



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Juliana Cristina Nascimento Guimarães

**Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19**

Rio de Janeiro

2022

Juliana Cristina Nascimento Guimarães

**Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

G963      Guimarães, Juliana Cristina Nascimento.  
Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no  
contexto da covid-19 / Juliana Cristina Nascimento Guimarães. – 2022.  
118 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. Racismo. 2. Gestantes. 3. Serviços de saúde materna. 4. COVID-19.  
5. Cuidados de enfermagem. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.  
Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

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

---

Assinatura

---

Data

Juliana Cristina Nascimento Guimarães

**Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 24 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucélia Luiz Pereira  
Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por proporcionar a oportunidade de manter meus estudos, força e coragem para percorrer meu caminho e enfrentar os desafios. Agradeço a Deus por mais essa vitória!

Aos meus pais, Cátia e Ricardo, que me tornaram o que sou hoje, que sempre foram meu suporte para todas as minhas realizações, compartilhando minhas angústias e conquistas durante minha trajetória. Vocês são e sempre serão meus exemplos de vida. A vocês, toda a minha gratidão, pois sem vocês nada disso seria possível!

Ao meu companheiro Eduardo, que sempre permaneceu ao meu lado incondicionalmente e que me incentivou e participou de todas as etapas, fornecendo refúgio para os momentos desafiantes e partilhando a alegria de cada sucesso com todo seu carinho e cuidado comigo. Muito obrigada amor!

À minha família e à minha irmã Carolina, que entenderam meus momentos de ausência, sempre me incentivando e apoiando, para que chegasse à conclusão deste sonho.

À minha orientadora, Professora Dra. Adriana Lenho, que acompanha o meu crescimento profissional desde a minha graduação, pela oportunidade de compartilhar os ensinamentos, amizade e dedicação, por todos os momentos de paciência e por me permitir dar voz a essas mulheres e construir um trabalho tão importante para meu processo pessoal, profissional e acadêmico. Tenho muito orgulho de ter sido sua orientanda.

À Banca Examinadora pelas suas contribuições, sugestões e compromissos dedicados à construção com este trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENf/UERJ), seu corpo docente, direção e administração, pelo qual tenho imenso respeito e admiração por ter me tornado enfermeira e hoje mestre em enfermagem. Agradeço pelos ensinamentos e por oportunizar uma nova perspectiva profissional.

Aos meus professores da pós-graduação, especialmente à Professora Dra. Andreza, que semeou a ideia deste trabalho, que me encorajou durante o processo seletivo do mestrado e por me auxiliar na construção da profissional e pesquisadora que sou hoje.

Aos meus amigos pessoais, que sempre se fizeram presentes com palavras de encorajamento e apoio. Aos amigos de trabalho, que sempre torceram por mim e me incentivaram a continuar determinada a alcançar este meu objetivo.

Aos colegas de turma do mestrado, que compartilharam comigo momentos de aprendizado, especialmente à minha amiga Deise, pela amizade e parceria durante esse período, compartilhando os momentos de risadas e angústias, o que tornou o caminho mais leve e alegre. Obrigada por todo apoio!

Às participantes deste estudo, as grandes protagonistas desta pesquisa, o meu muito obrigada! Sem vocês este trabalho não seria possível!

Por fim, agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído. Muito obrigada a todos!

A voz de minha bisavó ecoou criança nos porões do navio, ecoou lamentos de uma infância perdida. A voz de minha avó ecoou obediência aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe ecoou baixinho revolta no fundo das cozinhas alheias debaixo das trouxas roupagens sujas dos brancos pelo caminho empoeirado rumo à favela. A minha voz ainda ecoa versos perplexos com rimas de sangue e fome.

A voz de minha filha recolhe todas as nossas vozes, recolhe em si as vozes mudas caladas engasgadas nas gargantas. A voz de minha filha recolhe em si a fala e o ato. O ontem – o hoje – o agora. Na voz de minha filha se fará ouvir a ressonância, o eco da vida-liberdade.

*Conceição Evaristo*

## RESUMO

GUIMARÃES, Juliana Cristina Nascimento. **Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19**. 2022. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A população negra brasileira enfrenta desigualdades sociais e dificuldades de acesso a informações, serviços, políticas e ações de saúde. As manifestações do racismo na assistência obstétrica no contexto da covid-19 sob a ótica de mulheres negras são o objeto de pesquisa desta dissertação. O objetivo geral da pesquisa foi analisar as experiências e percepções das mulheres negras acerca das manifestações de racismo na assistência obstétrica e suas interfaces com a pandemia de covid-19. E os objetivos específicos visavam descrever as experiências das mulheres negras a respeito da assistência obstétrica no contexto da pandemia de covid-19 e discutir as manifestações de racismo na assistência obstétrica sob a perspectiva dessas mulheres. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa e descritiva, com 22 mulheres negras que tiveram parto normal ou cesariana durante a pandemia de coronavírus, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021. A coleta de dados ocorreu de janeiro a abril de 2021. As mulheres foram recrutadas em páginas e aplicativos das redes sociais. As entrevistas semiestruturadas ocorreram por videochamada. A análise temática proposta por Braun e Clarke foi utilizada. O estudo atendeu às legislações sobre a ética das pesquisas com seres humanos. As categorias temáticas do estudo foram: Violência e racismo institucional, Estratégias frente à violência e ao racismo, Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19. As mulheres negras residiam em capitais das regiões sudeste, sul e nordeste do Brasil. Doze delas possuíam o nível educacional superior completo, enquanto 5 cursavam o ensino superior, e as demais concluíram o nível médio. Elas referiram situações de violência e racismo durante a assistência obstétrica, caracterizada pelas atitudes preconceituosas, desrespeitosas, negligentes e situações de violência física e psicológica durante a assistência pré-natal e o parto, refletindo a intersecção entre racismo, sexismo e desigualdade social operantes nessa área da atenção à saúde. As mulheres negras utilizaram estratégias para se protegerem da violência e racismo institucional por meio dos privilégios de classe que as possibilitaram utilizar recursos próprios para pagar exames e contratar serviços de profissionais para apoiá-las no parto em busca de cuidados qualificados e respeitosos nas unidades da rede pública e privada, apesar de insuficientes diante do racismo institucional. A pandemia da covid-19 causou sentimentos de medo e insegurança devido ao risco de contágio pelo vírus SARS-CoV-2 no período da gestação e parto, às inadequações das medidas de proteção recomendadas durante o atendimento nas unidades de saúde, às restrições causadas pelo distanciamento social e ao direito ao acompanhante na maternidade. As manifestações do racismo na assistência obstétrica das mulheres negras durante a pandemia de covid-19 são contundentes e revelam o racismo institucional obstétrico como um problema de saúde pública que precisa ser aclarado, debatido e enfrentado, não podendo ser mais encoberto e explicado apenas por meio das práticas inadequadas e atitudes desrespeitosas que caracterizam a violência obstétrica. Sugere-se ampliar estudos e debates sobre o racismo na atenção obstétrica para mudar essa realidade de iniquidade social que não apenas prejudica a saúde das mulheres negras, mas também viola a sua dignidade humana.

Palavras-chave: Racismo. Discriminação Social. Gravidez. Parto. Covid-19. Enfermagem.



## ABSTRACT

GUIMARÃES, Juliana Cristina Nascimento. **Black women's experiences with obstetric care in the context of Covid-19**. 2022. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The black Brazilian population faces social inequalities and difficulties in accessing health information, services, policies and actions. The manifestations of racism in obstetric care in the context of covid-19 from the perspective of black women are the research object of this dissertation. The general objective of the research was to analyze the experiences and perceptions of black women about the manifestations of racism in obstetric care and their interfaces with the Covid-19 pandemic. And the specific objectives to describe the experiences of black women about obstetric care in the context of the Covid-19 pandemic and discuss the manifestations of racism in obstetric care from the perspective of these women. This is a qualitative and descriptive study with twenty-two black women who had normal delivery or cesarean section during the Covid-19 pandemic, from march 2020 to february 2021. Data collection occurred from january to april 2021. Women were recruited on social media pages and apps. The semi-structured interviews occurred by video call. The thematic analysis proposed by Braun and Clarke was used. The study complied with the laws on the ethics of research with human beings. The thematic categories of the study were: Violence and institutional racism, Strategies against violence and racism, Fear and insecurity caused by Covid-19 pandemic. The black women resided in capitals in the southeastern, Southern and northeastern regions of Brazil. Twelve of them had completed higher education, five were in higher education and the others had completed high school. The mentioned situations of violence and racism during obstetric care, characterized by prejudiced, disrespectful, negligent attitudes and situations of physical and psychological violence during prenatal care and childbirth, reflecting the intersection between racism, sexism and social inequality operating in this area of health care. Black women used to protect themselves from violence and institutional racism through class privileges that allowed them to use their own resources to pay for exams and hire professional services to support them in childbirth in search of qualified and respectful care in public health units and private, despite being insufficient in the face of institutional racism. The Covid-19 pandemic caused feelings of fear and insecurity due to the risk of contagion by the SARS-CoV-2 virus during pregnancy and childbirth, the inadequacies of the recommended protection measures during care in health unit and the restrictions caused by the social distancing and the right to a companion in maternity. The manifestations of racism in the obstetric care of black women during the Covid-19 pandemic are undeniable and reveal institutional obstetric racism as a public health problem that needs to be clarified, debated and faced, and can not longer be covered up and explained only through the inappropriate practices and disrespectful attitudes that characterize obstetric violence. It is suggested to expand studies and debates on racism in obstetric care to change this reality of social inequity that not only harms the health of black women, but violates their human dignity.

Keywords: Racism. Social Discrimination. Pregnancy. Parturition. Covid-19. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos.....	17
Quadro 1 –	Categorias temáticas e subtemas correspondentes.....	50
Tabela 1 –	Caracterização das participantes.....	111
Quadro 2 –	Comparativo com estudos que compuseram a revisão integrativa .....	113
Quadro 3 –	Referente aos códigos temas por categoria .....	114

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CDC	Centro de Controle de Prevenção de Doenças
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FNB	Frente Negra Brasileira
ICD	Instrumento de Coleta de Dados
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>MARCO TÉORICO-CONCEITUAL</b> .....	20
1.1	<b>Iniquidades raciais na Saúde</b> .....	20
1.2	<b>Interseccionalidade: a interação entre raça e gênero</b> .....	27
1.3	<b>Questões interseccionais na assistência obstétrica</b> .....	35
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	45
2.1	<b>Abordagem metodológica</b> .....	45
2.2	<b>Cenário do estudo</b> .....	45
2.3	<b>Participantes e critérios de inclusão e exclusão</b> .....	46
2.4	<b>Coleta de dados</b> .....	47
2.5	<b>Análise de dados</b> .....	49
2.6	<b>Aspectos éticos em pesquisa</b> .....	51
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
3.1	<b>Violência e racismo institucional</b> .....	52
3.2	<b>Estratégias de proteção frente à violência e ao racismo</b> .....	68
3.2.1	<u>Privilégios associados à classe</u> .....	68
3.2.2	<u>Acesso a informações e cuidados respeitosos e qualificados</u> .....	76
3.3	<b>Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19</b> .....	84
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	94
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	106
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	107
	<b>APÊNDICE C – Tabela 1 - Caracterização das Participantes</b> .....	110
	<b>APÊNDICE D – Quadro 2 - Comparativo com estudos que compuseram a</b>	

revisão integrativa .....	112
<b>APÊNDICE E</b> – Quadro 3 - Referente aos códigos temas por categoria .....	113
<b>ANEXO</b> – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ .....	115

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa as manifestações do racismo na assistência obstétrica no contexto da covid-19 sob a ótica de mulheres negras.

A minha motivação para a realizar a presente pesquisa decorreu da minha busca pessoal e profissional. Por ser uma mulher negra, a minha vida foi sempre permeada por muitos desafios, pois eu nasci em uma família humilde, mas que sempre me incentivou a estudar. Fui a primeira pessoa da família a ingressar no ensino superior. Iniciei a graduação em enfermagem em uma universidade pública e entrei pelo sistema de reserva de vagas ou cotas para negros. Apesar de ser uma unidade acadêmica tão diversificada e democrática, a minha cor e a minha classe social eram diferenciadas da maioria das minhas colegas do curso de graduação, fazendo-me perceber que a cor era influente no acesso à educação universitária.

Durante a minha formação no curso de graduação, tive a oportunidade de atuar como bolsista de extensão e iniciação científica na área de saúde da mulher. Os temas de racismo institucional e violência obstétrica sempre me despertaram grande interesse, em razão da minha necessidade de compreender a construção social de ambas as problemáticas em saúde e as experiências vivenciadas pelas mulheres negras no cenário obstétrico. Em virtude disso, a minha motivação para estudar a temática desta dissertação iniciou durante a graduação e continuou na residência em enfermagem obstétrica, quando estudei as desigualdades raciais na assistência obstétrica.

As desigualdades de raça/cor são documentadas nas pesquisas em saúde, nacionais e internacionais, sendo verificado que as pessoas pretas, pardas e indígenas possuem níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis em comparação com as de cor branca (LEAL et al., 2017; PRATHER et al., 2018; ALMEIDA et al., 2019). No Brasil, a população negra é afetada por vulnerabilidades sociais que repercutem negativamente no seu acesso a informações, serviços, políticas e ações em saúde. Isso resulta em exclusão, condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldade de acesso aos serviços e preconceitos manifestados durante o atendimento (THEOPHILO et al., 2018).

O racismo estrutural é definido como uma abordagem sistemática utilizada para influenciar leis e processos para distribuir desigualmente o acesso aos bens, às oportunidades e aos serviços na sociedade por grupo racial, na qual a população negra é desfavorecida. Nesse sentido, o racismo é uma grave ameaça à saúde das pessoas negras, pois opera nos níveis individual, interpessoal e estrutural, mantendo as disparidades sociais inalteradas

(CHAMBERS et al., 2020). O racismo se manifesta de diversas formas e até mesmo de formas explícitas, mas tende ainda a ser invisível aos olhos da sociedade e a ser explicado como fruto da desigualdade econômica, e não racial, mantendo-se, assim, estruturalmente na sociedade e influenciando o comportamento das pessoas e das instituições (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

A discriminação racial construída historicamente ainda persiste no Brasil, refletindo-se na vida das pessoas pretas através do *continuum* de sua posição marginalizada na sociedade e recebimento de piores cuidados (ALMEIDA et al., 2019). A desigualdade racial no ambiente de saúde pode interferir na qualidade dos serviços, no modo como as pessoas negras acessam as unidades de saúde, nas vivências e nas percepções dos cuidados e como se envolvem com os profissionais, repercutindo de forma negativa a saúde física e mental da população negra (BEN et al., 2017). Esses efeitos negativos afetam particularmente as mulheres negras brasileiras, em razão de o Brasil ser um país marcado pelas desigualdades sociais, de gênero e raciais que resultam em condições desfavoráveis de acesso aos serviços de saúde (SOUZA et al., 2020).

