

RELAÇÃO ENTRE INIQUIDADE RACIAL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO

RELATION BETWEEN RACIAL INEQUALITY AND OBSTETRIC VIOLENCE IN CHILDBIRTH

ALVES, Guilherme Kelvin¹

LOPES, Renata Silva²

CABRAL, Joyce Nunes³

MOREIRA, Ana Paula Assunção⁴

CECÍLIO, Jessica Oliveira⁵

BATISTA, Amanda Santos Fernandes Coelho⁶

1. Enfermeiro. Residente pelo programa Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Contato: guiguikelvin@gmail.com

2. Enfermeira. Mestre, Tutora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica.

3. Enfermeira. Residente pelo programa Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

4. Enfermeira. Mestre, Tutora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica.

5. Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF/UFG).

6. Enfermeira. Mestre, Coordenadora do programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica.

RESUMO

Introdução: A iniquidade racial é a desigualdade em oportunidades e condições de vida que acontece em decorrência da etnia de uma pessoa. Indivíduos pretos, pardos e indígenas são modelos de povos que resistem aos desafios subsequentes dos processos históricos de segregação. **Objetivo:** Verificar a influência dos aspectos raciais na prática de violência obstétrica na atenção ao parto e nascimento. **Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de corte transversal, com coleta de dados prospectiva, realizado em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, Goiás. **Resultados:** Pode-se determinar um cuidado menos satisfatório para as mulheres negras quando comparado com as brancas para a maioria dos indicadores avaliados neste estudo. Mulheres pretas e pardas têm maior chance de sofrerem manobra de *Kristeller*, amniotomia precoce, privação alimentar no trabalho de parto, clampeamento imediato do cordão umbilical e menor chance de contato pele a pele e de ser ofertado métodos não farmacológicos para o alívio da dor. **Conclusão:** O fator raça/cor influencia no tratamento em que as mulheres recebem dentro do estabelecimento de saúde.

Palavras-chave: Desigualdade racial em saúde; Racismo obstétrico; Violência obstétrica; Trabalho de parto; Puerpério.

ABSTRACT

Introduction: Racial inequity is inequality in opportunities and living conditions that occurs as a result of a person's ethnicity. Black, brown and indigenous individuals are models of peoples who

resist the subsequent challenges of historical processes of segregation. **Objective:** To verify the influence of racial aspects in the practice of obstetric violence in labor and birth care. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, with prospective data collection, carried out in a public maternity hospital in the city of Goiânia, Goiás. **Results:** Less satisfactory care can be determined for black women when compared to white women for most of the indicators evaluated in this study. Black and brown women are more likely to undergo the Kristeller maneuver, early amniotomy, food deprivation during labor, immediate clamping of the umbilical cord and less chance of skin-to-skin contact and being offered non-pharmacological methods for pain relief. **Conclusion:** The race/color factor alone influences the treatment that women receive within the health establishment.

Keywords: Racial inequality in health; Obstetric racism; Obstetric violence; Childbirth; postpartum.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos tempos, são notórias as evidências que confirmam as disparidades étnicas no Brasil. Em consequência a isso, são populações mais vulneráveis, no que diz respeito aos condicionantes estruturais^{1,2}. Destarte, é válido ressaltar que as desigualdades segundo raça/cor, para a população preta/parda é o grupo mais elevado, expondo níveis grandiosos de adoecimento e de falecimento por causas evitáveis. Em um estudo³ foi observado que mulheres de cor preta e parda apresentaram menores possibilidades de passarem por consultas durante a gestação e chances ainda mais baixas de contato com assistência no período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez.

A cor da pele preta ou parda está associada à inadequação na assistência, como a ausência de vinculação às unidades de saúde, peregrinação à procura de atendimento, mais tempo de espera para o serviço médico, redução da privacidade e inexistência de acompanhante durante o trabalho de parto, além de elevadas queixas algícas para realização de rafia em decorrência a menores doses de aplicações de anestésicos locais^{4,5}.

Além disso, vale ressaltar que a mortalidade materna é maior duas vezes e meia em mulheres pretas do que em brancas no Brasil e estima-se que 90% desses óbitos poderiam ser evitados se tivessem recebido atendimento adequado².

