sua escolha. Essa

categoria trata também das experiências racistas e de violência vividas por essas mulheres e estratégias utilizadas durante a gestação para fugir da violência.

Daqui em diante, três subcategorias orientam a apresentação dos resultados: “Busca pelo parto humanizado e forma de sair do ciclo de violência”, “Rede de apoio para fugir da violência” e “As experiências e o receio de sofrer violência obstétrica”.

A “Busca pelo parto humanizado como forma de sair do ciclo da violência” retrata o desejo das mulheres de um parto normal respeitoso, da procura por profissionais que aceitassem suas escolhas e respeitassem seus direitos.

*Eu gostei muito da assistência do SUS no meu pré-natal e preferi porque durante todo o processo eu tinha o plano de saúde, mas eu não queria ter o parto pelo plano porque eu queria um parto humanizado. (E-04)*

As gestantes buscam um parto humanizado por diversas razões, sendo uma delas devido ao sentimento de medo, pois mesmo mulheres que já haviam parido afirmaram que buscaram o parto fora do ambiente hospitalar para resguardar-se e proteger o recém-nascido dos procedimentos hospitalares (Castro, 2015). A procura por uma assistência humanizada, como parto no SUS, ou procura por parto domiciliar refletem não apenas a busca das mulheres por garantir seu desejo de parto, mas também para não ficarem expostas a violência obstétrica.

*Eu escolhi o parto domiciliar porque eu queria poder escolher a maneira de parir. (...) Eu tive medo de precisar brigar, quando eu falo que pari em casa as pessoas falam “ai, que corajosa”, na verdade foi medo, não foi coragem, porque eu tinha medo de precisar brigar. (E-03)*

Apesar de realizarem atendimento no setor privado, as mulheres relataram a dificuldade em conseguir um profissional que respeitasse suas escolhas. A preferência das mulheres pelo parto vaginal não é apoiada pelos profissionais médicos no setor privado, elas relatam que o desfecho do seu parto não foi o esperado e recebem indicações de cesariana de forma banalizada. O modelo tecnocrático define o parto como um processo patológico, que necessita de intervenções, procedimentos e da medicalização do corpo da mulher, refletindo nas altas taxas de cesarianas atuais (Domingues, et al, 2014; Vargens, Silva, e Progiant, 2017).



*Durante a gestação eu estudava bastante sobre parto humanizado, no pré-natal, quando ia fazer o pré-natal na rede privada, eu me senti um pouco assim, não sei se posso dizer coagida (...). Aí quando eu consegui marcar atendimento na casa de parto eu vi a mudança completamente. (E-06)*

O parir no hospital pode estar relacionado a uma experiência traumática, traz consigo a falta de autonomia e protagonismo da mulher, uma vez que as mesmas consideram um ambiente intimidador para ela e seu bebê. As mulheres relatam que os procedimentos hospitalares causaram temor, dor e aflição, sentimentos relacionados com violência obstétrica. As parturientes abordam que a atenção e acolhimento da equipe tem grande importância para diminuir o medo durante o trabalho de parto e parto (Castro, 2015; Palma e Donelli, 2017).

*Na verdade o que me motivou a querer tudo isso foi justamente o medo da violência obstétrica, eu tinha muito medo mesmo, de qualquer tipo de atitude que causaria um trauma, tanto física, quanto emocional. (E-04)*

Nesse sentido, a significação do parto pode ser constituído culturalmente como um evento traumático, do ponto de vista emocional e físico para a mulher e para a sociedade. Porém, o parto pode ser visto como processo desmedicalizado, com uma relação respeitosa entre a mulher e equipe. Essa visão fundamenta a atuação das enfermeiras obstétricas que se caracteriza através de práticas humanizadas, com uso de tecnologias e respeito à fisiologia do trabalho de parto (Oliveira, 2017; Vargens, Silva, e Progiant, 2017).

Nos Centro de Partos Normais, que são unidade de saúde especializadas para a assistência ao parto de risco habitual, gerenciados por enfermeiras obstétricas, as mulheres possuem maior chance de uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, utilizam mais tecnologias não invasivas de cuidado durante o trabalho de parto e os recém-nascidos tiveram mais contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora de vida. Os partos assistidos por enfermeiras obstétricas tendem a ter menos intervenções desnecessárias, comprometendo menos a saúde das mulheres e seus bebês. Dessa forma, os hospitais estão optando pela inclusão dessa profissional devido a preferência das mulheres por um parto humanizado e acolhedor (Medina, et al, 2020; Vargens, Silva, e Progiant, 2017; Palma e Donelli, 2017).