As desigualdades raciais também são evidenciadas na atenção pré-natal no Brasil, pois ser preta é visto como um fator de risco para desfechos negativos na gestação e parto. As mulheres negras correspondem a 97% das gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde, porém elas têm menor quantitativo de consultas e maiores taxas de início de pré-natal tardio. Ressalta-se que, apesar da ampliação da cobertura da assistência pré-natal, as mulheres negras têm mais desvantagens na qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde em comparação com as mulheres de cor branca (ALMEIDA et al., 2019).

A morbimortalidade relacionada à gravidez afeta desproporcionalmente as mulheres negras. As mulheres afro-americanas têm risco aumentado para hipertensão arterial relacionada à gravidez, hipertensão arterial crônica, menor acesso a atendimento qualificado no pré-natal e a outros serviços de saúde preventiva. Além disso, essas mulheres têm risco de três a quatro vezes maior de morte relacionada à gravidez em comparação com mulheres brancas (PRATHER et al., 2018).

Estima-se que as mulheres negras americanas têm duas a três vezes mais chances de mortalidade infantil e filhos com baixo peso ao nascer do que as mulheres brancas. Mesmo quando associados os fatores sociodemográficos, como renda e escolaridade, os dados evidenciam que as mulheres e os bebês negros estão mais expostos ao racismo, e isso causa impactos negativos nos resultados da saúde materno-infantil (CHAMBERS et al., 2020).

A morbimortalidade neonatal também está relacionada com disparidades raciais no Canadá, uma vez que recém-nascidos negros têm duas vezes mais chances de risco de morbidades graves associadas a deficiências neurológicas, comportamentais e desenvolvimento físico e cognitivo, prejudicando-os ao longo de sua vida. Os bebês negros também são a maioria daqueles que nascem prematuramente e com maiores taxas de admissão em unidades de terapias intensivas neste país (BECK et al., 2020).

No Brasil, as desigualdades raciais ocasionam à população negra maior exposição a riscos na assistência à saúde, visto que há maior proporção de mortalidade materna nas mulheres pertencentes a grupos étnico-raciais, como pardas, negras e indígenas. A razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior entre as mulheres pretas/pardas em comparação com as mulheres brancas (LEAL et al., 2017).

Em decorrência dessas disparidades raciais na saúde, torna-se necessário considerar o impacto da pandemia da covid-19 na assistência obstétrica, sobretudo nas mulheres negras. Os dados do Boletim do Ministério da Saúde registraram 14.592 casos em gestantes, no período de janeiro a outubro de 2021, e verificou que o número de casos e a taxa de óbitos são maiores em mulheres pardas/pretas, representando 51,6% do total das mortes em gestantes desse grupo por covid-19, enquanto em mulheres brancas foi apresentado o total de 38,2% óbitos (BRASIL, 2021).

Os dados sobre as disparidades raciais durante a pandemia no Brasil ainda precisam ser mais bem explicitados e analisados. Os boletins epidemiológicos acerca dos casos confirmados de covid-19 divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) só passaram a informar a estratificação por raça/cor após as reivindicações dos movimentos sociais negros e da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Essa ausência de informação segundo raça/cor pode ser interpretada como uma expressão do racismo institucional (SANTOS et al., 2020).

No cenário brasileiro e dos países em desenvolvimento, a pandemia da covid-19 provocou impactos socioeconômicos e desigualdades de gênero e raça na saúde sexual e reprodutiva. A assistência obstétrica está fragilizada atualmente pela falta de planejamento de políticas públicas e pela ausência de monitoramento, como também por diversas mudanças na gestão do Ministério da Saúde brasileiro. Essa fragilidade pode agravar os riscos às gestações indesejadas, aos abortos inseguros, ao aumento da violência obstétrica e à mortalidade materna e neonatal (PAES et al., 2021). Em locais de baixa renda, as consequências da pandemia podem envolver deficiências de infraestrutura e, por consequência, maior número de pessoas em áreas de espera comuns para o atendimento pré-natal, o aconselhamento



contraceptivo e demais serviços de saúde reprodutiva, podendo aumentar o risco à transmissão do viral (HUSSEIN, 2020). Diante deste cenário adverso, é importante garantir o direito das mulheres a uma assistência qualificada à saúde, o acesso aos serviços de saúde sexuais e reprodutivos e o atendimento pré-natal de qualidade que contemplem a integralidade e a humanização da assistência (SOUZA et al., 2020).

Em razão do contexto de desigualdades raciais e de pandemia, com possibilidade de importantes repercussões na saúde pela iniquidade de acesso das mulheres negras aos cuidados qualificados, torna-se necessário estudar as perspectivas das mulheres negras sobre a assistência obstétrica no contexto da covid-19, considerando a raça/cor como marcador da experiência. Assim sendo, o presente estudo partiu das seguintes questões norteadoras: quais são as experiências e percepções das mulheres negras acerca da assistência obstétrica no contexto da pandemia de covid-19? Como o racismo se manifesta na assistência obstétrica na perspectiva das mulheres negras?

O objetivo geral da pesquisa é:

- Analisar as experiências e percepções das mulheres negras a respeito das manifestações do racismo na assistência obstétrica e nas suas interfaces com a pandemia de covid-19.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Descrever as experiências das mulheres negras acerca da assistência obstétrica no contexto da pandemia de covid-19.
- Discutir as manifestações de racismo na assistência obstétrica sob a perspectiva destas mulheres.

A proposição desta pesquisa se justifica por razões pautadas na maior prevalência de desfechos negativos da assistência ao parto e de taxas mais elevadas de mortalidade materna entre mulheres negras em comparação com as mulheres brancas, assim como pela tendência de aumento das disparidades raciais em saúde em decorrência da pandemia. Além disso, focaliza as perspectivas e pontos de vistas das mulheres negras em relação à assistência oferecida nas unidades da atenção obstétrica, dando voz a esse grupo social que sofre consequências do racismo na sua saúde, que, por vezes, é velado na sociedade brasileira.

Corroborando, o contexto da pandemia da covid-19 é recente e, portanto, a produção científica ainda está em construção sobre a temática, sobretudo acerca das consequências ou repercussões desse contexto na saúde das mulheres negras no período gravídico-puerperal e

na assistência a elas prestada na atenção obstétrica. Embora, deve-se destacar o empenho de vários pesquisadores e instituições nacionais e internacionais para a construção das evidências científicas sobre o tema.

Para acessar os estudos já desenvolvidos, realizou-se a busca em base de dados por meio da estratégia PCC, na qual: o P – problema: assistência obstétrica das mulheres negras; o C – conceito: racismo e suas manifestações; e o C – contexto: atenção à saúde na covid-19.

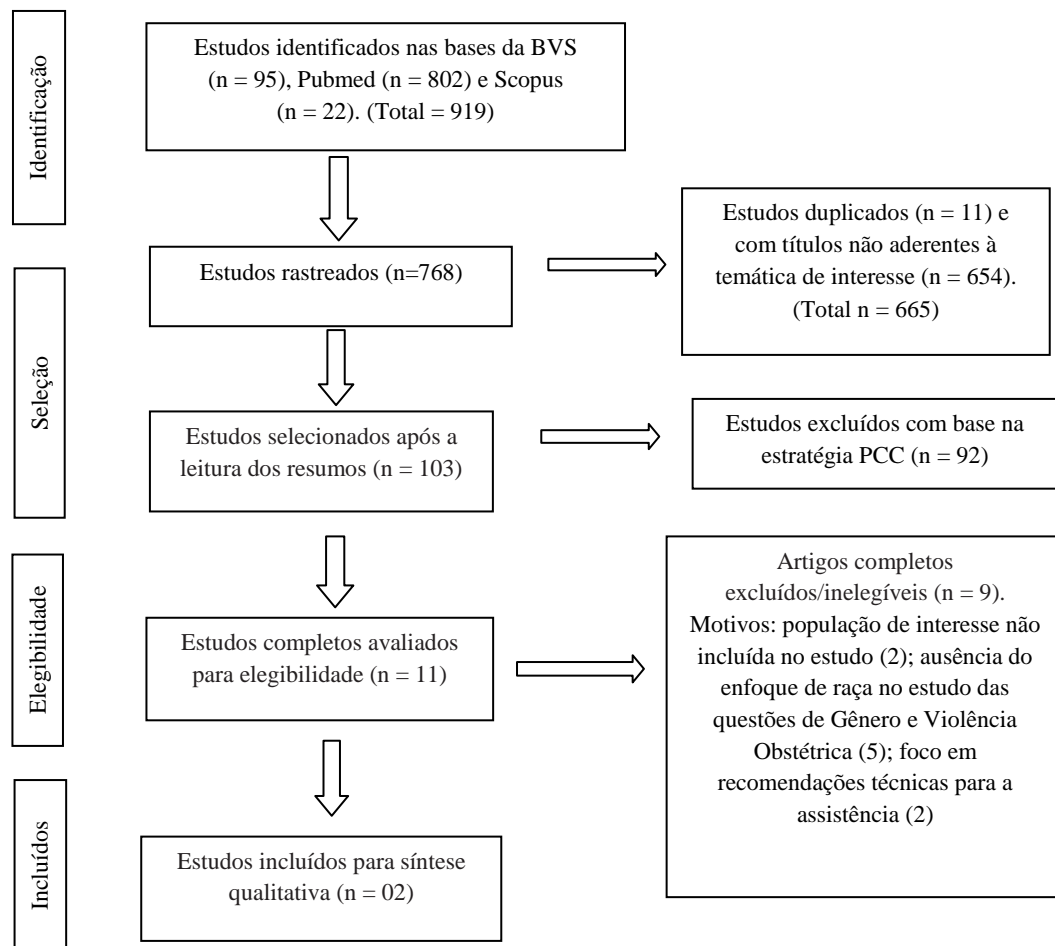
A busca dos estudos ocorreu no dia 27 de agosto de 2020 e nas seguintes bases: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) por meio do motor de busca PubMed da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (US National Library of Medicine - NLM) e Base Scopus da Elsevier®.

Os descritores em português e as suas combinações foram os seguintes: (“Gravidez” OR “Serviços de Saúde Materna” OR “Mulher Grávida” OR “Mulheres Grávidas” OR “Parturiente” OR “Parturientes” OR “Parto” OR “Nascimento” OR “Parturição”) AND (“Racismo” OR “Desigualdade Racial em Saúde” OR “Discriminação Racial” OR “Preconceito Racial” OR “Racialismo” OR “Viés Racial” AND “covid-19” OR “2019-ncov” OR “Novo Coronavírus” OR “2019ncov” OR “Betacoronavírus”).

Em correspondência, os descritores em inglês utilizados foram os seguintes: (“Pregnant, Woman” OR “Women, Pregnant” OR “Maternal Health Services” OR “Parturition” OR “Birth” OR “Childbirth” AND “Racism” OR “Discrimination, Racial” OR “Bias Racial” OR “Racial Prejudice”) AND (“covid-19” OR “2019-ncov” OR “2019ncov” OR “SARS-CoV-2 infection” OR “coronavirus infections” OR “COVID-19 pandemic” OR “2019 novel coronavirus disease” OR “coronavirus disease-19” OR “Betacoronavírus”).

Os critérios de seleção adotados foram artigos cujos título, resumo e assunto versam sobre o racismo e questões raciais das mulheres assistidas em unidade de saúde no período da gestação, parto e puerpério no contexto da pandemia da covid-19. Excluíram-se artigos que não estudaram as mulheres negras, com indisponibilidade do texto completo e publicados em idioma diverso das línguas portuguesa, inglesa ou espanhola.

O processo de busca resultou em 919 publicações. Dessas, 151 não correspondiam à temática de interesse. Após a leitura dos títulos, excluíram-se 654 estudos, e 11 foram excluídos por se tratar de estudos duplicados, resultando em 103 estudos, e, depois da leitura de seus resumos, 91 publicações foram excluídas. Entre esse conjunto de publicações – 13 artigos –, um não apresentava resumo, e não foi possível acessar o conteúdo de um artigo na íntegra, resultando em 11 estudos selecionados para a leitura do texto completo.

**Figura 1** – Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos

Fonte: A autora, 2020.

Entre os 11 estudos selecionados, nove artigos foram excluídos por não estudar ou retratar a população de interesse, as mulheres negras. Eles abordam sobre as recomendações técnicas para a assistência e sobre as disparidades de gênero e a violência obstétrica sem enfoque na questão racial. Portanto, a presente revisão foi composta de dois artigos publicados na base PubMed, como descrito no fluxograma.

Cabe destacar que a temática da covid-19 é muito recente, a produção científica sobre essa doença pandêmica sofre mudanças rapidamente e, portanto, a estratégia de busca em outro momento pode acrescentar mais resultados ao que foi encontrado. Os dois artigos selecionados apresentam discussões diferentes dentro da temática, sendo um deles resultante de estudo brasileiro e publicado em periódico internacional, apresentado no quadro comparativo com estudos que compuseram a revisão (apêndice D).

O relato de casos no Brasil, em Carta ao Editor, fez uma análise preliminar dos casos notificados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em gestantes ou puérperas e com dados completos sobre raça até 14 de julho de 2020 (n = 1.860 mulheres). Esses dados foram extraídos do Sistema Brasileiro de Vigilância de SRAG, com uma amostra de 669 mulheres, caracterizada por 134 mulheres negras e 535 brancas (SANTOS et al., 2020).

A idade média das mulheres negras e brancas foi de 30,3 a 30,6 respectivamente. Elas apresentavam perfis de morbidade decorrentes de diabetes mellitus gestacional e pré-gestacional, doenças cardíacas, obesidade e hipertensão crônica e gestacional. As mulheres negras apresentaram piores condições de adoecimento na hospitalização, como maior taxa de admissão em unidade de terapia intensiva (27,6%) em comparação com as mulheres brancas (19,4%). As mulheres negras também necessitaram mais de ventilação mecânica, correspondente a 14,9%, enquanto 7,3% das mulheres brancas precisaram desse suporte ventilatório (SANTOS et al., 2020).