A violência obstétrica é o apoderamento inapropriado do corpo e dos processos reprodutivos das gestantes por profissionais da saúde, que se manifestam mediante a uma assistência hierárquica, desumanizada e que manipula a fisiologia da parturição em algo patológico, o que reflete para a mulher na privação de sua autonomia e na capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo⁶. Logo, esse tipo de violência é uma violação aos direitos humanos e sofre influência direta de fatores socioeconômicos e do critério raça/cor, sobretudo as mulheres pretas⁶.

Nesse sentido, não se encontra uma definição única para a violência obstétrica, não obstante essa prática pode ser embasada a partir de quatro situações vivenciadas pelas mulheres nas instituições. São elas: negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual⁷.

Dessa forma, analisar a saúde das mulheres negras sob à luz étnico-racial proporciona a compreensão de que o racismo é um determinante social que pode interferir diretamente no processo saúde-doença⁵. Os modelos como as relações raciais no Brasil estão combinados conformados tornando a população preta mais vulnerável e tendem a complexificar seu acesso aos serviços de saúde⁴. Com isso, as diferenças raciais no processo de atenção à gestação e ao parto influenciam para as disparidades nos indicadores finais da saúde¹.

O sistema de saúde como um todo deve garantir que as mulheres negras tenham acesso a um atendimento digno, com risco de adoecimento e morte minimizados. Para tanto, é indispensável investigar os pormenores estruturais da sociedade, a ponto de examinar como as relações discriminatórias e preconceituosas se reproduzem e interferem no acesso a um atendimento obstétrico de qualidade⁶.

Há expressões embasadas em atitudes violentas e discriminatórias usadas por profissionais de saúde, tais como: “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras são fortes, mas resistentes à dor”, “negras são mais resistentes à anestesia”, “elas não fazem o pré-natal direito” dentre outras. Essas expressões são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, e isso caracteriza-se, além da violência obstétrica, o racismo⁵.

Para entender o processo histórico é importante salientar que raça, utilizada nesse estudo para definir etnia e gênero, são fatores dependentes e marcantes, pois são determinantes para a dupla estigmatização: a condição de mulher e a questão racial². Entretanto, o termo "raça" é um conceito que não diz respeito a nenhuma realidade natural e o racismo é uma maneira de "tornar comum" a vida social. Almeja dessa forma, explicar distinções pessoais, sociais e culturais a partir de diferenças tomadas como naturais².

Assim, o entendimento do racismo apenas pode ocorrer mediante a sua própria história, daí, então, a imprescindibilidade de entender a lógica do racismo brasileiro a partir da formação da identidade nacional e de compreender que esta lógica está alicerçada em uma cultura estruturada⁶.

Encarar a violência obstétrica como expressão da violência racial e de gênero, racismo e machismo estrutural, tornam-se relevante e urgente porque externaliza o processo histórico de violações de direitos sofridas por negras, inclusive no nosso sistema de saúde⁵. Afinal, a desigualdade, especialmente a racial, nos obriga a considerar diferentes mulheres e as formas distintas de políticas e sistemas que garantem seus direitos⁶.

A presente pesquisa vem para colaborar com a consciência sobre as diferenças referentes a raça/cor entre as mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo se faz necessário para embasar o combate às iniquidades, ratificando e colocando em prática os princípios do SUS, tornando os profissionais de saúde responsáveis em reconhecer os vieses raciais nos processos de vulnerabilidade.

Ademais, as considerações realizadas nesta pesquisa ambicionam colaborar para uma reflexão sobre o entendimento que se tem acerca do tema - iniquidade racial e violência obstétrica - para que os profissionais envolvidos possam proporcionar atos de cidadania, dignidade e empatia com as mulheres que passam pela experiência do parto, oportunizando uma assistência digna, humanizada e de qualidade.

Para mais, o contexto retratado revela a importância das pesquisas sobre a iniquidade materna segundo a variável raça/cor, a fim de proporcionar subsídios, para a caracterização das diferenças

raciais associadas à violência obstétrica e o planejamento de ações que reduzam as iniquidades em saúde. Desta forma, indagou-se: As questões raciais influenciam na prática da violência obstétrica ou nas boas práticas de atenção ao parto? Sendo assim, este estudo tem por objetivo verificar a influência dos aspectos raciais na prática de violência obstétrica durante a atenção ao parto e nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, analítico e exploratório, relatado segundo as recomendações do *STROBE Statement*, realizado em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, no Centro-Oeste do Brasil, referência para a assistência materno infantil de alta complexidade.