A atuação da enfermeira obstétrica dentro da assistência favorece uma mudança no cuidado, promovendo a libertação para as mulheres, resgatando a sua dignidade e autonomia



no parto. O parto domiciliar também é visto como uma experiência positiva pelas mulheres, onde elas têm a possibilidade de desconstruírem a ideia do hospital como o local único do parto, onde se sentem mais seguras (Castro, 2015; Domingues, et al, 2014).

As mulheres relatam que procuram estratégias para conseguir um parto desejado onde suas escolhas sejam respeitadas. Oliveira afirma que as mulheres buscam táticas para conseguir atendimento, para suprir determinadas faltas causadas pela sociedade marcada pela desigualdade (Oliveira, 2017; Corbett, 2016). No presente estudo, as mulheres utilizam dessa tática como uma antecipação da violência, mesmo que não tenham vivenciado. Essa busca é narrada pelas mulheres como algo que se constrói numa “Rede de apoio para fugir da violência”. As mulheres revelam a importância de ter essa rede tanto durante a gestação quanto no parto, por exemplo, ter uma doula e a presença do acompanhante durante o parto. A rede de apoio é referência para proporcionar mais segurança para as mulheres, mas principalmente ela funciona como uma barreira contra a violência.

*Eu fiz questão de ter uma doula quando não pude mais fazer o parto domiciliar, aí eu quis ter a doula e ela me ajudou muito, (...) a presença dela me deu segurança para continuar com as minhas escolhas [parto humanizado em hospital público], ela me deu apoio emocional. (E-04)*

As mulheres que possuíram um acompanhante durante o parto tiveram menos ansiedade e preocupações, pois tiveram a confiança de alguém ao seu lado, e quando tiveram o apoio de uma profissional treinada, como a doula, apresentaram um maior número de partos vaginais, tem menos chances de ter um desfecho em uma cesariana, usam menos ocitocina sintética e possuem mais interação com o bebê. Dessa forma, o acompanhamento da doula e de uma equipe que preste uma assistência humanizada e respeitosa é um fator que auxilia em uma experiência positiva para a parturiente (Dos Santos e Cangiani, 2018; Corbett, 2016).

*Eu fui para uma roda de conversa com elas na intenção de conhecer o projeto (...) aí a gente começou a nossa relação de enfermeira e gestante. E aí eu comecei a ser atendida por ela, pela Ariana, e tudo mudou, assim todo meu conceito de gestação acabam mudando ali, nesse momento que a Ariana entra e nos dá informação adequada, nos fala o quanto é importante eu como uma mulher negra, ter esse atendimento, ter esse contato com o mundo da maternidade de forma diferenciada, de forma adequada. (E-01)*

As mulheres abordam a rede de apoio como uma forma de proteção da violência e de uma assistência desqualificada, onde encontram pessoas e grupos que compreendem a particularidade da gestação para uma mulher negra e quando recebem esse apoio tornam-se mais fortes e empoderadas. Os grupos de apoio sobre parto normal proporcionam as mulheres a resgatarem sua autonomia, num cenário em que ela é vista como coadjuvante no próprio parto, e passa ser atriz principal (Dos Santos e Cangiani, 2018; Silva, Cunha e Kappler, 2018).

*Vou criando a minha rede, porque uma coisa que eu aprendi foi na gestação e que parece que a mulher preta funciona com a rede, a potência dela é com a rede, quando eu comecei a articular com a rede as coisas começaram a fluir melhor, por exemplo, quando entrou o Sankofa, entrou a médica, entrou a doula, a doula chamou a família, chamou o meu marido. (E-08).*

Corbett (2016) afirma que para as mulheres é necessário possuir uma rede de apoio, para não se sentirem sozinhas e inseguras, pois afirmam que a presença da doula e do seu companheiro e de um profissional humanizado auxiliam na garantia de informações e atendimento adequado, contribuindo para o processo de gestar e parir com mais autonomia.