Quanto à mortalidade materna consequente da covid-19, 17,9% das mulheres negras vieram a óbito e 8,9% das mulheres brancas morreram, o que representou duas vezes mais óbitos em mulheres de cor preta que as de cor branca. Os autores sugerem que a interseccionalidade entre o gênero, a raça e a classe pode ser um agravante dos números de mortes maternas por covid-19 no Brasil, além da falta de medidas de proteção sociais eficazes nas comunidades vulneráveis e da necessidade de fortalecimento dos serviços de atenção primária (SANTOS et al., 2020).

O estudo coorte prospectivo de base populacional do Reino Unido utilizou também os dados do sistema de vigilância e notificação de 194 hospitais e analisou uma amostra de 427 mulheres grávidas internadas por infecção por SARS-CoV-2 no país, de 1.º de março até 29 de abril de 2020 (KNIGHT et al., 2020). A maioria dessas mulheres apresentaram sintomas comuns, como febre, tosse e falta de ar, sendo que 62% das mulheres deram à luz no hospital ou perderam o conceito. Deram à luz prematuramente 66 mulheres – 80% tiveram partos prematuros iatrogênicos, sendo 48% devido à covid-19 materna e, nas demais, por outras causas. Necessitaram de cuidados intensivos 10% das mulheres, e quatro receberam ventilação mecânica. Houve cinco óbitos maternos, sendo que três mortes por covid-19 e duas por outras causas (KNIGHT et al., 2020).

Em relação aos resultados de transmissão da infecção em recém-nascidos, 67 dos 265 nascidos vivos – o que corresponde a 25% – foram admitidos em uma unidade neonatal, em sua maioria devido à prematuridade. Os bebês que testaram positivo para covid-19 foram 12 (5%). Destes, seis bebês tiveram resultado que ocorreu nas primeiras 12 horas após o

nascimento, aventando-se a possibilidade de transmissão vertical do vírus. Cinco bebês morreram, entre eles três nasceram mortos e dois morreram durante o período neonatal. Além disso, verificam-se desigualdades étnicas, pois mais da metade (56%) das grávidas com covid-19 eram negras ou de grupos étnicos minoritários (KNIGHT et al., 2020).

Os dois estudos mencionam que houve aumento nas desigualdades de gênero e raciais, além da violência obstétrica na população em geral relacionadas com a pandemia. As disparidades raciais na assistência obstétrica foram identificadas nos seus achados, entretanto cabe ressaltar que o estudo internacional realizado no Reino Unido não objetivava examinar as diferenças étnico-raciais nos desfechos maternos e perinatais.

Essa falta de estudos sobre a discriminação racial no âmbito dos serviços de saúde pode ser entendida como racismo institucional. Este ainda é um tema pouco explorado pelos pesquisadores, fato que contribui para a reprodução e naturalização das práticas discriminatórias nesses serviços (DOMINGUES et al., 2013).

Nesse sentido, esta dissertação buscou contribuir com a produção de conhecimentos aplicáveis à prática para redução das desigualdades raciais na assistência à saúde da mulher, ampliar a compreensão das implicações de uma pandemia e como afetaram os serviços de saúde, e subsidiar o empoderamento das mulheres negras para o enfrentamento do racismo na saúde.

Para o ensino, intentou-se incentivar a discussão sobre o conteúdo da formação de futuros enfermeiros, proporcionando reflexão crítica sobre as desigualdades raciais na saúde e na assistência obstétrica, visto que, apesar das disparidades expostas nos estudos sobre o tema, ainda possuem poucos estudos no meio científico com recorte racial, especialmente na área obstétrica.

Ademais, a pesquisa contribuiu para a ampliação do conhecimento científico em saúde e enfermagem sobre a temática do racismo e de sua inclusão nos currículos dos diversos níveis da formação profissional em saúde, inclusive o nível elementar e técnico. Objetiva-se, com isso, ampliar a efetividade das ações de redução da mortalidade materna em mulheres negras e, assim, alcançar um cuidado qualificado e equitativo, independentemente da cor da pele e classe social.

## 1. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

### 1.1 Iniquidades raciais na Saúde

Os negros representam 56,1% da população brasileira, segundo os dados do IBGE, em 2019. No entanto, a maioria vive na linha da pobreza e em piores condições socioeconômicas, trabalha em atividades menos valorizadas, dispõe de menor representatividade na política e órgãos públicos, e tem pior acesso à educação e à saúde. Quando se observa a estratificação por gênero, as mulheres negras correspondem a 52% da população feminina, mas elas enfrentam mais exclusão social em comparação com as mulheres brancas e homens negros. Tais resultados denotam que as desigualdades raciais têm origens históricas e se perpetuam na sociedade brasileira (IBGE, 2019).

A raça, sob o ponto de vista biológico, demarca diferenças biológicas entre os indivíduos, mas pode ser também um constructo sociopolítico e marcador de iniquidades e injustiças sociais. Como variável social, a raça é modelada pelo contexto histórico, socioeconômico, cultural e epidemiológico ao ser utilizada como categoria para estratificar e compreender as relações sociais, como também na saúde (BARATA, 2009).

A raça, como categoria social, exhibe que os humanos não são estratificados apenas com base biológica, mas dá significado ao mundo social por meio dos processos de distinção e hierarquização, assim como nas formas de significação, interpretação, classificação e orientação entre os seres humanos (SANTOS, 2021). A noção de raça foi utilizada como forma de legitimar as relações sociais e de dominação decorrente da colonização, servindo para sustentar, no senso comum, a posição de superioridade da raça branca e a visão estereotipada da raça negra como primitiva, preguiçosa e atrasada. Esses atributos de diferença “inata” têm sido utilizados para justificar e invisibilizar as relações de hierarquização e práticas de superioridade e inferioridade entre as pessoas (MAYORGA, 2017).

O racismo opera como um biopoder ao constituir a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer, especialmente em sociedades com o passado colonial, pois a ideologia de raça controla a distribuição de poder dos indivíduos em grupos, e essa subdivisão estabelece a estrutura social. Essa ideologia é justificável sob o ponto de vista do biopoder,

uma vez que o racismo sempre esteve presente nos discursos das políticas e lutas por classes, especialmente quando se referia a desumanizar e dominar outros povos (MBEMBE, 2014).

O conceito de raça é socializado e, por conseguinte, o racismo é incorporado nas relações sociais, reproduzindo-se na hierarquização entre pessoas e na manutenção de políticas racializadas. A raça também desempenha um importante papel nas desigualdades sociais, econômicas e de saúde, ao funcionar como elemento que naturaliza as iniquidades sociais, raciais e de saúde (MONAGREDA, 2017). Desse modo, as condições não são iguais para todos, embora a busca por igualdade pautar-se como semelhança e a equidade é chamada de justiça. Uma vez que a equidade é uma forma de lutar por igualdade na saúde, inclusive no âmbito dos determinantes sociais da saúde, a iniquidade em saúde representa o fracasso em superar as barreiras provocadas pelas desigualdades (MILTENBURG et al., 2016).

A equidade é um princípio do SUS e visa à redução das diferenças entre os indivíduos e ao atendimento das pessoas de acordo com suas necessidades. A equidade em saúde reconhece as diferentes condições de vida e saúde dos indivíduos, além de considerar que o direito à saúde deve ser para todos, apesar das diferenças sociais e da necessidade de contemplar a diversidade entre as pessoas. A equidade pode ser alcançada aumentando a conscientização na comunidade e nos profissionais de saúde por meio da integração da consciência racial em programas de saúde pública e da promoção do cuidado centrado na pessoa. A equidade racial busca equiparar as diferenças entre negros e brancos, assim como oferecer à população negra as condições de vida necessárias (COBINAH; LEWIS, 2018).

Apesar dessas premissas, ao longo de sua história, os sistemas de atenção à saúde da população brasileira podem ser vistos como decorrentes das lutas empreendidas pela população excluída, e a população negra sempre fez parte dos segmentos socialmente excluídos no país (WERNECK, 2010).

Considerando a história dos movimentos sociais do povo negro, um dos primeiros movimentos antirracistas nas Américas foi a Revolução para a independência do Haiti, em 1804. O país tornou-se a primeira república negra e um marco na trajetória das lutas dos negros, além de uma inspiração para outros países latino-americanos com regimes escravistas, como o Brasil. Apesar disso, o Brasil foi o último país no continente americano a abolir oficialmente a escravidão, em 1888, apesar dos movimentos abolicionistas antecedentes, como a lei Eusébio de Queirós, de 1850; a Lei do Ventre Livre, de 1871; e a Lei dos Sexagenários, de 1885 (COGO, 2019).

Apesar de quase um século e meio do fim da escravidão no Brasil, a herança discriminatória da escravidão ainda é vívida na sociedade, e o racismo continua demarcando

as profundas desigualdades sociais que caracterizam o país (COGO, 2019). Essa influência pode ser exemplificada pelo ideal de branqueamento da sociedade e pela estratégia do Estado de incentivos para a imigração de europeus no período de 1880 a 1930, que consolidaram a exclusão social do povo negro no país e o fortalecimento do pensamento dominante de hierarquização das pessoas em grupos sociais e segregação pelas características físicas (MONAGREDA, 2017).

Devido à falta de oportunidades para a população negra no século XX, surgem movimentos de oposição às classes dominantes e reivindicação da inclusão dos negros na sociedade para o alcance de melhores oportunidades. Esses movimentos ocorrem em diferentes fases de mobilizações em defesa de direitos fundamentais, no combate ao racismo e na eliminação da discriminação racial (VIEIRA, 2015; WERNECK, 2010).

Em 1931, os movimentos de resistência da população negra visavam unificar e preservar a sua cultura, a exemplo da fundação da Frente Negra Brasileira (FNB). A FNB buscou engajamento na assistência social, na educação e na saúde, além da realização de pesquisas a fim de conscientizar a sociedade sobre discriminação e racismo (BRASIL, 2013; VIEIRA, 2015). A partir de então, as demandas da população negra começaram a ganhar maior importância na política. No entanto, o mito da democracia racial, os processos históricos de branqueamento da sociedade e a ideologia da mestiçagem assumidos pelos governos populistas dos anos de 1940 fizeram com que as diferenças raciais e suas consequências ficassem obscurecidas, sendo esse ideário essencialista e acrítico disseminado na sociedade, sobretudo pelas elites brasileiras (MONAGREDA, 2017).

Neste contexto histórico, ressalta-se a importância da proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, uma vez que ela indicou mudanças para a questão racial e deu origem a tratados subsequentes e relevantes para o enfrentamento da discriminação racial. Um exemplo foi a Convenção 111 da Organização Internacional do Trabalho, em 1958, que tratava da discriminação no trabalho; houve também a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, em 1965 (ALMEIDA, 2018).

Em 1950, a Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) patrocinou estudos sobre as relações raciais no Brasil que representaram mudanças na pesquisa e reflexões sobre as relações étnico-raciais. Nessa ocasião, iniciou-se a politização do movimento negro sobre o modelo de sociedade, com inspiração nos movimentos de libertação na África e nos direitos civis nos EUA, que estimularam um sentimento de luta unificada em âmbito internacional (VIEIRA, 2015).



Posteriormente, em 1988, promulgou-se a atual Constituição Federal do Brasil que representou um contexto de reconstrução da ordem democrática baseada na promoção do bem-estar social, justiça social e ações afirmativas para a população negra. Entre os avanços nessas ações, destacam-se a criminalização do racismo por meio da Lei nº 7716 de 1989, ampliada depois pela Lei nº 9.459, de 13 de maio de 1997, que tipificou o crime de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Mais tarde, cria-se o Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288 de 2010, e o sistema de reserva de vagas para acesso às universidades públicas, Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, expandindo para o âmbito nacional as iniciativas anteriores de alguns estados, como o Rio de Janeiro, desde 2001 (ALMEIDA, 2018; WERNECK, 2016).

Na área da saúde, na década de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária e a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde defendiam o direito à saúde universal e contaram com a participação do movimento negro (GOMES et al., 2017). Nessa época, emergiram movimentos sociais negros em busca de melhores condições de vida, como a Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, que lutava pelo fim do racismo e das desigualdades raciais e pelo direito a vida e cidadania (CHEHUEN NETO et al., 2015). Esse movimento resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População para debater as reivindicações sobre a saúde da população negra (BRASIL, 2013). Posteriormente, o quesito cor foi incluído nas declarações de nascidos vivos e de óbito, em 1996, e passou a constar nos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (WERNECK, 2010).

Pouco depois, o Brasil participa da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, na África do Sul, em 2001, em que se discute a questão racial e sobre o papel dos setores públicos no combate ao racismo e às desigualdades sociais de maneira mais efetiva (WERNECK, 2010). Destaca-se também a atuação do Movimento Social Negro Brasileiro nas 11.<sup>a</sup> e 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, nos anos 2000 e 2003, respectivamente, sendo criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003. A SEPPIR buscava a promoção da igualdade e proteção dos direitos das pessoas e grupos raciais, através de organização e gerenciamento das políticas de diversos ministérios do Estado brasileiro, como o da Saúde (GOMES et al., 2017; BRASIL, 2013).

O racismo institucional no Brasil decorre do apagamento histórico e da ausência de discussão sobre as desigualdades raciais sistêmicas e estruturais. Contudo, em 2001, cria-se o Programa de Combate ao Racismo Institucional destinado à promoção da igualdade e

equidade no acesso aos serviços públicos e ao mercado de trabalho. O programa parte do reconhecimento de que o racismo está estruturalmente presente nas relações, práticas e normas sociais, causando a diferenciação no acesso a bens, serviços e oportunidades entre as pessoas segundo a sua raça (HOGAN et al., 2018).

Em 2004, durante o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, elaborou-se o documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, que é estruturado em quatro componentes, a saber: produção de conhecimento científico; capacitação dos profissionais de saúde; informação da população e atenção à saúde. Nesse ano, instituiu-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), integrado por pesquisadores, ativistas na luta antirracista e especialistas em saúde da população negra, com a finalidade de desenvolver políticas, programas e ações voltadas para as necessidades da população negra (BRASIL, 2013). Posteriormente, em 2005, a I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial foi realizada, e houve destaque para a relevância dos avanços em saúde a fim de estabelecer melhorias da qualidade de vida da população negra (WERNECK, 2016).

Entre as políticas públicas para redução das vulnerabilidades e desigualdades sociais no Brasil, em 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para garantir a equidade e efetivação do direito humano à saúde da população negra (CHEHUEN NETO et al., 2015). Contudo, a pactuação das três esferas de governo – municipal, estadual e federal – da PNSIPN na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorreu somente em 2008. No ano seguinte, em 2009, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, instituindo essa Política para estabelecer ações estratégicas de enfrentamento e reduzir as iniquidades e disparidades raciais na saúde (GOMES et al., 2017).