A amostra foi não probabilística e amostragem, por conveniência, coletada apenas pelo pesquisador principal em dias não fixos da semana. Todas as puérperas participantes foram abordadas durante seu período de internação na enfermaria em alojamento conjunto. A partir disso, totalizou 353 participantes no período estudado. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil.

Incluiu-se no estudo puérperas de qualquer idade, via de parto, e raça/cor autorreferida à luz do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Excluiu-se aquelas com diagnóstico de transtorno mental grave que não permitiram comunicação com o entrevistador, estrangeiras que não compreendiam o idioma português e as que se autodeclararam amarelas e indígenas.

Os dados secundários foram coletados no período de janeiro a junho de 2022, mediante instrumento semiestruturado adequado e elaborado pelo pesquisador, em que se contemplou variáveis clínicas, obstétricas, sociodemográficas, de parto e nascimento, além de questões objetivas voltadas para a finalidade do estudo acerca das práticas obstétricas no parto.

Inicialmente houve aproximação com as pacientes e após identificar os critérios de elegibilidade, foi esclarecido sobre o objetivo do estudo e, quando aceito, aplicou-se o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido – TCLE e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE para as participantes abaixo de 18 anos, juntamente com seu responsável. Houve recusa de 53 mulheres em participar do estudo. Posteriormente, procedeu-se com a entrevista face a face. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador responsável em espaço privativo, dentro da instituição de saúde, com duração média de 30 minutos. Posteriormente as variáveis assistenciais e clínicas obstétricas que não foram respondidas ou que havia dúvida da mesma foram coletadas em prontuário.

Os dados foram analisados utilizando o programa *Microsoft Office Excel* 2019. Inicialmente, aplicou-se frequência absoluta e percentuais e, em seguida, realizou-se análise bivariada tabular para verificar a associação das variáveis de violência obstétrica e das boas práticas com a raça/cor (grupo de brancas e negras), com o auxílio do site *openEpi*⁸, empregando-se o teste qui-quadrado e o método de *Fisher* com objetivo de verificar divergências estatísticas entre os grupos ao nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos necessários e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando registrado sob o número 52434921.1.0000.5080. Todas as etapas da pesquisa respeitaram as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466/2012.

Para preservar o direito de sigilo da identificação na pesquisa, apenas o pesquisador principal teve acesso aos dados das participantes na coleta dos dados, preconizando-se a codificação da sua identificação na transferência das informações para o banco de dados. Também, aquelas que se sentiram fragilizadas e emocionalmente instáveis, fora ofertado o serviço de psicologia da unidade que prontamente as atenderam.

RESULTADOS

A coleta resultou em um total de 353 mulheres, 50,5% delas autodeclararam-se negras (pretas e pardas) e 49,5% brancas. Em relação ao grupo de mulheres negras a média de idade foi de 26 anos, 57% moravam na capital, 76% referiram parceria fixa, conforme apresentado na Tabela.

Tabela 1. Características socioeconômicas de mulheres admitidas para assistência ao parto *versus* raça, Goiânia, Brasil, 2022 (N= 353).

Variável	Negras		Brancas	
	n=178	%	n=175	%
Reside				
Capital	101	(57)	104	(59)
Outros municípios	77	(43)	71	(41)
Status conjugal				
Parceria fixa	136	(76)	128	(73)
Sem parceria fixa	42	(24)	47	(27)
Trabalho				
Remunerado	64	(36)	74	(42)
Não remunerado	114	(64)	101	(58)
Remuneração mensal				
2 a 4 salários mínimos*	64	(36)	78	(55)
Até 2 salários mínimos	114	(64)	97	(45)
Escolaridade				
Estudou > 8 anos	139	(78)	151	(86)
Estudou < 8 anos	39	(22)	24	(14)

Fonte: Autoria própria

Legenda: * Valor do salário-mínimo: R\$1.302,00 reais.