A educação em saúde, por meio de práticas e grupos educativos, favorece o acolhimento e protagonismo da mulheres durante o parto, e o respeito as escolhas da parturiente permitindo o compartilhamento das condutas no trabalho de parto e parto. Os grupos de apoio durante a gestação são espaços de fala importantes para promover mudanças através da informação, da aproximação e do diálogo, onde a mulher encontra poder necessário para transformar-se e lutar pelos seus desejos e direitos, combatendo as situações de desigualdade impostas pelo sistema (Almeida, et al, 2020; Dos Santos e Cangiani, 2018).

As mulheres abordam as situações de violência vivenciadas durante a gestação e parto em “As experiências e o receio de sofrer violência obstétrica”, onde revelam o medo de terem seus direitos violados e sofrerem violência obstétrica e afirmam também que esse medo não é por serem negras, mas pela violência em si. A não percepção das mulheres que vivenciam a violência obstétrica, na sua maioria, está atrelado ao racismo institucional (Oliveira, 2017).

*Não por conta da minha cor, eu nunca tinha associado a isso, mas por conta da violência obstétrica no geral. Por isso que eu queria em casa, eu estaria segura, mas tive que optar pelo hospital, mas foi mais por medo da violência obstétrica. (E-04)*

As manifestações discriminatórias nem sempre ocorrem de forma explícita, portanto há dificuldade na caracterização destas práticas. Essa falta de percepção da discriminação racial é fruto, em parte, da ideologia acerca do mito da democracia racial, vivenciado no país (Belfort, Kalckmann e Batista, 2016). Oliveira (2017) relata que em sua pesquisa todas as entrevistadas possuíam dificuldade em perceber o racismo, entretanto admitiram a existência do preconceito racial e do racismo, porém não conseguiam apontar situações que pudesse identificá-los. Apesar da dificuldade da percepção da discriminação racial, algumas mulheres relataram que presenciaram, mas referem que o racismo é um fato concreto e se faz presente dentro das instituições de saúde (Leal, et al, 2017).

*Acho que a maioria das coisas, eu vejo que é por causa da cor, por exemplo, as pessoas elas têm muito mais solidariedade quando o paciente é branco, (...) então eu via que tinha uma diferença de mim, para a branca. (E-08)*

As desigualdades raciais estendem-se durante a gravidez, uma vez que as mulheres negras possuem um número menor de consultas de pré-natal, realizam menos exames e recebem menos orientações profissionais durante as consultas. As mulheres afirmam que há uma naturalização do racismo, ou seja, o tratamento habitualmente dispensado por médicos ocorre de forma grosseira, indelicada e desatenciosa (Oliveira, 2017; Leal, et al, 2017).

*Eu comecei o acompanhamento pelo SUS, e aí fui fazer meu pré-natal lá, mas eu não me sentia bem abraçada, de cara tive algumas experiências racistas na instituição que eu procurei, (...) a médica fez meio que pouco caso de mim. (E-01)*

Quando questionadas sobre o atendimento hospitalar durante o parto, as parturientes demonstram insatisfação, pois gostariam de receber mais atenção, um atendimento melhor e serem ouvidas pelos profissionais. Acredita-se que a desigualdade nos serviços de saúde está relacionada apenas com a condição financeira, excluindo a questão racial. Entretanto a cor influencia no acesso aos serviços de saúde mesmo em diferentes classes sociais (Oliveira, 2017; Belfort, Kalckmann e Batista, 2016).

*Para minha surpresa, eu sofri muito menos de violência no SUS do que na rede particular, talvez porque o perfil de atendimento da rede particular é o perfil da mulher branca, eu sempre era a única preta das internações nas emergências. (E-08)*

Os estudos demonstram uma maior frequência de violência em mulheres negras nas instituições de saúde, no qual recebem um tratamento diferenciado, uma qualidade distinta da atenção, implicando uma desigualdade do tratamento para os grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, adicionando uma distinção negativa para as mulheres de pele escura. Segundo a pesquisa Nacer no Brasil, as mulheres negras e pardas possuem piores indicadores quando comparados às mulheres brancas na atenção ao pré-natal e parto. Além disso, durante a internação as parturientes negras relatam maus tratos e solidão durante o trabalho de parto e possuem menor nível de satisfação com atendimento recebido nas unidades de saúde (Domingues, et al, 2013; Batista, Monteiro e Medeiros, 2013; Leal, et al, 17).