A proposição da PNSIPN decorreu das lutas dos movimentos sociais negros para reduzir as repercussões negativas da discriminação e opressão sofrida pelos negros ao longo da história (GOMES et al., 2017). Essa política propiciou maior enfoque nas desigualdades raciais na saúde, mas a sua implementação ainda ocorre de forma desigual, perpetuando-se as disparidades e permanecendo as iniquidades raciais em saúde. (HOGAN et al., 2018).

Essas ações governamentais constituem importantes iniciativas e estratégias de enfrentamento da discriminação étnico-racial nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013). No entanto, os desafios continuam e são consequentes, em parte, pelos efeitos subjetivos do mito da democracia racial e percepção de segmentos elitizados da sociedade brasileira de que as

políticas afirmativas seriam uma forma de privilégio e, portanto, desnecessárias diante do princípio constitucional de todos os indivíduos iguais perante a lei, independentemente de sua raça ou cor (CHEHUEN NETO, 2015).

A perpetuação do racismo no Brasil deve ser pensada em face das condições sociais da saúde das pessoas negras. Apesar das conquistas políticas nos últimos anos, a cultura permanece reproduzindo discriminações, preconceitos e desigualdades e exercendo influência no funcionamento de toda a vida social, instituições, organizações e relações entre as pessoas (BRASIL, 2013). A ideia de democracia racial no país foi utilizada como forma de modernização e reconstrução da identidade nacional do país, produzindo a enunciação das teorias de mestiçagens que não apenas elaboraram um novo tipo racial, mas também formariam um sentido de igualdade social na população que dificulta a consciência crítica sobre os conflitos étnico-raciais e as desigualdades sociais dos grupos historicamente estigmatizados, oprimidos e excluídos (MONAGREDA, 2017).

Portanto, a despeito da perspectiva do direito constitucional de igualdade, a população brasileira recusa sua origem negra e mestiça. Assim, falar em negritude ou ter políticas sociais para negros tem sido visto por alguns segmentos sociais como um modo de segregação da identidade racial do país, o que dificulta ainda mais o combate ao racismo no país. Além disso, historicamente, a sociedade brasileira demarca os espaços sociais não apenas pelas condições socioeconômicas, mas também pela aparência e cor da pele dos sujeitos (ASSIS, 2018).

Em contraponto, o referencial dos determinantes sociais da saúde coloca a raça no centro do debate, juntamente com a classe e o gênero, e auxilia no enfrentamento de suas consequências em saúde determinadas pela raça ou pela cor da pele (GOMES et al., 2017). Os determinantes sociais em saúde incluem as condições sob as quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, assim como determina também o acesso à educação, renda, moradia, acesso a cuidados, segurança e alimentação. Desse modo, as desigualdades sociais produzidas pelo racismo condicionam a população negra a estruturas sociais inferiores (CREAR-PERRY et al., 2021).

Por outro lado, os determinantes sociais de saúde definem características sociais que impactam a saúde por meio de uma padronização histórica das estruturas sociais. As ações de saúde pública partem de um processo de categorização dos indivíduos em diferentes posições sociais, como condições de saúde e de exposição ao risco. Portanto, as disparidades raciais afetam negativamente a vida e prejudicam as suas múltiplas dimensões e contextos, a exemplo do trabalho, da educação e da saúde (HOGAN et al., 2018; WILLIAMS;

LAWRENCE; DAVIS, 2019). As iniquidades determinadas pela raça expõem as pessoas negras a maior vulnerabilidade de adoecimento e morte, envolvendo também a problemática do racismo institucional. Esse tipo de racismo ocorre de forma implícita e por meio de estereótipos sociais negativos sobre a população negra que são reproduzidos pela sociedade, determinando o atendimento, a atenção à saúde e o cuidado das pessoas (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Em consideração à preservação da dignidade da pessoa humana, os direitos sexuais e reprodutivos são uma conquista importante para que os governos façam investimentos para a garantia do exercício desses direitos, o acesso à saúde reprodutiva, a decisão compartilhada no planejamento familiar e a paternidade responsável. Apesar dos avanços na equidade de gênero e saúde das mulheres, o momento atual do Brasil é de constante luta contra retrocessos de direitos sexuais e reprodutivos já conquistados (ALVES; CAVENAGHI, 2019).

Ao considerar a saúde das mulheres sob a lente da justiça reprodutiva, viabilizam-se reflexões sobre os determinantes estruturais das iniquidades em saúde. A justiça reprodutiva envolve o direito humano à autonomia individual de decidir sobre a concepção de filhos, bem como criá-los em uma sociedade segura (CREAR-PERRY et al., 2021). Sob a perspectiva das feministas negras, como Leila Gonzalez, Sueli Carneiro e Jurema Werneck, a justiça reprodutiva contempla a construção dos direitos sexuais e reprodutivos através de uma perspectiva crítica e articulada ao contexto de desigualdade social vigente no país, visando defender a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres, sobretudo as mulheres sem condições sociais estruturais para manutenção de vida digna e garantia de seus direitos (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

No entanto, as mulheres negras ainda têm barreiras para alcançar a justiça reprodutiva, uma vez que são reprimidas desde o momento ao nascer em decorrência da discriminação racial e de viver com segurança em razão da violência estrutural. Portanto, é necessário cumprir o compromisso da justiça reprodutiva de mulheres negras para que os seus processos de nascer, viver e morrer preservem a sua dignidade humana.

A discriminação racial também interfere nos sistemas de saúde e no modo como as pessoas utilizam os serviços de saúde. As vivências de preconceito e racismo nesses serviços foram identificadas como um dos motivos pelos quais os negros evitam acessar os serviços (SLAUGHTER-ACEY et al., 2019). A discriminação pode aparecer de forma velada e as pessoas podem ter dificuldades de identificar quando sofrem ou praticam discriminação, em virtude de uma percepção de “harmonia” das relações étnico-raciais decorrente, em parte, da

construção ideológica – o discurso da mestiçagem –, estrategicamente operada para a reprodução das relações desiguais de raça no país (DOMINGUES et al., 2013).

Além disso, os serviços de saúde tendem a não reconhecer a discriminação e o racismo institucional e seus impactos sobre a saúde da população negra, decorrentes da violência estrutural causada pela escravidão, racismo e exclusão social, representada pela pobreza, menor escolaridade e dificuldade de acesso a serviços e bens públicos da população negra (DOMINGUES et al., 2013; THEOPHILO et al., 2018).

Quanto ao racismo institucional, o grupo mais exposto é o das mulheres negras e de baixa renda em relação às desigualdades de acesso e qualidade do atendimento em comparação com as mulheres categorizadas como brancas. Essas desigualdades tendem a ser interpretadas como consequências da desigualdade econômica, o que mascara o problema racial (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Entretanto, os dados epidemiológicos desagregados por raça/cor são consistentes e indicam o impacto negativo do racismo e iniquidades raciais na saúde, como carga de doenças e taxas de mortalidade em diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência (WERNECK, 2016). Além disso, as iniquidades raciais atuam de forma diferentes dentro da própria população negra, uma vez que as mulheres negras são mais vulneráveis que os homens, pois elas enfrentam o racismo juntamente com o sexismo.

## **1.2 Interseccionalidade: a interação entre raça e gênero**

A interseccionalidade busca identificar as consequências estruturais e eficazes de interação entre dois ou mais eixos de subordinação; abordar de forma específica pela qual o patriarcalismo, o racismo, a opressão de classes e outros sistemas discriminatórios instituem disparidades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, etnias, raças, classes e outras, e tratar a forma como as ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, que, por vezes, são eixos de poder distintos e excludentes, como o racismo (CRENSHAW, 2002).

A feminista negra Patrícia Hill Collins considera que a perspectiva interseccional está assentada na crítica da simbiose entre o capitalismo, o heteropatriarcado e o racismo, assumindo os contornos da luta antirracista. O olhar interseccional trazido pelo feminismo negro não representa a soma de identidades da mulher negra, mas a análise das condições estruturais que atravessam suas trajetórias e modelam suas experiências sob forma de

opressão (AKOTIRENE, 2018). Portanto, a interseccionalidade possibilita refletir sobre os significados das ações de mudança social. Não é o único projeto de solução, mas dialoga com as complexidades da sociedade em mudança. Pode ser vista como uma forma de crítica e práxis social, traçada por ideias políticas emancipatórias de instituições sociais (COLLINS, 2017).

Ressalta-se que Crenshaw e Collins apresentam o termo interseccionalidade de forma distinta. Collins faz uma crítica à abordagem de Crenshaw por se limitar ao campo acadêmico, e não retomar a perspectiva ampla das feministas negras, uma vez que o termo inicialmente foi cunhado por Leila Gonzáles no âmbito dos movimentos do feminismo negro, anteriormente à professora ter desenvolvido sua teoria. Para as feministas, as interseções vivenciadas pelas mulheres negras não são apenas opressões, mas sim possibilidades de ampliar o debate sobre mudanças efetivas para elas.

Considerando o gênero, essa categoria historicamente construída é utilizada para designar as relações sociais entre os sexos e abordar a diferença dos processos culturais que são atribuídos socialmente em relação aos papéis determinados para o masculino e feminino na sociedade (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010). O gênero constitui o corpo de forma social, não apenas as diferenças entre os corpos biológicos, mas também o comportamento e desempenho impostos a cada sexo, sobre as formas de agir, sentir, pensar e colocar-se socialmente. Dessa forma, o argumento científico e biológico baseado na ideia de gêneros opostos, para definir espaços para cada sexo, determinou e legitimou quem ocupa e quem deveria ocupar as esferas de poder (MARTINELLI; ARAÚJO, 2018).

A dicotomia entre dois gêneros implica as relações hierárquicas, de superioridade e inferioridade, que envolvem políticas de dominação e subordinação, tratando-se de uma opressão entre os gêneros e a perpetuação de desigualdades entre branco e preto, masculino e feminino, sujeito e objeto (COLLINS, 2016). Assim sendo, o gênero é pensado como um elemento constitutivo das relações sociais dos sexos baseadas nas diferenças entre homens e mulheres. Para além de uma classificação binária, o gênero é o conjunto que se articula com múltiplas realidades e diferenças dos seres humanos (MARTINELLI; ARAÚJO, 2018).

As relações de gênero perpassam todas as dimensões da vida social. Na saúde, as demarcações de gênero são utilizadas como características próprias aos comportamentos de grupos sociais e seus sujeitos e apresentam repercussões para o estado de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde (BARATA, 2009). Essas relações são diferenciadas para cada pessoa e, em face disso, Kimberlé Crenshaw teorizou sobre interseccionalidade no final da década de 1980, ao examinar as diversas maneiras de como gênero e raça se relacionam e dão

visibilidade às diferenças, desigualdades e regalias entre grupos populacionais e no interior das diferentes pessoas (WERNECK, 2010).

A raça não é um termo fixo, estático, mas está atrelado ao contexto histórico no qual é empregado, sendo, portanto, um conceito relacional e histórico. A raça é constituída por características biológicas e características étnico-culturais que se complementam. Assim sendo, a história das raças é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas (ALMEIDA, 2018). A raça tem importante papel na estratificação social, relaciona-se de forma complexa com a classe social e envolve distribuição de poder entre os grupos sociais de uma dada sociedade (BARATA, 2009).

Nessa perspectiva, trata-se de uma construção social que categoriza os indivíduos com base em atributos físicos e representa um sistema de classificação social que interfere diretamente nas escolhas, experiências e vida cotidiana das pessoas negras. A raça denota lugares estruturais que são sociologicamente determinados e objetivos que podem ser fixos ou essenciais. É uma realidade social que existe porque produz efeitos sociais concretos (BARATA, 2009; SLAUGHTER-ACEY et al., 2019).

A ideia de raça como categoria biológica, com base na caracterização, a fim de qualificar os grupos humanos, passou a dar origem de noção em aspectos culturais, sociais, com consequências morais, intelectuais e cognitivas, porém as relações de poder ainda permanecem de forma implícita ou ignorada (MAYORGA, 2017). Os múltiplos fatores de marginalização promovem contextos, recursos e trajetórias de vida diferentes, no qual as experiências excludentes vivenciadas pela população negra são potencialmente opressoras, e nisso há riscos associados a raça, renda e gênero. Nesse sentido, a raça pode ser utilizada como variável, destacando o racismo como um determinante social de saúde e uma experiência singular da mulher negra, e as vivências de intersecção de raça, classe e gênero (HOGAN, et al, 2018).

O racismo é um sistema social organizado no qual o grupo racial dominante estabelece uma ideologia de inferioridade para categorizar e classificar as pessoas em grupos sociais, chamados de "raças", utilizando seu poder para desvalorizar, desapoderar e alocar diferentemente recursos sociais e oportunidades valiosas para grupos definidos como inferior. A raça é principalmente uma categoria social, baseada na nacionalidade, etnia, fenotípica ou outros marcadores de diferença social, que captura o acesso diferenciado ao poder e aos recursos na sociedade (WILLIAMS; LAWRENCE; DAVIS, 2019).

O racismo manifesta as relações desiguais de poder e de crenças sobre a raça, expressas por meio de atitudes, preconceitos e discriminação, que decorre da ideologia social

de inferioridade utilizada para justificar o tratamento diferencial a determinados grupos raciais e produzida por meio de distribuição desigual de poder e condições sociais, não apenas na posição de classe, mas também pela noção de raça. O racismo é sistêmico por adentrar nas instituições e resultar na adoção dos interesses, ações e mecanismos de exclusão criados pelos grupos dominantes de acordo com os seus modos de funcionamento e definição de prioridades e metas de realização. Ele é estrutural, ou seja, determina o modo pelo qual se constroem as relações políticas, econômicas, jurídicas e inclusive no âmbito familiar, constituindo-se num complexo fenômeno social que a todo momento é reforçado pelos meios de comunicação e sistema educacional, criando estereótipos e normas dentro da sociedade e das instituições (BARATA, 2009; WERNECK, 2010; ALMEIDA, 2018; SLAUGHTER-ACEY et al., 2019; WILLIAMS; LAWRENCE; DAVIS, 2019).

O racismo também pode ser institucional, cultural e interpessoal. O racismo institucional está presente nas estruturas políticas, práticas e normas que diferenciam o acesso aos bens e serviços de acordo com a cor. O racismo cultural abarca estereótipos negativos associados à raça e foi construído por séculos de opressão sistemática pela escravidão e genocídio que internalizaram a crença de que negros são inferiores, preguiçosos, inúteis e pobres. Essas crenças, internalizadas culturalmente na sociedade, se perpetuam entre os grupos sociais. Por fim, o racismo interpessoal envolve a persistência do preconceito racial que prejudica seriamente a relação profissional-paciente (COBINAH; LEWIS, 2018).