Os dados clínicos/obstétricos das mulheres negras e brancas estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Dados clínicos e obstétricos de mulheres admitidas para assistência ao parto *versus* raça, Goiânia, Brasil, 2022 (N= 353)

Variável	Negras		Brancas	
	n=178	%	n=175	%
Pré-natal				
Sim	174	(98)	173	(98)
Não	4	(2)	3	(2)
Consultas do pré-natal				
> 6 consultas	140	(78)	132	(75)
< 6 consultas	36	(20)	40	(23)
Início do pré-natal				
1º Trimestre	128	(72)	125	(72)
2º Trimestre	39	(22)	41	(23)
3º Trimestre	11	(6)	9	(5)
Complicações gestacionais				
Sim	84	(47)	75	(43)
Não	94	(53)	100	(57)
Presença de IST				

Sim	17	(10)	17	(10)
Não	181	(90)	158	(90)
Etilismo				
Sim	66	(37)	63	(36)
Não	112	(63)	112	(64)
Tabagismo				
Sim	5	(3)	24	(14)
Não	173	(97)	151	(86)
Drogas ilícitas				
Sim	18	(10)	4	(2)
Não	160	(90)	171	(98)

Fonte: Autoria própria

A Tabela 3 apresenta os dados de parto das mulheres estudadas.

Tabela 3. Dados do parto de mulheres admitidas para assistência ao parto *versus* raça, Goiânia, Brasil, 2022 (N= 353).

Variável	Negras		Brancas	
	n=178	%	n=175	%
Via de parto				
Vaginal	101	(57)	116	(66)
Cirúrgico	77	(43)	59	(34)
Uso de ocitócitos				
Sim	53	(29)	53	(29)
Não	126	(71)	126	(71)
Presença do acompanhante				
Sim	144	(81)	158	(90)
Não	24	(19)	17	(10)
Posição no expulsivo				
Horizontalizada	11	(6)	12	(7)
Litotômica	90	(51)	105	(60)
Cesárea	77	(43)	58	(33)
Complicações no intraparto				
Sim	43	(24)	46	(26)
Não	135	(76)	129	(74)

Fonte: Autoria própria

A Tabela 4, apresenta as variáveis estatisticamente significantes em relação a prática de violência obstétrica em mulheres admitidas para assistência ao parto conforme a raça/cor. Outros dados foram estudados, mas não apresentaram significância à luz do método de *Fisher*. são eles: episiotomia, enema de rotina, sentimento de invalidação, violência verbal, tricotomia, sentimento de

desrespeito, restrição de posição no expulsivo, toques vaginais excessivos e outro tipo de violência (não especificado).

Tabela 4. Associação de prática de violência obstétrica no trabalho de parto *versus* cor, Goiânia, Brasil, 2022 (N = 353)

Variável	Negras		Brancas		Valor P
	n=178	%	n=175	%	
Procedimento não consentido					
Sim	5	(3)	22	(12)	p<0,0001*
Não	170	(95)	150	(86)	
Não soube	3	(2)	3	(2)	
Manobra de Kristeller					
Sim	81	(45)	18	(10)	p<0,0001*
Não	97	(54)	157	(90)	
Não soube	1	(1)	0	(0)	
Amniotomia precoce					
Sim	49	(28)	48	(27)	p<0,0001*
Não	127	(71)	126	(72)	
Não soube	2	(1)	1	(1)	
Dor durante a rafia					
Sim	23	(13)	25	(14)	p<0,0001*
Não	45	(25)	50	(29)	
Não se aplica	110	(62)	95	(54)	
Não soube	0	(0)	5	(3)	
Puxos dirigidos					
Sim	91	(51)	109	(62)	0.038*
Não	85	(48)	68	(38)	
Não soube	2	(1)	0	(0)	

Fonte: Autoria própria

Legenda: *Teste Exato de Fisher.