É evidente que ainda persistem diferenças, em termos de desigualdades raciais, no acesso e na qualidade da assistência prestada às mulheres no período gravídico puerperal. Os estudos relacionados à questão da raça, em sua maioria, evidencia em seu resultado que as mulheres negras e de baixa renda estariam associados a uma maior exposição ao racismo institucional, interpretando as disparidades raciais no atendimento e acesso à saúde como uma consequência da desigualdade econômica, mascarando, assim, o problema racial e naturalização do racismo (Diniz, et al, 2016; Oliveira e Kubiak, 2019).

A naturalização da desigualdade vinculada à condição racial no Brasil mostra a necessidade de adotar medidas políticas e medidas educativas que combatem o racismo institucional e as iniquidades raciais e suas repercussões na saúde da população negra para melhorar a qualidade da atenção à saúde. Além disso, é imprescindível que ocorra mais produções científicas sobre racismo, a fim de compreender que a associação das desigualdades raciais com as condições econômicas das pessoas, é ressaltar o mito da democracia racial (Leal, et al, 2017; Oliveira e Kubiak, 2019). Portanto, a desnaturalização do racismo também é papel das instituições de ensino e pesquisa para ampliar o debate e consequentemente, o enfrentamento das iniquidades raciais na saúde.

#### **4. Considerações Finais**

O presente estudo apresentou as iniquidades raciais na assistência obstétrica partir das experiências de mulheres negras e suas percepções, a fim de contribuir para o enfrentamento das iniquidades raciais na saúde. As entrevistadas consideram que o cenário da assistência obstétrica é desigual e violento para as mulheres negras, tornando o processo de gestar e parir uma fuga da violência e uma busca incansável para garantir um parto humanizado e

respeitoso. Além disso, afirmam que a construção de uma rede de apoio durante a gestação é fundamental para o protagonismo durante o parto, e que essa rede para a mulher negra também ocorre como um fator protetor diante da violência obstétrica.

Cabe ressaltar que se trata de um grupo pequeno de mulheres, que em sua maioria possuem um poder aquisitivo médio, possuem acesso às informações e atributos como a presença de um acompanhante, fator que alguns estudos afirmam que pode favorecer para um desfecho melhor para a mulher e o bebê. Entretanto, as mesmas afirmam que também estão expostas a violência e a iniquidade racial, o que demonstra que o racismo está presente em todo lugar, em todos os níveis e classes sociais, alimentando a idealização da democracia racial, porém o racismo ainda se mantém na vida de mulheres negras.

Conclui-se que há iniquidades raciais na assistência e que as mulheres negras estão mais vulneráveis a receber uma assistência desqualificada, menor atenção e até mesmo serem vítimas de violência obstétrica. Esse dado reforça que a luta contra o racismo ainda não é tratada como prioridade na assistência obstétrica, apesar de dados que ressaltam durante anos a precariedade na saúde vivenciada pelas mulheres negras.

Espera-se que o estudo contribua para novas questões de pesquisa sobre a temática, através de estudos analíticos a fim de explorar a perspectivas de mulheres negras de outros grupos sociais e com outros tipos de assistência e que forneça subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para as mulheres negras.

A pesquisa evidencia a importância da temática, a ampliação do debate no meio acadêmico a fim de desmitificar o racismo nas instituições de saúde e de ensino. Além disso, promover o aumento de pesquisas que evidenciam a luta contra as iniquidades raciais, a fim de buscar pela equidade na atenção em saúde, em especial no parto e nascimento, visto que os profissionais de saúde são os responsáveis pelos cuidados diretos e podem colaborar significativamente no enfrentamento ao racismo e no empoderamento das mulheres negras frente a situações discriminatórias.

## **Referências**

Albuquerque, E. M. (2009). *Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Ministério da Saúde – Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Almeida, S. L. de. (2018). *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte (MG): Editora Letramento.

Almeida, T. S. R., Vasconcelos, L. A., Cardoso, L. C. F., Costa, N. Y., Conceição, D. N., Miranda, A. F. C., Reis Júnior, O. de S., Quaresma, F. S., Santana, A. M. B., Rodrigues, C. C. S. (2020). Protagonismo da mulher no parto: uma intervenção através da educação permanente. *Research, Society and Development*, 9 (10). Recuperado de <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8254>.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições.