O racismo institucional é operado por um sistema de opressão que institui valor para as pessoas de acordo com a raça, manifestando-se de forma pessoal por meio de preconceitos de profissionais de saúde sobre grupos raciais, o que resulta em cuidados de saúde de baixa qualidade para as minorias étnicas. Esse racismo também revela uma internalização de aceitação e incorporação das imposições infames da sociedade pela população oprimida (PRATHER et al., 2016).

Uma sociedade racista produz e reproduz a discriminação em toda estrutura social. Suas consequências não são apenas para os grupos discriminados e vulnerabilizados, mas também para a sociedade como um todo. A transformação do paradoxo patogênico originário do racismo num paradoxo multirracial é um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma afirmação de direitos. As pesquisas sobre a temática do racismo procuram compreender as suas manifestações e efeitos nas relações sociais, assim como percepções, vivências e experiências da população negra brasileira (BARATA, 2009; BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).



A dificuldade no acesso aos serviços e as disparidades na qualidade da assistência à saúde para as pessoas negras interferem de forma desigual nas instituições de saúde. Apesar da criação e implementação de políticas afirmativas que buscam mudanças sociais e equidade em saúde, o racismo institucional ainda persiste como causa principal das iniquidades em saúde, que geram desvantagens sobre a saúde da população negra, sobretudo sobre as mulheres negras (PRATHER et al., 2016). Para o enfrentamento dessa problemática, a interseccionalidade amplia a compreensão das perspectivas individuais e dos obstáculos aos movimentos de luta, que relegam as mulheres negras ao local de solidão, e é marcada pela sobreposição dinâmica identitária (AKOTIRENE, 2018). A discriminação interseccional é difícil de ser identificada nos contextos nos quais as forças econômicas, culturais e sociais moldam uma estrutura onde as mulheres são atingidas por outros sistemas de subordinação (ASSIS, 2018).

Apesar desses desafios, sabe-se que as mulheres, especialmente as negras, estão mais expostas à vulnerabilidade social. No entanto, ainda há discursos essencialistas que versam sobre uma dada mulher “universal” e que não demarcam as diferenças existentes, deixando a mulher negra no lugar de invisibilidade social (RIBEIRO, 2017). A violência de raça e gênero é construída por meio da supremacia racial branca e de um ideal sexista que influenciam a vida das mulheres negras, submetendo-as à precarização no trabalho e limitando-as às baixas condições de renda, de escolaridade, de saúde, de vida reprodutiva e em todas as esferas sociais (LIMA; CORDEIRO, 2020). A mulher negra ocupa a última posição social na sociedade brasileira, sendo a mais vulnerável e triplamente discriminada: por ser mulher, por ser negra e, conseqüentemente, por sua classe social (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

A maioria dos estudos sobre diferenças raciais realiza comparações com mulheres brancas e associa as mulheres negras à pobreza, mas não explora totalmente as experiências das negras. Entretanto, há estudos que identificaram pior autoavaliação de saúde nos negros residentes em bairros de elevada pobreza, como: aumento da ansiedade; redução da autorregulação; prejuízo na tomada de decisão, ocasionando comportamentos não saudáveis e atendimento médico de pior qualidade, com comunicação deficiente entre paciente e provedor e vieses de preconceito e discriminação; aumento da pressão arterial; ganho de peso entre negros em geral; e risco de parto prematuro para mulheres negras e natimortalidade. Esses resultados denotam que o estudo do racismo contemporâneo e o seu impacto na saúde é complexo. As manifestações do racismo estrutural, cultural e interpessoal se adaptam às mudanças socioculturais, políticas e tecnológicas, sendo necessário avançar o conhecimento

sobre o tema (HOGAN et al., 2018; SLAUGHTER-ACEY et al., 2019; WILLIAMS; LAWRENCE; DAVIS, 2019).

A interseccionalidade contribui significativamente com a saúde pública por possibilitar a compreensão dos determinantes sociais e disparidades em saúde, a partir de abordagens interseccionais e estruturais de opressão (COLLINS, 2017). A perspectiva interseccional auxilia também na identificação dos determinantes sociais dos sistemas de opressão e na reflexão da atuação do racismo em diversas formas, como orientação sexual, classe, território, religião, geração e outros. Além disso, compreende-se a separação que há nas lutas das mulheres e na luta da população negra durante a história, uma vez que a mulher negra sofre não apenas pela questão de raça e tampouco pela questão de gênero unicamente (OLIVEIRA, 2019).

Em virtude de o racismo delimitar as hierarquias de gênero na sociedade, o debate de movimentos feministas deve evitar o discurso hegemônico que reproduz hierarquia racial. O processo histórico construiu discursos nos quais há subjacente a violência simbólica como forma de racismo e a construção das categorias “negro” e “branco”, correspondentes aos extremos do “bem” e do “mal” e do significado histórico e estigmatizante do ser negro ou negra (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012; RIBEIRO, 2017; MONAGREDA, 2017).

Ao longo da história do Brasil, as mulheres negras foram inferiorizadas através de práticas racistas que submetiam o corpo da mulher negra ao sofrimento e dor, tornando esse corpo objeto do desprezo e do descaso quando se trata de cuidados. Ao refletir acerca da discriminação vivenciada por essas mulheres, é necessário um olhar interseccional entre a questão de gênero e raça (OLIVEIRA, 2019). Em relação às experiências femininas de gênero, classe e raça, as mulheres negras são as que estão em pior posição de exclusão. Entretanto, o racismo é difundido independentemente da classe social, uma vez que as mulheres negras de renda alta e média não são imunes ao preconceito racial e à marginalização (HOGAN et al., 2018).

As mulheres também são oprimidas pelo patriarcado, mas esse por si só não contempla as opressões e reivindicações históricas das mulheres negras que deixaram marcas profundas até os dias atuais (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020). Nesse sentido, em conjunto com o feminismo negro brasileiro que foi influenciado pelos feminismos europeu e americano, e também pelas feministas de países em desenvolvimento, constituiu-se num vigoroso movimento de debate e reivindicação sobre medidas eficazes no enfrentamento da discriminação racial no Brasil (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Em face dessa realidade, o feminismo negro representa a teoria, prática e consciência, tratando-se de uma conexão entre a experiência e a consciência que significam o habitual. Ele busca analisar o sentimento da consciência da opressão vivenciada pelas mulheres e seus significados, ou seja, considera os pontos de vista das mulheres negras, através de sua experiência e lugar específico de exclusão sob o olhar das relações de dominação (COLLINS, 2016).

Com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1983, novas discussões sobre classe social e raça emergiram sob a influência de movimentos feministas que eram liderados por mulheres brancas, urbanas e de classe média alta. Ao mesmo tempo, as mulheres negras começaram a questionar a falta da temática racial dentro do movimento durante o 3.º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, em 1985, que foi de suma importância para o feminismo negro (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

A luta dos movimentos feministas é de interesse coletivo no combate ao machismo, ao racismo e contra a desigualdade social, pois o engajamento deve romper o interesse pessoal e construir em conjunto. E, no caso do feminismo negro, deve-se vencer o sentimento de inferioridade social e histórico racial, para romper não apenas as desigualdades de gênero existentes, mas também a hierarquização dos brancos, e para confrontar o racismo (COLLINS, 2017).

A ampliação das discussões acerca dos direitos à saúde reprodutiva no Brasil impulsionou a maior participação de mulheres na vida política, nas esferas governamentais e nas organizações sociais, como os movimentos feministas. As feministas negras centralizaram as reivindicações no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, com maior atenção a denúncias de políticas de controle de natalidade, mascaradas como planejamento familiar, e que tinham como alvo a população negra (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Além disso, no Brasil, os padrões eurocêntricos e excludentes sempre vigoram na estrutura e ordem social de exploração do povo negro. Logo, ao falar do feminismo negro, é imprescindível evidenciar as suas contribuições na saúde e direitos reprodutivos das mulheres. Ao mesmo tempo, é fundamental reconhecer as diferenças raciais nas hierarquias reprodutivas, que ocorrem de diversas formas sobre as mulheres e seus corpos, considerados de segunda classe em comparação com as brancas, conseqüentes das intersecções entre gênero e raça (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

A partir dos anos 1990, o movimento feminino negro foi se consolidando em organizações não governamentais (ONGs) para organizar sua ação e críticas à esterilização cirúrgica das mulheres negras, especialmente. Além disso, reivindicava medidas efetivas do

Estado por meio do PAISM no combate ao controle de natalidade, à violência doméstica, à presença de racismo no mercado de trabalho e, principalmente, às desigualdades raciais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e mortalidade materna das mulheres negras (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Em 1993, ocorreu o primeiro evento nacional, o Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, cujo objetivo era debater as questões voltadas à saúde reprodutiva das mulheres negras no país, em referência à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo. Nesse ano, criou-se uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para apurar as denúncias de esterilização em massa em mulheres, especialmente em negras. Essa investigação deu visibilidade para as ativistas negras e para a luta do movimento negro no Brasil (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

No contexto americano, a interseção entre racismo e sexismo, denominada de racismo de gênero, está especificamente relacionada com a sexualidade e maternidade, sendo relevante para a saúde sexual e reprodutiva. As mulheres negras e latinas têm maior preocupação com o racismo de gênero relacionado a estereótipos e maior desconfiança em relação ao controle de natalidade do que as mulheres brancas. A desconfiança relacionada ao controle de natalidade são fatores importantes que contribuem para as disparidades étnico-raciais nos resultados de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Uma estrutura interseccional é necessária para enfraquecer as formas de opressão de mulheres negras e latinas. Além disso, pode fornecer evidências críticas para desenvolver estratégias a fim de reduzir as disparidades étnico-raciais nos resultados de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e, assim, promover a igualdade na saúde (LOBEL; ROSENTHAL, 2020).

Entre as negras brasileiras, a relação interseccional entre raça, classe e gênero altera o contexto social das mulheres e as oportunidades de curso de vida, bem como os seus estressores e amortecedores de proteção social. As experiências são diferenciadas devido à raça e classe e criam contextos sociais únicos que definem os parâmetros de saúde e bem-estar. As mulheres negras de renda média têm algumas ferramentas e recursos para montar uma defesa às desigualdades, enquanto as mulheres negras de baixa renda têm que enfrentar situações de discriminação com poucos ou nenhum recurso para contestá-la (HOGAN et al., 2018).

A interseccionalidade explica os motivos pelos quais as mulheres brancas não podem representar as mulheres negras dentro do feminismo. As barreiras são definidas em termos do compromisso perante seus próprios grupos sociais, mas o compromisso é, por vezes, utilizado

para reprimir as críticas, práticas ou problemas que podem trazer uma atenção negativa sobre o grupo (CRENSHAW, 2002). O objetivo do feminismo negro é dismantelar as injustiças sociais de raça, classe, gênero e sexualidade que ainda produzem disparidades sociais nas trajetórias de mulheres negras. Concomitante a essa proposta, a ideia de interseccionalidade busca a promoção de políticas emancipatórias para as negras, bem como a construção de uma sociedade mais justa (COLLINS, 2017).

Nesse sentido, os movimentos sociais das mulheres negras vêm ocupando cada vez mais o seu lugar de fala, como sujeitos políticos em busca de seus direitos e com reivindicações políticas a partir das hierarquias de gênero, raça e classe. O enfrentamento do racismo requer a discussão da construção teórica e de suas marcas histórico-culturais pelas próprias pessoas que as vivenciam na alma e no corpo – as mulheres negras –, mas devem contar com o apoio de outros indivíduos envolvidos no enfrentamento das desigualdades e que queiram de fato a promoção da mudança social (RIBEIRO, 2017; ASSIS, 2018). Assim sendo, além de admitir a existência da discriminação racial e de gênero nas instituições de saúde, a sociedade deve reconhecer os impactos dessa discriminação na saúde reprodutiva e estabelecer estratégias promotoras da equidade no cuidado das mulheres negras (DOMINGUES et al., 2013).

### **1.3 Questões interseccionais na assistência obstétrica**

Até o início da década de 1990, o movimento de mulheres negras tinha o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta, impulsionando debates sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo produzem marcas diferenciadas na busca desses direitos (WERNECK, 2010). A discriminação racial é marcada pelo gênero, mas o racismo não trata apenas das discriminações e violência realizadas por diferentes homens, visto que as formas específicas de discriminações raciais afetam tanto as mulheres negras quanto os homens negros (CRENSHAW, 2002).

As mulheres negras sofrem duplo preconceito, pois o racismo e o sexismo refletem de diferentes formas na sociedade e implicam restrições específicas dos direitos das populações vitimadas (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Essa articulação do racismo com o sexismo é o que diferencia a situação da mulher negra – um racismo sexista –, e esse é o resultado de fatores histórico-sociais, político-institucionais e comportamentais que causam violência estrutural

decorrente do sexismo, racismo e preconceitos de classe social (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Apesar da renda determinar as soluções disponíveis e oportunidades arbitrárias para proteção dos recursos existentes, o gênero pode definir o limite dos recursos que são distribuídos no âmbito da família, filhos, parceiros e comunidade. O estudo evidenciou que o racismo representa o eixo de poder que enfraquece as possibilidades de gênero e classe, tornando-se onipresente para as mulheres negras. A abordagem interseccional para a equidade em saúde considera as relações políticas e sociais entre raça, classe e gênero, assim como as necessidades criadas para as mulheres por essas intersecções (HOGAN et al., 2018).

A dimensão do racismo na questão de gênero conduz a uma superficialidade na compreensão de fatores culturais discriminatórios e determinantes nas violações de direitos humanos das mulheres no Brasil, o que sugere que há seres humanos menos humanos do que outros. A mulher negra historicamente ocupa a última posição social na hierarquia social brasileira em relação à maioria, por causa de sua cor, gênero e classe social (MARTINS et al., 2020; CONCEIÇÃO; MORA, 2020).

As mulheres negras experimentam diferentes formas de discriminação de raça e gênero que se interseccionam e influenciam o modo como estão inseridas e a posição que ocupam na sociedade. Observa-se isso especialmente em relação à saúde, na qual as disparidades impostas pelo sexismo e pelo racismo comprometem o acesso aos serviços de saúde e o processo saúde-doença (GOES; NASCIMENTO, 2013). Essa diferença expõe a qualidade inferior dos cuidados que, por vezes, as mulheres negras recebem nos serviços e que pode ocasionar consequências negativas para a sua saúde, como o atraso no diagnóstico e tratamento das doenças, insatisfação com o atendimento recebido e aumento do risco a vários agravos de saúde (DOMINGUES et al., 2013).