As boas práticas relacionadas à assistência aos partos raça/cor estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5. Associação das boas práticas no trabalho de parto *versus* cor, Goiânia, Brasil, 2022 (N = 353)

Variável	Negras		Brancas		Valor P
	n=178	%	n=175	%	
Explicação sobre o parto					
Sim	109	(61)	112	(64)	0.295
Não	69	(39)	63	(36)	

Alimentação no trabalho de parto

Sim	90	(50)	106	(60)	0.017*
Não	42	(24)	26	(15)	
Não soube	9	(5)	0	(0)	
Jejum para cesárea	37	(21)	43	(25)	

Avaliação da vitalidade fetal

Sim	172	(97)	170	(97)	0.488*
Não	6	(3)	5	(3)	

Contato pele a pele

Sim	84	(47)	89	(70)	p<0,0001
Não	94	(53)	39	(30)	

Métodos não farmacológicos para o alívio da dor

Sim	69	(39)	102	(58)	p<0,0001*
Não	103	(58)	68	(39)	
Não soube	6	(3)	5	(3)	

Clampeamento oportuno do cordão

Sim	43	(24)	94	(54)	p<0,0001
Não	135	(76)	81	(46)	

Verificação dos sinais vitais maternos

Sim	170	(96)	168	(96)	0.486*
Não	8	(4)	7	(4)	

Estímulo de posições verticalizadas

Sim	95	(47)	112	(64)	0.027
Não	83	(53)	63	(36)	

Amamentação na primeira hora pós-parto

Sim	25	(14)	11	(6)	0.013*
Não	153	(86)	163	(93)	
Não sei	0	(0)	1	(1)	

Fonte: Autoria própria

Legenda: *Teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

A história das mulheres negras no Brasil é pautada pelo fator histórico no qual ocuparam por 380 anos a função de serviçal, fato vital para o processo de vulnerabilidade vivida por esse grupo⁶. Viviam a comercialização privadas de todos os direitos civis, além de serem sujeitas ao poder, ao domínio e à propriedade de outrem⁹.

A mortalidade materna deste grupo é cerca de 65% superior quando comparado às mulheres brancas⁹. Como potencializador deste fato cerca de 92% dos casos dessas mortes são evitáveis⁹. Posto isso, nota-se que o racismo institucional interfere na vida dessas mulheres, levando em conta que os tratamentos humanizados e igualitários nos serviços públicos de saúde são direitos básicos de qualquer cidadão⁶.

Dessa forma, compreender o contexto e a realidade da mulher negra e proporcionar melhorias para esse grupo é imprescindível para a boa prática dos Direitos Humanos e a busca pelo empoderamento, além de reduzir os números de racismo, violência e outros problemas advindos da questão social⁶.

O contexto sociocultural e problemático brasileiro afirma que mulheres negras estão em situação de vulnerabilidade e uma das razões se deve pela exclusão histórica, marcada por produção dos preconceitos na sociedade².

Pode-se observar uma atenção à saúde menos satisfatórias para as mulheres negras, quando se compara às brancas, para a maioria dos indicadores avaliados neste estudo, comprovando iniquidade racial conforme o critério raça/cor, com malefícios notórios para aquelas de raça/cor negra. Com isso, é possível identificar que essas apresentaram, de maneira geral, piores indicadores de atenção ao parto e nascimento. O que se pode inferir que mulheres pretas e pardas ainda ocupam um lugar de inferioridade e desigualdade⁵.

Em contrapartida, no quesito procedimento não consentido, mulheres brancas sofreram mais, de forma significativa. O desafio no reconhecimento da violência praticada é complexa e há uma longitude entre indicar a agressão sofrida, reconhecê-la e nominá-la como violência⁴. Além de conhecimento inadequado, a relação de poder entre profissionais e as mulheres assistidas durante o ciclo do parto interfere na sua autonomia e manutenção da integridade corporal e psicológica, para o juízo de escolhas, tampouco aquelas que não são informadas¹⁰.

Um estudo chama atenção para uma análise crítica do modelo da assistência obstétrica intervencionista prestada no Brasil, que considera o excesso de intervenções no trabalho de parto como sendo um "bom cuidado"². Assim, diante deste contexto antagônico, pode-se inferir que as

parturientes negras assumem a posição de serem “pouco assistidas”, justamente por terem sofrido menos intervenções durante o trabalho de parto.