Batista, E. L., Monteiro, R. B., Medeiros, R. A. (2013). Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*, 37 (99): 681-690. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>.

Belfort, I. K. P., Kalckmann, S., Batista, L. E. (2016). Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saúde Soc.*, 25(3), 631-640. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00631.pdf>.

Brasil. (2013). *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

Brasil. (2017). *Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais. Recuperado de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html#:~:text=1%20o%20Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20disp%C3%B5e,existentes%20na%20vida%20cotidiana%2C%20na](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html#:~:text=1%20o%20Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20disp%C3%B5e,existentes%20na%20vida%20cotidiana%2C%20na).

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília, DF. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf).

Castro, C. M. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. *Cad. Saúde Colet.*, 23 (1), 69-75. Recuperado de: [//https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf](https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf)

Corbett, J. S. (2016). *Grupos de Apoio a Gestantes e Casais e Seus Efeitos na Jornada para o Protagonismo das Mulheres no Parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas – Campinas SP, Brasil.

Diniz, C. S. G., Batista, L. E., Kalckmann, S., Schlitz, A. O. C., Queiroz, M. R., Carvalho, P. C. A. (2016). 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 Soc. São Paulo*, 25 (3):561-572. Recuperado de: [//https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00561.pdf](https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00561.pdf).

Domingues, P. M. L., Nascimento, E. R., Oliveira, J. F., Barra, F. E., Rodrigues, Q.P., Dos Santos, C. C. C., Araújo, E. M. (2013). Discriminação Racial no Cuidado em Saúde Reprodutiva na Percepção de Mulheres. *Texto Contexto Enferm.*, 22(2), 285-292. Recuperado de: [//https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a03.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a03.pdf).

Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Pereira, M. N., Torres, J. A., D'Orsi, E., Pereira, A.P.E., Schlitz, O. C., Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*, 30, :101-116. Recuperado de: [//https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf).

Dos Santos, S., Cangiani, M. (2018). A Difícil Tarefa de Escolher o Parto Natural. *Ciencia y Enfermeria*, 24 (11) 113-124. Recuperado de: [//https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-11.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-11.pdf)

Kaufman, J. C. (2013). *A entrevista compreensiva: um guia para a pesquisa de campo*. Petrópolis: Editora Vozes.

Leal, M. C., Gama, S. G. N., Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N., Santos, R. V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública [Online]*, 33 (1). Recuperado de: [//https://www.arca.fiocruz.br/bit](https://www.arca.fiocruz.br/bit)



[stream/icit/27811/2/A%20cor%20da%20dor-%20iniquidades%20raciais%20na%20aten%20c3%a7%20a3o%20pr%20a9-natal%20e%20ao%20parto%20no%20Brasil.pdf](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10918).

Medina, E. T., Mouta, R. J. O., Silva, S. C. de S. B., Gama, S. G. N. da. (2020). Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétrica nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 9 (9). Recuperado de <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7933>.

Minayo, M. C. S. (2009). O Desafio da Pesquisa Social. In: Deslandes, S.F. e Gomes, R. (Orgs.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. (28 ed.,). Petrópolis. RJ: Vozes.

Muylaert, C. J, Sarubbi, V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*, 48, (2) 193-199. Recuperado de: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf).

Oliveira, B. M. C., Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*, 43, (122): 939-948. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0939.pdf>.

Oliveira, E. H. S. A. (2017). *Mulheres Negras Vítimas de Violência Obstétrica: Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana – Bahia*. (Dissertação Mestrado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

Palma, C. C., Donelli, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, 48, (3), 216-230. Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161/pdf>.

Silva, L. C. C., Cunha, E. F. C., Kappler, S. R. (2018). Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. *Psic. Rev.*, 27 (2): 357-376. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/34156/27259>.

Theophilo, R. L. (2016). *Desigualdades Raciais na Atenção ao Pré-natal e ao Parto no Sus: Dados da Pesquisa da Satisfação da Rede Cegonha*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília – Brasília, Brasil.

Vargens, O. M. C., Silva, A. C. V., Progiant, J. M. (2017). Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery*, 21, (1) 1-8. Recuperado de [//https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf)

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Juliana Cristina Nascimento Guimarães – 60%

Andreza Rodrigues – 20%

Aricele Ferreira dos Santos – 20%