O racismo institucional está presente também na saúde e influencia as relações com os profissionais de saúde e no acesso à saúde, podendo restringir as oportunidades de cuidados de saúde qualitativos, adequados e equitativos (SLAUGHTER-ACEY et al., 2019). Sabe-se que a população negra é mais vulnerável e as gestantes de cor preta ou parda têm mais chances de realizar pré-natal inadequado quando comparadas com as mulheres de cor branca (THEÓPHILO et al., 2018). As mulheres negras também têm mais dificuldade no acesso aos serviços de saúde preventiva e maiores percentuais em falta de acesso ou acesso ruim aos exames, sugerindo que o racismo é uma barreira e determinante nas condições de saúde desse grupo de mulheres (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Por outro lado, as mulheres negras afirmam que receberam um tratamento diferenciado dos profissionais em comparação às mulheres brancas, como cuidado superficial e maior tempo de espera para o atendimento, com profissionais que a atenderam inadequadamente nas consultas e que utilizaram falas depreciativas relacionadas a elas (DOMINGUES et al., 2013).

Em relação à assistência ao abortamento, verificou-se que as mulheres jovens, pobres e negras são as mais atingidas, totalizando 24% dos abortos clandestinos, ao passo que essa ocorrência foi identificada em 9% das mulheres brancas. As mulheres negras também interrompem a gestação mais tardiamente, têm mais dificuldades de acesso aos serviços, enfrentam mais tempo de espera e possuem riscos mais graves de complicações. O estigma do aborto foi associado ao racismo e resulta em práticas discriminatórias pelos profissionais de saúde, expressas pelo tratamento não digno, como: ameaça de denúncia à polícia e julgamento moral; longa espera dentro das unidades para a realização do procedimento; realização de manipulações vaginais – toques – de maneira invasiva e até mesmo sem explicar à mulher, violação de privacidade e confidencialidade (LIMA; CORDEIRO, 2020).

Em referência à assistência pré-natal, as mulheres afro-americanas apresentam os piores indicadores de uso dos serviços e resultados negativos para a saúde materna (SLAUGHTER-ACEY et al., 2019). Em relação à realização de exames durante o pré-natal, as gestantes brasileiras pretas tiveram menores frequências de exames de ultrassonografia, sorologias e menos orientações durante as consultas, inclusive sobre a maternidade referencial, o que é fundamental para evitar a peregrinação em busca de maternidades para o parto (ALMEIDA et al., 2019).

No momento do parto, uma pesquisa brasileira de âmbito nacional constatou que a peregrinação é associada à morbidade materna grave e que 19% das mulheres com *near miss* materno apresentaram pelo menos uma complicação clínica ou obstétrica durante a gravidez, parto ou no pós-parto, confirmando que as falhas de um pré-natal inadequado e a falta de vinculação entre os serviços estão associados a maior risco de morte na gestação (CARVALHO et al., 2020).

Quanto à assistência ao parto, as mulheres pretas que entraram em trabalho de parto e que tiveram mais partos vaginais tiveram menos acompanhantes e ficaram mais vulneráveis à violência na assistência (DINIZ et al., 2016). Essas mulheres também recebem menos analgesia no trabalho de parto em comparação com as de pele branca. Essa diferença, provavelmente, envolve percepções que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente peculiares. Tais percepções expressam um “racismo internalizado”

no qual considera que os negros são mais resistentes à dor quando comparados aos brancos. Contudo, as percepções de profissionais de saúde sobre a relação da raça e resistência à dor ainda requerem estudos no Brasil (LEAL et al., 2017).

A assistência obstétrica está diretamente associada às desigualdades de gênero e expressa a cultura em torno do parto e da sexualidade numa dada sociedade. Na cultura brasileira, existe a crença sobre o corpo feminino como defeituoso, imprevisível, arriscado e que necessita correções, expressas nas intervenções obstétricas utilizadas durante o parto (DINIZ, 2009).

Algumas práticas de intervenções desnecessárias têm sido associadas à violência obstétrica. Essa violência tem sido definida como o abuso ou os maus-tratos cometidos pelo profissional de saúde contra a mulher durante a gravidez, parto ou pós-parto, caracterizados por atos, procedimentos invasivos ou durante o ciclo gravídico-puerperal, realizados sem o consentimento ou sob coerção ou violação de recusa, constituindo-se numa forma específica de violação dos direitos humanos (GARCIA, 2020).

O tema da violência obstétrica passou a ser discutido a partir da Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto, realizada no Brasil em 2000. Em 2004, a Argentina promulgou a Lei 25.929, conhecida como a Lei do Parto Humanizado, devido à pressão dos movimentos sociais. A Venezuela também decretou uma lei sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, em 2007. Nessa lei, a violência obstétrica foi definida a partir da caracterização das violações de direitos durante a prática assistencial, como obrigar a mulher a parir em posição litotômica, alterar o curso natural do parto pelo uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe, entre outras. Posteriormente, a Argentina cria a Lei 26.485, de 2009, sobre violência de gênero, definindo também a violência obstétrica. A partir dessas legislações, outras localidades elaboraram leis específicas, como o México, o Uruguai e o estado de Santa Catarina, no Brasil, sendo essa promulgada em 2017 (ZANARDO et al., 2017; QUATTROCCHI, 2019).

A terminologia da violência obstétrica é complexa devido à intensa medicalização existente na relação médico-paciente e a processos socioculturais que a legitimam. A conceituação de violência obstétrica ainda não é um consenso, e os documentos legais nem sempre a definem de forma clara e nem estabelecem medidas claras para a sua criminalização (ZANARDO et al., 2017). Em 2019, o tema da violência obstétrica provocou um debate em razão de o Ministério da Saúde ter lançado uma nota contrária ao termo, por sugerir que o seu uso geraria prejuízos na assistência. O Conselho Federal de Medicina (CFM) apoiou o MS ao considerar que a violência obstétrica é uma expressão que agride a comunidade médica. Em



contraposição, houve diversas reações dos movimentos sociais associados à assistência ao parto diante desses posicionamentos e pelo MS se colocar na contramão do seu papel de promotor de ações que reprimam práticas violentas no ambiente de saúde (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021).

A violência obstétrica não é um problema apenas das mulheres ou das organizações de saúde. Trata-se de uma violência estrutural, legitimada pela dinâmica do poder e biopoder das relações médico-paciente, que ocorre por meio de práticas coercitivas, cujas gestantes e parturientes são controladas e moldadas com a finalidade de terem seus corpos anestesiados, mutilados e usados como objetos de intervenções (QUATTROCCHI, 2019). Ressalta-se que a violência obstétrica é um tipo de violência de gênero vivenciada pelas mulheres no momento do parto, mas esse termo sugere que tais atos ocorrem no âmbito das instituições de saúde e, por isso, é também caracterizada como violência institucional e violência contra mulher durante a gravidez, parto e pós-parto (DAVIS, 2018).

Considerando os profissionais de saúde, a discussão da temática sobre a vulnerabilidade das mulheres negras, de cor preta e parda, em saúde sexual e reprodutiva demonstrou que eles não reconhecem ou desacreditam que as disparidades raciais ocasionam mortes maternas em sua região ou em seus serviços, manifestando surpresa. Por outro lado, o reconhecimento de que as mulheres negras têm maior probabilidade de morrer durante o ciclo gravídico-puerperal contraria o senso comum de que elas são “boas parideiras” por terem quadril largo e serem “feitas para procriar”. A análise dos casos também expôs os estereótipos de que as mulheres negras pobres “não se cuidam” (KALCKMANN, 2016).

Portanto, as práticas inseguras têm subjacente uma relação discriminatória entre os profissionais e as usuárias (DINIZ, 2009), uma vez que as práticas de violência obstétrica, quando atreladas às expressões racistas e ao poder médico estruturado pelo racismo institucional, podem ser conceituadas de racismo obstétrico. O conceito de violência obstétrica por si só não é satisfatório para demonstrar as iniquidades em saúde específicas das mulheres negras (OLIVEIRA, 2019).

O olhar sobre a violência obstétrica apenas sob o enfoque da opressão de gênero e da garantia dos direitos universais para as mulheres pode ensombrecer as intersecções que as mulheres negras vivenciam, como o racismo, o sexismo e as desigualdades econômicas. Esses eixos de opressão demarcam a trajetória de vida dessas mulheres e envolvem desvantagens sociais, sobretudo na saúde sexual e reprodutiva e nos cuidados no parto (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021). A violência ocorre por meio do exercício do poder sobre os corpos femininos disciplinados, medicalizados, dóceis e subordinados a outros que detêm o poder,

particularmente na violência obstétrica, quando são subjugadas pelos profissionais de saúde (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

A violência obstétrica inclui tratamento desumanizador e abusivo e violações durante a gravidez e nascimento, mas o racismo obstétrico está na intersecção da violência obstétrica e do racismo por parte do profissional que ameaça a vida de mulheres negras durante e após a gravidez e também aos desfechos neonatais. O termo racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial a partir tanto da estigmatização historicamente constituída das mulheres negras quanto de suas lembranças de interações com médicos, enfermeiras e outros profissionais médicos durante e após a gravidez (DAVIS, 2019).

O racismo obstétrico é um sistema cultural que remete ao período escravocrata, pois é caracterizado por diversos abusos, atitudes discriminatórias e até mesmo ações sutis difíceis de captar como racismo, sendo baseado nas iniquidades e injustiças reprodutivas. Ele inclui – mas não se limita a – atitudes negligentes e desrespeitosas que envolvem dor, abuso e coerção durante os procedimentos ou a sua realização sem consentimento e que colocam as mulheres negras e seus bebês em risco (DAVIS, 2019).

Dessa forma, a utilização do termo racismo obstétrico permite a identificação de práticas na assistência que são caracterizadas de forma generalizada como violência obstétrica, explicada pela cultura assistencial medicalizada. Essa generalização pode até ser considerada útil, mas faz o racismo ser pouco visível ou debatido na assistência obstétrica, e isso contribui para a manutenção das estruturas de reprodução social da violência. Assim, mantém-se inalterado o cenário de políticas públicas com abordagem interseccional, com desigualdade de acesso, falta de acolhimento, baixa qualidade, preconceito racial e descaso dos profissionais de saúde com as mulheres negras.

Outra problemática a ser destacada é que a cultura obstétrica no Brasil tende a não reconhecer os direitos das mulheres, e as atitudes discriminatórias ainda são frequentes no cuidado, com relatos de medo, solidão e dor, principalmente das mulheres negras e de baixa renda (DINIZ, 2009). As mulheres negras são mais propensas a ter parto pós-termo, possivelmente relacionado com cuidado de menor qualidade e menos intervenções necessárias e requeridas nesses casos (LEAL et al., 2017).

Ao mesmo tempo, os recém-nascidos de mães negras são em maior proporção prematuros e com baixo peso, com desfechos neonatais mais negativos e maior risco de iatrogenias (DINIZ et al., 2016). As mulheres negras também têm mais chances de complicações na gravidez e de ter comorbidades, o que repercute numa taxa de mortalidade

materna mais elevada entre elas, de duas a três vezes maior do que nos demais grupos raciais (SLAUGHTER-ACEY et al., 2019).

No Recife, verificou-se que as mortes maternas são mais frequentes em mulheres negras e que havia maior probabilidade de elas viverem em contextos mais desfavoráveis, expostas à violência de gênero e raça e à violação dos direitos humanos (CARVALHO et al., 2020). Em São Paulo, também foi verificada maior taxa de mortes em mulheres negras no período gravídico puerperal em comparação com as mulheres brancas, denotando o peso da desigualdade racial nesse grupo populacional (KALCKMANN, 2016).

No Brasil, a mortalidade materna é um problema de saúde pública, com razão de mortalidade materna estimada em 58/100 mil nascidos vivos (nv), em 2019. Número distante da meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que prevê a redução para 30/100 mil nascidos vivos, em 2030. As mulheres negras representam 66% dos óbitos maternos no país, sendo 54% de pardas e 12% de pretas, mas há também predomínio de mortes em mulheres com baixa escolaridade, até 11 anos de estudo, com maior frequência (42%) naquelas com 8 a 11 anos de instrução (BRASIL, 2021). A maioria dessas mortes foi por causa evitável, e isso denota falhas nos serviços de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, dificuldades de acesso aos serviços, falta de práticas baseadas em evidências e influência das vulnerabilidades sociais presentes na sociedade brasileira (CARVALHO et al., 2020).

Quanto a essas vulnerabilidades, a Agenda 2030 da ONU preconiza a erradicação da pobreza e a equidade de gênero, entre outras metas, como incentivo ao respeito aos direitos humanos fundamentais na saúde, educação e trabalho, além do combate à discriminação e à violência baseada no gênero. Os indicadores de equidade de gênero no Brasil tiveram avanços, visto que as desigualdades diminuíram na saúde, na educação e no mercado de trabalho. Entretanto, após a crise política de 2014, esse progresso foi interrompido e começaram os retrocessos democráticos, especialmente nas políticas de redução de desigualdade e relacionadas com o gênero, a saúde sexual e reprodutiva e os demais segmentos da saúde e da educação (MARTINELLI; ARAÚJO, 2018; ALVES; CAVENAGHI, 2019).

À medida que se aprofunda a crise socioeconômica, política e democrática, o percurso para a imposição de retrocessos em justiça social e igualdade gênero no país começa a ser traçado. Com isso, o campo dos direitos humanos das mulheres e equidade de gênero passa a ser alvo da política conservadora para reverter as conquistas históricas em direitos sexuais e reprodutivos, especialmente quanto à legalização do aborto em casos já previstos em lei (MENEZES et al., 2019; ALVES; CAVENAGHI, 2019). O novo governo eleito em 2019 tem

tomado medidas para reverter os progressos na equidade de gênero ao adotar pautas conservadoras e estratégias revisionistas da legislação dos direitos à saúde (MENEZES et al., 2019).

Cabe esclarecer que, em 11 de março de 2020, a OMS decretou emergência internacional em saúde pública devido à covid-19, cujo agente causal é o vírus SARS-COV-2. Essa doença tem um espectro diversificado de sintomas que varia de leve a grave, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e morte (ARAÚJO et al., 2020). A pandemia provocou diversas mudanças nos sistemas e nas unidades de saúde, sobretudo no atendimento às mulheres grávidas, no momento do pré-natal, parto e pós-parto. Alguns atendimentos passaram a ser virtuais, e, devido ao distanciamento social, houve a exclusão de familiares e amigos do atendimento ambulatorial e hospitalar. Essas alterações impactaram os profissionais, unidades de saúde e as mulheres, ocasionando consequências negativas para a qualidade da assistência (ALTMAN et al., 2021).