A manobra de *Kristeller* é realizada com o objetivo de tornar o segundo período do trabalho de parto mais célere e em grande parte dos casos é apenas por impaciência dos profissionais que estão acompanhando essas parturientes¹¹. Contudo, é uma prática que não respeita os mecanismos fisiológicos do nascimento e mesmo não havendo evidências científicas sobre o uso ser benéfico, ainda se observa a sua execução⁵. Neste estudo, a prática de *Kristeller* associou-se significativamente ($p < 0,0001$) à raça. Mulheres negras sofreram mais esse tipo de violência do que as brancas. Com isso, nota-se o desrespeito e a violação do direito de parturientes pretas e pardas à sua integridade corporal, o que demonstra o desrespeito, possivelmente embasados pela diferença na cor da pele.

Vale ressaltar que é proscrita no meio científico¹¹, pelos potenciais riscos e inúmeros malefícios que podem causar, tendo como exemplo rotura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas no recém-nascido e danos cerebrais. Não obstante, além de déficits físicos, manifesta-se como uma experiência dolorosa e traumática, de cunho psicológico, para a mulher violada¹¹.

De acordo com o achado, a amniotomia precoce mostra-se significativamente menor nas mulheres brancas e, segundo a Organização Mundial da Saúde¹², algumas práticas devem ser desencorajadas, sendo a ruptura artificial das membranas ovulares uma delas. Essa prática não é absolutamente contraindicada, mas deve ser evitada, limitando seu uso para situações onde seja cientificamente benéfica, como é o caso de algumas distorcias funcionais¹⁰.

Como pôde ser observado, neste estudo foi uma prática quase rotineira em parturientes negras, que além de aumentar a vulnerabilidade das mulheres, elevam os riscos de desfechos neonatais desfavoráveis¹². Esta prática pode estar associada ao aumento nas taxas de acidose no cordão umbilical, resultando em asfixia no recém-nascido, maior frequência de oxigenoterapia e, conseqüentemente, necessidade de mais intervenções após o parto e assistência em unidade de terapia intensiva¹³.

Mulheres negras tiveram menor proporção de dor durante a rafia, o que vai contra o achado de outro estudo⁴, onde após o ajuste com cálculos estatísticos esse indicador fora significativo, sugerindo discriminação racial.

A litotomia como restrição de posição no expulsivo e a prática de puxos dirigidos foram menos realizadas entre pacientes negras. Conforme as orientações¹⁴, essas intervenções não deveriam ser realizadas de maneira rotineira. Assim a menor frequência desta prática em mulheres negras poderia estar apontando para um possível benefício ou até mesmo um privilégio a essas parturientes.

No entanto, tendo em vista que essas práticas intervencionistas muitas vezes são consideradas “boas” e “favoráveis” no modelo médico centrado e intervencionista ainda vigente e adotado por boa parte dos profissionais que prestam assistência ao parto², indaga-se até que ponto esta recusa em adotar tais intervenções entre as mulheres negras podem ser, de certo modo, interpretada como uma forma de discriminação racial por negligência no cuidado.

Neste estudo a variável “alimentação no trabalho de parto” apresentou associação significativa ($p=0.017$) entre mulheres negras. O malefício do jejum prolongado para a mulher grávida está extensamente descrito na literatura científica, justamente por prejudicar a fisiologia do processo de nascimento, acarretando carências energéticas e levando ao aumento de corpos cetônicos e, conseqüentemente, elevando o período de trabalho de parto por diminuição da contratilidade uterina¹⁵.

A negação de oferta alimentar às parturientes negras ainda pode ser vista como uma ação intimidante e autoritária, o que lhes podem causar medo e apreensão⁶. Impor o jejum durante o trabalho de parto a elas pode levar a desconfortos físicos e psicológicos, o que faz com que o trabalho de parto seja vivenciado de forma negativa pela gestante².

O contato pele a pele é recomendado nas boas práticas de atenção ao parto, pelo baixocusto, pela facilidade em sua realização e proporciona importantes fontes de estímulos sensoriais ao neonato¹⁶. Além disso, é uma prática de atendimento humanizado que auxilia na construção do apego e fortalece que a mulher desenvolva sensibilidades e sentimentos em relação ao recém-nascido¹⁶.