A pandemia também causou interrupções de serviços de colocação de DIU, distribuição de métodos contraceptivos e suspensão de atendimentos ambulatoriais de saúde reprodutiva em algumas regiões pela pressão exercida pelo atendimento dos adoecidos pela covid-19. Em São Paulo, a interrupção do serviço de abortamento de um hospital foi revogada após pressão de ativistas feministas por violação dos direitos sexuais e reprodutivos ainda assegurados pelo ordenamento legal e pelas políticas de saúde brasileiras (BARROSO; GAMA, 2020).

A violência de gênero também é motivo de preocupação pelos relatos de aumento de violência doméstica na China, Europa, EUA e diversas nações menos desenvolvidas (RYAN; EL AYADI, 2020). Outras epidemias também impactaram especialmente as mulheres, como o surto de Ebola em 2014, quando as cuidadoras e profissionais de saúde tiveram mais riscos e taxas de infecção (HUSSEIN, 2020). No Brasil, durante a epidemia do Zika Vírus, as mulheres pobres do nordeste brasileiro foram as mais afetadas, sendo aquelas que têm maior vulnerabilidade social (BARROSO; GAMA, 2020).

Em relação à saúde materna durante a pandemia da covid-19, as gestantes e puérperas fazem parte do grupo de risco, e, como consequência, houve aumento da morte materna associada à infecção pelo SARS-CoV-2. Verificou-se em estudo americano que as grávidas negras e hispânicas são mais afetadas por essa infecção durante a gravidez, com maiores taxas de hospitalização, internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e uso de ventilação mecânica (RYAN; EL AYADI, 2020).

No Brasil, ocorreram 2.475 casos de SRAG pelo coronavírus em gestante e puérperas até a primeira quinzena de julho de 2020, com 204 mortes maternas. Entre os casos notificados durante o pós-parto, os riscos de morte, a admissão em UTI ou a ventilação mecânica foram relacionados a mulheres com idade acima de 35 anos, com comorbidades como obesidade e diabetes mellitus. As mulheres negras com SRAG pela covid-19 apresentaram 1,4 vezes mais chance de resultados adversos e maior risco de morte (MENEZES et al., 2020).

Esse risco de desfecho adverso está associado às vulnerabilidades e barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas gestantes ou puérperas com SRAG pela covid-19, como dificuldade de chegar aos serviços de saúde, residir em áreas periurbanas, sem cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou morar a mais de cem quilômetros de um hospital especializado. A indisponibilidade de acesso à ESF relacionada aos desfechos graves impactou mais as mulheres negras, que já conviviam com desigualdades sociais e apresentavam piores condições clínicas na admissão hospitalar, inclusive nas unidades de terapia intensiva (MENEZES et al., 2020).

Portanto, os impactos do racismo na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras devem ser compreendidos, considerando o contexto histórico cercado por vivências de injustiça social, maus-tratos e violência de gênero. Essas experiências marcam as mulheres, o que causam sofrimento físico e psíquico, afetando sua saúde (PRATHER et al., 2016). Assim sendo, as violências estruturais vivenciadas pelas mulheres negras são marcadas pela exclusão social e econômica, relegando-as à condição de subalternidade.

O cenário da pandemia para a população negra encontrou condições desiguais impostas pelo racismo estrutural e institucional, provocando menos acesso aos serviços de saúde, ausência do Estado nos seus territórios e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade desse grupo. Ao mesmo tempo, desnudou o país com desigualdade social, fazendo-se notar como é necessário enfrentar o racismo e as suas disparidades na saúde da população negra (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Além disso, a saúde pública brasileira já estava num contexto de crise crônica devido às medidas de austeridade econômica e ao subfinanciamento do SUS, prejudicando a sua sustentabilidade financeira. Esse contexto foi agravado com o risco de colapso causado pela pandemia da covid-19, juntamente com a postura negacionista e a necropolítica do atual governo em relação às mortes causadas por essa doença, agravando mais as iniquidades sociais e raciais já existentes no país (WILLIAMSON, 2021).

Cabe esclarecer que, para Achille Mbembe (2014), a necropolítica se refere às formas que subjagam a vida ao poder da morte e que reconfiguram as relações entre resistência, sacrifício e terror no mundo contemporâneo. A noção de biopoder não é suficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte, mas os conceitos de necropolítica e necropoder explicam o interesse na criação de “mundos de morte”, nos quais vastas populações são submetidas a condições de vida precárias, que lhes conferem o *status* de “mortos-vivos”.

As mulheres são potencialmente afetadas pela pandemia e por determinantes sócio-históricos, representados pelas desigualdades e vulnerabilidades sociais, pela violência de gênero, doméstica e intrafamiliar, e pela violação dos direitos reprodutivos, que prejudicam principalmente as mulheres mais pobres e minorias raciais (BARROSO; GAMA, 2020).

As consequências da pandemia na saúde das mulheres são problemas globais e interseccionais, sendo necessário compreender os fatores estruturais das desigualdades de gênero e outros determinantes sociais da saúde, como raça e renda, para identificar e combater as formas de opressão em que essas mulheres se encontram (RYAN; EL AYADI, 2020). Assim sendo, as políticas de saúde materna e infantil devem focalizar as pessoas mais afetadas pela pandemia, e reduzir a morbimortalidade materna e violência obstétrica, que afetam especialmente as mulheres pobres e racialmente marginalizadas. (WILLIAMSON, 2021).

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Abordagem metodológica**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva. O método qualitativo busca compreender a subjetividade do sujeito e o estudo da temática de modo mais aprofundado. A abordagem qualitativa é mais apropriada para pesquisa com grupo de indivíduos em contextos sociais delimitados e interessada nas relações sociais e análises dos discursos e documentos, pois envolve a empiria e a sistematização progressiva do conhecimento para que a ideia do grupo seja compreendida e revelada (GUERRA, 2014; SALVADOR, 2020).

Uma pesquisa descritiva tem como objetivo compreender as características de determinada população, fenômeno ou relações de experiências, dando descrições. Dessa forma, o pesquisador deve observar, registrar, analisar, classificar e compreender os atos, a fim de determinar a natureza do fenômeno estudado, sem interferir na realidade (POLIT; BECK; 2011).

### **2.2 Cenário do estudo**

A pesquisa foi realizada em ambiente social e por meio de entrevistas por videoconferência ou videochamada. As entrevistas por videoconferência podem fornecer aos pesquisadores e participantes uma alternativa econômica, que facilita o acesso a maiores populações – mais participantes em um curto período. Dessa forma, extinguem-se as viagens e reduzem-se circunstâncias imprevisíveis, que impediriam os participantes de se encontrarem pessoalmente, utilizando a flexibilidade e conveniência das videoconferências (GRAY et al., 2020).

A coleta de dados *on-line* compõe um campo fértil para pesquisas qualitativas, conforme utilizada de forma criativa e com rigor metodológico por parte dos pesquisadores, uma vez que a tecnologia está cada vez mais inserida na vida das pessoas (SALVADOR,

2020). Além disso, por considerar que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia da covid-19, torna-se uma forma resolutiva e segura para os membros de pesquisa e participantes e para a realização de estudos.

### **2.3 Participantes e critérios de inclusão e exclusão**

As participantes foram 22 mulheres negras que tiveram parto normal ou cesariana durante a pandemia da covid-19, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

As mulheres menores de 18 anos e com desfecho de óbito fetal ou neonatal foram excluídas da pesquisa. A exclusão das menores de 18 anos ocorreu devido às limitações legais de sua autonomia para conceder entrevista. As experiências de desfecho gestacional negativo poderiam ser mobilizadas durante as entrevistas e causar prejuízos ao bem-estar das mulheres, fugindo aos propósitos do estudo.

As mulheres negras entrevistadas residiam em capitais das regiões sudeste, sul e nordeste do Brasil, como Rio de Janeiro (15), São Paulo (4), Porto Alegre (2) e Salvador (1). Essas mulheres tinham a idade média de 31,9 anos, com variação de 23 a 40 anos. A metade delas (10) era casada e as demais solteiras (9), separadas/divorciadas (2) e em união estável (1). A maioria das participantes (12) possuía o ensino superior completo, cinco delas cursavam o ensino superior e cinco concluíram o ensino médio.

Quanto à ocupação, sete mulheres trabalhavam no setor privado e quatro eram servidoras públicas, enquanto as demais eram autônomas (2) e estudantes (2). Sete mulheres estavam desempregadas. Em relação à renda familiar, de acordo com o salário mínimo nacional (R\$ 1.045,00) por ocasião da coleta de dados, nove mulheres viviam com um a três salários mínimos, nove com três a cinco salários, e quatro com um salário.

Em relação ao perfil obstétrico, dez mulheres eram primíparas, dez eram secundíparas e duas tiveram três gestações. Quase a totalidade (21) delas realizou mais de seis consultas durante o pré-natal, sendo que apenas uma realizou quatro a cinco consultas. O atendimento pré-natal das participantes ocorreu em rede pública de saúde (10), na rede suplementar/privada (9) e em serviços público e privado simultaneamente (3). A maioria (12) realizou consultas de pré-natal com médico e enfermeira, sendo que as demais, apenas com o médico (9) e enfermeira (1).



Quanto ao parto, 12 mulheres fizeram cesariana e dez tiveram parto normal. O parto foi atendido em hospitais públicos (10), nos privados (10) e no domicílio materno (2), cuja assistência foi conduzida por médico (11), por enfermeira (4) e conjuntamente por médico e enfermeira (7). Este conjunto de características das participantes pode ser visualizado no apêndice C.

## 2.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2021. Essa coleta foi precedida por estratégias de captação das possíveis respondentes nas redes sociais. Inicialmente, criou-se uma conta no Instagram® e um *e-mail* específico para o estudo a fim de facilitar a sua divulgação e o contato entre as interessadas e a pesquisadora.

O recrutamento das participantes foi realizado por meio de um convite divulgado em páginas do Instagram® destinadas à população de mulheres negras e àquelas que tratam sobre questões relativas à saúde e direito das mulheres, feminismo, maternidade, gestação, parto e puerpério. Tais páginas foram selecionadas por constituir espaço de diálogo, debate e troca de informações entre mulheres, especialmente negras, durante a gestação, parto e pós-parto.

Após o contato com as páginas, foi enviada uma carta-convite às moderadoras desses espaços virtuais para estabelecer uma relação de confiança e aquisição da autorização para recrutamento das mulheres. Além disso, foram ofertados os *links* dos Currículos Lattes dos membros da pesquisa para reforçar a seriedade da pesquisa e dos pesquisadores. Após a autorização das moderadoras dos grupos, elaborou-se um cartaz com convite para participação na pesquisa e postado nessas páginas, sendo fornecido o *link* de um formulário Google Forms®.

Esse formulário continha explicações sobre os procedimentos éticos da pesquisa, uma questão referente à data que ocorreu o parto para confirmar a elegibilidade da voluntária e outra questão para a informação do endereço eletrônico e telefônico para agendamento da entrevista. Entretanto, devido ao pouco acesso a esse formulário nessas páginas do Instagram®, foi necessária a utilização do recurso de mensagem direta dessa rede social pela pesquisadora para aumentar a captação das respondentes ao estudo e o número de entrevistas.

No total, responderam o formulário *on-line* Google Forms® 32 mulheres, mas quatro não assinaram o TCLE e outras quatro não retornaram os recorrentes contatos da

pesquisadora, sendo consideradas como recusas para concessão da entrevista. Houve também a exclusão de duas participantes devido ao parto ter ocorrido fora do período estipulado pela pesquisa.

As 22 entrevistas foram realizadas em ambiente virtual por videoconferência ou videochamada, no período de fevereiro a maio de 2021. A captação das participantes que estavam no período puerperal foi desafiante e demandou o reagendamento das entrevistas por diversas ocasiões. Ao mesmo tempo, houve dificuldade de captação das mulheres menos escolarizadas em razão de suas restrições de ordem educacional e econômica para acessar à *internet* e, por conseguinte, o formulário da pesquisa, sendo isso uma limitação deste estudo.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro semiestruturado (apêndice B), composto por questões fechadas sobre a caracterização das participantes e perguntas abertas sobre as experiências das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, além das possíveis situações de racismo por elas percebidas. O instrumento foi testado com três mulheres negras elegíveis para a pesquisa, mas que não compuseram a amostra final das participantes. A maioria das entrevistas foi por videochamada pelo *smartphone*, e essa opção fez com que as participantes se sentissem mais confortáveis.

As entrevistas por videoconferência são utilizadas nas pesquisas qualitativas, permitem maior acessibilidade aos participantes e auxiliam os pesquisadores a manter os custos de pesquisa razoavelmente baixos, a reduzir o tempo para gerar e armazenar os dados, a garantir a segurança pessoal, sem comprometer a conexão significativa com os participantes (GRAY et al., 2020).

As pesquisas que coletam dados em meio virtual têm vantagens, tais como: a possibilidade de acesso de diferentes localidades; o baixo custo quando comparado com encontros presenciais, tanto para o pesquisador quanto para os sujeitos estudados; e a neutralidade do processo de pesquisa, o que reforça a confiabilidade interna do estudo e auxilia os pesquisadores a realizar entrevistas de alta qualidade e relevantes na era digital (SALVADOR, 2020).

As entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação de áudio, tipo mp3, cuja duração variou de 10 a 31 minutos. Os dados coletados pelo formulário Google Forms®, como *e-mail*, telefone e datas dos partos das participantes, foram armazenados em uma planilha da plataforma Google Sheets®. As entrevistas foram transcritas na íntegra e totalizaram 40 páginas.

## 2.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da técnica da análise temática, que é utilizada para identificar, analisar, organizar, descrever e relatar temas encontrados em um conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006). A definição da análise temática como método ainda é controversa. Apesar disso, essa análise é considerada útil para examinar as perspectivas de diferentes participantes da pesquisa, destacando semelhanças e diferenças e gerando *insights* imprevistos. Além disso, é utilizada para resumir as características-chave de um grande conjunto de dados por meio de uma abordagem bem estruturada e, assim, produzir um relatório final claro e organizado (NOWELL et al., 2017).

A análise temática está estruturada em seis fases diferentes, quais sejam: 1. familiarizando-se com seus dados; 2. gerando códigos iniciais; 3. buscando por temas; 4. revisando temas; 5. definindo e nomeando temas; 6. produzindo o relatório (BRAUN; CLARKE, 2006).

O processo de análise temática iniciou-se com a transcrição das entrevistas, que foram, posteriormente, organizadas e numeradas conforme a ordem de realização, totalizando 56 páginas. Foi procedida a leitura dos dados a fim de se familiarizar com eles e apreender as ideias gerais das entrevistadas.