Mesmo em meio aos benefícios citados, nota-se associação significativa com a raça/cor, onde as mulheres negras tiveram menos oportunidade de ter esse primeiro contato com seus filhos. Atos assim, fortalecem a falta de autonomia e de empoderamento das mulheres pretas e pardas, provocando sentimentos maternos de ansiedade, preocupação e medo da separação⁴.

Em uma revisão sistemática¹⁷, afirma que as terapias complementares durante o parto são significativas no controle da dor, promove a sensação de satisfação e traz suporte físico e emocional para as mulheres. Contudo, neste estudo, parturientes negras tiveram menor oportunidade de receber métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Deste modo essas mulheres têm uma pior vivência do trabalho de parto, deixando-o menos humanizado e tornando-as menos protagonistas desse processo¹⁷.

Em relação ao clampeamento do cordão umbilical, a Organização Mundial da Saúde¹² preconiza a realização após a cessação total da pulsação, entre um e três minutos após o nascimento.

Indivíduos da população negra têm maior risco de sofrerem carências ferroprivas. Com isso, o clampeamento oportuno do cordão evidencia-se como uma estratégia fácil e de baixo custo para melhorar os níveis de ferro ao nascimento e diminuir a incidência de anemia na infância¹⁸. Além disso, essa prática aumenta os níveis de hematócrito, de pressão sanguínea, de hemoglobina e, conseqüentemente, maior transporte de oxigênio para recém-nascidos¹⁹.

Contudo, os resultados desta pesquisa demonstram que o clampeamento imediato do cordão umbilical foi mais frequente entre filhos de mulheres negras ($p < 0,0001$), implicando na privação do benefício de receber a transferência dos hemocomponentes, quando esta ação é realizada sem justificativa clínica.

Desde que há registro na história, as mulheres usavam diferentes posições durante o trabalho de parto, com grande parte a preferir as verticalizadas¹⁴. Quando a gestante assume posturas verticais, a força da gravidade acrescenta 10-35mmHg de pressão sobre a apresentação fetal, as contrações são mais fortes, eficientes e menos dolorosas²⁰.

Ao observar os resultados deste estudo, pode-se evidenciar que os profissionais estimulam menos as parturientes negras a assumirem essas posições, fato esse que pode ser explicado por alguns

profissionais considerarem que essas mulheres têm “ancas largas” e “são boas para parir” por natureza²¹, refletindo na condução de uma assistência obstétrica carregada de viés racial.

Neste estudo, filhos de mulheres negras tiveram maior oportunidade de amamentar na primeira hora de vida, seguindo as recomendações da OMS¹². Contudo, em outra pesquisa⁴ não houve viés racial nesse quesito.

Identificam-se como limitação deste estudo o preenchimento incompleto dos prontuários, bem como a ausência de algumas informações importantes. O cenário identificado com os resultados apresentados revela a necessidade de estudos que investiguem como implantar políticas públicas efetivas que contribuam para a redução das desigualdades socioeconômicas e combate ao racismo, sobretudo na assistência à saúde, objetivando melhorar o acesso das mulheres ao cuidado adequado e respeitoso.

Também sugere a inserção de ferramentas para a inclusão do item – equidade racial na atenção à saúde – como indicador de qualidade dos serviços fazendo com que se fortaleçam o monitoramento e avaliação em cada maternidade, com vistas ao aprimoramento da gestão, da informação e do cuidado às mulheres e crianças negras com enfoque na redução da desigualdade e da discriminação racial.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que o fator raça/cor pode influenciar no tratamento que as mulheres recebem dentro do estabelecimento de saúde. O racismo institucional, que tem como principais agentes os próprios profissionais de saúde, é uma das mais frequentes manifestações da desigualdade racial, resultado de uma relação de poder que remete ao processo de colonização e escravização, sustentado por ideologias racistas que organizam a sociedade e seu imaginário e que, como consequência, são reproduzidas na assistência e acesso aos serviços de saúde.

As desigualdades raciais nas boas práticas durante o trabalho de parto e nascimento podem ser observadas por meio da associação entre a raça/cor à luz das recomendações cientificamente

comprovadas aqui expostas. Neste estudo, mulheres negras tiveram maior chance de sofrer manobra de *Kristeller*, amniotomia precoce, privação alimentar no trabalho de parto, menor oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, além de maior frequência de clampeamento imediato do cordão e menor chance de contato pele a pele precoce.

Os achados desta pesquisa, mostram a necessidade de melhoria da qualidade da atenção à saúde da população para eliminação de iniquidades raciais, por intermédio de investimentos nos processos de qualificação dos profissionais com a adoção de políticas de saúde para orientar práticas que visem à redução da desigualdade racial.

REFERÊNCIAS

- 1 . Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [citado 2021 Aug 2];23:3505-3516. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/abstract/?lang=pt>.
- 2 . Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco AE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2021 Aug 1];33:2-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.
- 3 . Oliveira KA, Araújo EM, Oliveira KA, Casotti CA, Silva CAL, Santos DB. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 Aug 5];52:26. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000406>.
- 4 . Alves MTSS, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL, et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. Rev. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021 [citado 2021 Aug 1];26:837-846. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>.
- 5 . Curi PL, Ribeiro MTA, Marra CB. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. Arq. bras. psicol. [Internet]. 2020 [citado 2021 Set 1];72:156-169. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt.
- 6 . Vaz AP. O Enfrentamento da violência obstétrica de viés racial na América Latina sob a ótica dos direitos humanos [Dissertação on the Internet]. Foz do Iguaçu - PR: Universidade Federal de Integração Latina Americana; 2019 [citado 2021 Oct 26]. 43 p. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/5121/TCC%20AMANDA%20VAZ%20-%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Especialização em Direitos Humanos.

- 7 . Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade* [Internet]. 2017 [citado 2021 Sep 27];29:1-11 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
- 8 . Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health [Internet]. [place unknown]; 2006 [revised 2013 Jun 4; citado 2022 Aug 18]. Disponível em: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.
- 9 . Ferreira VM. Mãe preta, estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras. (RE) Existência Intelectual Negra e Ancestral [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 19];1-14. Disponível em: https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580_ARQUIVO_CopeneMG.pdf.
- 10 . Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira JB, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 11];24:2811-2824. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.
- 11 . Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Aragão CRB, Trindade GBM, et al. Kristeller's maneuver: obstetric violence. *Brazilian Journal of Health Review*. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2021 [citado 2022 Aug 10];4(2):7362-7380. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/27710/21918>.
- 12 . World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
- 13 . Battarbee AN, Glover AV, Stamilio DM. Association between early amniotomy in labour induction and severe maternal and neonatal morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019 [citado 2022 Aug 11];60(1):108-114. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.13031>.
- 14 . Tabora ACI, Dias H, Nelas PA, Coutinho E. Benefícios da verticalização do parto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2021 [citado 2023 Jan 11];1(1) Disponível em: <http://hdl.handle.net/10662/13775>.
- 15 . Santos RFM. A alimentação durante o trabalho de parto [Dissertação on the Internet]. Porto - Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2020 [citado 2022 Oct 19]. 120 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/33488>. Mestrado em Enfermagem.
- 16 . Strapasson M, Kologeski T, Schneider V, Renosto JM. Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2017; [Citado em 2023 Jan 11];11(1): 94-101. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30276>.
- 17 . Pereira ACC, Costa ALML, Costa AB, Geber B, Alkmim BF, Camarano GCV, et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. *REAS*

[Internet]. 2020 [citado em 2022 Nov 11];12(10). Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4448>.

18 . Queiroz MS, Santos MB, Mendes SB, Santos LNB, Cristo TG. Discussões sobre a anemia falciforme na Semana da Consciência Negra: contribuições do PIBID. Revista Sertão Sustentável. 2021;3(1):14-19.

19 . Strada JKR, Vieira LB, Gouveia HG, Betti T, Wegner W, Pedron CD. Fatores associados ao clampeamento do cordão umbilical em recém-nascidos a termo. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2022;56:e20210423. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0423>.

20 . Torres M, Vinagre C, Godinho AB, Casal E, Pereira A. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. Acta Obstet Ginecol Port [Internet]. 2018 [citado 2022 Aug 12];12(4):277-283. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/07-ar_17-00055.pdf.

21 . Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Ed. Cobogo. 2019.