Na segunda fase, foi realizada a codificação dos dados, ou seja, a extração de trechos das transcrições, recortados e marcados, delimitando o início e o final de cada extrato referente a determinado tema. Posteriormente, foi criado um livro de códigos inicial com os extratos codificados e numerados conforme a ordem de surgimento no processo de codificação. Quando um extrato era similar e com o mesmo sentido, era numerado com o mesmo código que se assemelhava.

Em consideração aos objetivos da pesquisa, as entrevistas foram analisadas com direcionamento para temas explicativos do fenômeno estudado. A partir disso, foram obtidos os códigos temas conforme o número de sua ocorrência em cada entrevista, totalizando 447 códigos temas. Subsequentemente, procedeu-se o agrupamento dos extratos semelhantes e relevantes em temas potenciais. Para auxiliar na qualificação dos diferentes códigos, os dados foram agrupados em tabelas, e, assim, foi elaborado um mapa inicial. Após a construção desse mapa, os extratos foram agrupados em três temas e seis subtemas, detalhados no apêndice E. Essa etapa correspondeu à terceira fase da análise temática.

Na quarta fase da análise temática, houve o refinamento dos temas em dois níveis. Inicialmente, os temas foram revisados em relação aos extratos codificados em cada tema. Em seguida, iniciou-se o segundo nível de refinamento por meio da releitura e revisão de todo o conjunto de dados, quando ocorreu a revisão dos extratos codificados em cada tema, na qual 42 extratos foram realocados em novos temas e subtemas correspondentes e nove extratos foram descartados. Por fim, também foi construído um mapa temático preliminar.

A quinta fase foi quando houve a definição e nomeação dos temas. Após a produção de um mapa temático satisfatório aos propósitos do estudo, foram realizadas a especificação e a descrição de cada tema. Os temas foram organizados de acordo com a narrativa e os extratos que compõem cada tema. Na sexta fase, realizou-se a análise final dos extratos, a fim de selecionar os extratos que descrevem a história dos dados, sendo produzido também o relatório do processo analítico com a descrição de todas as suas etapas e todos os seus resultados.

A partir da análise interpretativa dos dados, foi realizada a identificação dos principais temas, de acordo com o objetivo analítico da pesquisa. Por meio da utilização do quadro 1, pretendeu-se apresentar, sucintamente, os temas encontrados:

**Quadro 1** – Categorias temáticas e subtemas correspondentes

<b>Categoria temática 1: Violência e racismo institucional</b>
<b>Subtemas</b>
Violência obstétrica Estereótipos da mulher negra
<b>Categoria temática 2: Estratégias frente à violência e ao racismo</b>
<b>Subtemas</b>
Privilégios associados à classe Acesso a informações e cuidados respeitosos e qualificados
<b>Categoria temática 3: Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19</b>
<b>Subtemas</b>
Medo do contágio pelo Sars-Cov2 Insegurança na assistência durante a pandemia

Fonte: A autora, 2021.

A categoria temática “Violência e racismo institucional” é composta por 267 códigos, contemplando a violência obstétrica e os estereótipos da mulher negra como subtemas. A segunda categoria “Estratégias frente à violência e ao racismo” foi constituída por 115 códigos temas e abrange as subcategorias “Privilégios de classe”, com 45 códigos, e “Acesso

a informações e cuidados respeitosos e qualificados”, somando 70 códigos temas. Por fim, a terceira categoria temática “Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19” correspondeu a 65 códigos temas e foi composta por dois subtemas, como medo do contágio por SAR-Cov-2, além da insegurança na assistência durante a pandemia.

## **2.6 Aspectos éticos em pesquisa**

A presente pesquisa atendeu às Resoluções nº 510/16 e 466/12, respeitando todos os procedimentos éticos para a realização do estudo. Todas as participantes foram esclarecidas sobre a pesquisa e receberam por *e-mail* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consta no apêndice A, no qual as participantes retornaram após assinarem e anexarem a foto do documento. O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 11 de dezembro de 2020, parecer nº 4.457.912 (anexo A).

Para cada entrevista, adotou-se um código numérico de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas, como E1, E2, E3, e assim por diante.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir dos resultados e processamento de dados, realizou-se a análise interpretativa, seguida da discussão dos achados em diálogo com o escopo analítico do fenômeno pesquisado e a literatura científica sobre a temática.

A primeira categoria temática, “Violência e racismo institucional”, abrange as situações de violências e as manifestações do racismo ocorridas na assistência obstétrica. A segunda categoria, “Estratégias frente à violência e ao racismo”, contempla as estratégias utilizadas pelas mulheres para se protegerem do racismo institucional, como privilégios de classe e acesso a informações e cuidados respeitosos e qualificados. E a terceira categoria temática, “Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19”, é representada pelos temores do contágio do vírus e insegurança com a assistência oferecida durante a gestação e parto.

#### **3.1 Violência e racismo institucional**

Nesta categoria temática, as mulheres abordam as suas experiências com as situações de racismo durante a assistência pré-natal e ao parto. O tratamento que elas receberam foi percebido como diferenciado em comparação às mulheres brancas, assim como foram relatadas atitudes de negligência dos profissionais de saúde.

As mulheres também abordaram situações de violência obstétrica durante as consultas de pré-natal e assistência ao parto e no pós-parto, como ofensas e práticas abusivas dos profissionais de saúde, que resultaram em experiências traumáticas para elas. Ao mesmo tempo, as participantes relatam que as práticas discriminatórias são naturalizadas, mas não as consideraram como preconceituosas, apesar de manifestarem experiências excludentes e violentas.

As entrevistadas expuseram situações em que os profissionais desvalorizaram suas demandas e necessidades, percebendo abandono e descuido. Além disso, externaram medo das situações de violência institucional obstétrica durante a assistência à gestação e ao parto,

sendo essas situações vivenciadas por elas ou relatadas por outras mulheres do seu círculo social.

Essa categoria esclarece como a violência institucional esteve presente nas suas experiências de assistência pré-natal, como ofensas, agressões física e psicológica, e negligência dos profissionais e dos serviços de saúde.

Eu comecei a notar a diferença do tratamento comigo a cada consulta. Eu era submetida a todos os exames, aquele que escuta o coração do bebê e vê as contrações [cardiotocografia], ultrassonografia e exame de toque. Esse exame de toque era a obstetra que fazia em toda consulta. Era de lei e, toda vez, eu ficava dolorida. Era muito ruim e a médica era muito bruta. Eu pensava que tinha que fazer vários exames, mas não acho que precisava fazer toque [vaginal] toda vez. (E-18).

No pré-natal, eu sofri violência pela médica. Ela fazia um terror psicológico, violência psicológica e dizia que eu poderia ficar paraplégica e morrer. Isso foi na primeira consulta, quando eu a questioneei se o parto ocorreria na 38ª semana ou se poderia ser um pouco mais a frente. Ela ficou incomodada com essa indagação e me fez terror psicológico. Ela já tinha preconceito por eu ser obesa. O ponto alto foi quando ela acusou meu companheiro de infidelidade, porque eu tive uma vaginose bacteriana e passou o tratamento só para mim. Na consulta seguinte, eu não melhorei. Então, ela começou a ficar irritada quando eu perguntei o que era, disse que poderia ser uma DST e poderia ser uma traição do meu companheiro. Eu não cheguei a denunciá-la para a ouvidoria do hospital, mas foi muito difícil. (E-22).

O termo “violência obstétrica” foi incorporado à legislação de alguns países da América Latina, como Venezuela, Argentina e México, em resposta às pautas reivindicatórias dos movimentos de mulheres e da assistência ao parto. A definição legal auxilia na compreensão e explicação dos aspectos desse tipo de violência, sendo tipificada como diversas violências, omissões e agressões praticadas durante a assistência das mulheres nos períodos da gestação, parto e puerpério, assim como nas situações de abortamento. A violência obstétrica se refere ao uso injustificado de intervenção médica, tratamento desrespeitoso e patologização do processo de parto e nascimento (QUATTROCCHI, 2019). Outros termos, como violência institucional, violência de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica, também são utilizados para expressar as negligências ocorridas no ciclo gravídico-puerperal. Desse modo, essa forma de violência representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina no próprio sistema de saúde (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021).

A violência obstétrica é considerada uma violência de gênero, por se tratar especificamente de mulheres e relações de poder desiguais na sociedade. A sua repercussão

está associada à baixa qualidade da assistência nos serviços de saúde, que prejudica a experiência de parto das mulheres e que compromete a credibilidade das unidades de atenção obstétrica (LANSKY et al., 2019). A violência obstétrica pode ser compreendida também como a apropriação do corpo feminino e dos seus processos reprodutivos pelos profissionais de saúde, como na gestação, no parto e no puerpério. Essa violência ocorre pelo abuso de medicalização, pelas relações desumanizadas, pela perda de autonomia das mulheres e pelas violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

Os relatos das mulheres negras corroboram com essas definições ao externarem que tiveram exames vaginais frequentes e dolorosos, de diversos profissionais, sem a devida preocupação com a sua privacidade e sem explicação do motivo de sua realização. Os relatos de desrespeito e abuso na assistência ao parto incluem humilhação e abusos verbais, procedimentos não consentidos, falta de confidencialidade, privação de analgésicos, cuidados negligentes, podendo resultar em complicações evitáveis e maior risco para as mulheres e seus bebês, sobretudo para aquelas com baixa renda e de minorias étnicas. Essas mulheres ainda não reconhecem o seu direito de escolha e de recusa a intervenções e procedimentos sem o seu consentimento. Destaca-se que a solicitação de consentimento para realizar procedimentos, a exemplo da episiotomia, ainda não é uma prática profissional presente na cultura obstétrica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; BALDE et al., 2017; LANSKY et al., 2019).

Quando o profissional de saúde viola direitos ou pratica qualquer ato abusivo, ofensivo ou humilhante contra a mulher durante a assistência à saúde reprodutiva, ele está praticando uma violência obstétrica. Os profissionais tentam justificar o contexto violento da assistência obstétrica com base em aspectos que dificultam o cuidado, como a escassez de recursos humanos, esgotamento físico e mental, sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura nas unidades e poucas condições de atendimento. Um estudo identificou que as mulheres africanas frequentemente atribuíam as experiências de maus-tratos às atitudes e aos comportamentos dos profissionais de saúde, justificando que eles eram mal treinados e sobrecarregados de trabalho. No entanto, assumir a responsabilidade nas experiências insatisfatórias das mulheres pode auxiliar na mudança do cenário obstétrico estruturado pela violência institucional (BALDE et al., 2017; SALTER et al., 2021).

A respeito dessa cultura de violência obstétrica, o enfoque na intensa medicalização e excessivas práticas e tecnologias médicas na assistência ao parto – como realização de procedimentos de forma rotineira, sem base em evidências científicas – pode causar danos iatrogênicos para mãe e bebê (NICIDA et al., 2020).



É necessário considerar também que a violência institucional no parto é permeada pelas questões de gênero e medicalização do corpo da mulher, o que contribui para a reprodução da desigualdade de gênero e a normalização da violência contra a mulher. O processo de medicalização provocou mudanças na assistência ao parto, como a primazia ao parto hospitalar e à cesariana, uma vez que 98% dos nascimentos no Brasil ocorrem em hospitais e que as taxas de cesarianas foram de 52% no período de 2011 a 2012, sendo que pode chegar a mais de 90% em unidades da rede privada. Entre mulheres com partos vaginais (48%), apenas 5,6% relataram não ter sofrido nenhuma intervenção durante a assistência. Portanto, essa realidade decorre da intensa medicalização do parto e normalização das intervenções no corpo feminino, ocasionando relações assimétricas e desiguais na saúde reprodutiva das mulheres brasileira (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021; MESENBURG et al., 2018; SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

A consolidação da assistência ao parto como atividade médica e localizada no hospital decorreu de discursos sobre uma rotina “ideal” para o parto hospitalar e com a sustentação do médico como o profissional mais habilitado para a assistência ao parto, em vez das parteiras, obstetrias e enfermeiras obstétricas. Isso se constitui numa roteirização do cuidado obstétrico, no qual intervenções e práticas obstétricas passaram a ser universalizadas a partir das premissas de que a natureza não é capaz de “agir sozinha”, ou de que se deve reduzir o tempo e as dores do parto (SILVA et al., 2019). No presente estudo, a maioria das participantes relataram que seus partos foram assistidos por médico obstetra, reforçando a vigência desse modelo assistencial.

Nesse sentido, as entrevistadas também abordam as atitudes profissionais na assistência pré-natal e parto, sendo realizada de forma pouco atenciosa, mecanicista, com enfoque em procedimentos e rotinas, sem a formação de vínculo entre profissional e paciente. Essas atitudes refletem a cultura assistencial ancorada na medicalização e a naturalização da violência institucional, caracterizada pela ausência do protagonismo da mulher e por posturas profissionais de indiferença, ofensivas e grosseiras.

O pré-natal foi horrível. As consultas foram muito superficiais, porque uma semana eu tinha consulta com uma doutora e, na outra semana, com outra. Então, eu não tinha vínculo, aquele vínculo do paciente com o profissional. (E-1).

No começo foi bem difícil, porque eu estava com médicos cesaristas do convênio [plano de saúde]. Existia a gordofobia, você é muito gorda para parir, ou então o que eu vou chamar de “alturofobia”, você é muito alta para

parir. E eu sou alta. Diversas falas eram bem comuns no cenário obstétrico. (E-12).

Eu tinha uma expectativa de parto, e mudou tudo quando eu cheguei na maternidade. Eu cheguei com esse quadro de risco e acho que o neném estava em sofrimento fetal. Nós fomos para uma cesárea de urgência. Então, existiam funcionários que conseguiam ter acolhimento. Outros foram bem práticos, cumprindo a sua rotina, parecia que era para cumprir o plantão e fazer ali o que tinham de fazer e pronto, acabou. (E-9).

A médica já veio querendo colocar a mão [toque vaginal] em mim sem me explicar e eu segurei a mão dessa médica, e falei: Eu escolhi por um parto humanizado! O hospital prega essa coisa do parto humanizado. Acho que você tem que me falar o que vai fazer independente de eu ter o direito da escolha ou não! (E-10).

Com a obstetrícia moderna, o parto passou a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, com utilização de intervenções para diminuir os riscos inerentes ao parto e aliviar o sofrimento das mulheres (SILVA et al., 2019). Tais intervenções de rotina e não justificadas constituem uma violação de direitos e são consideradas práticas de violência obstétrica, em referência a diversas formas de abuso, desrespeito e constrangimento vivenciados por mulheres durante a gravidez e parto. Ao mesmo tempo, o processo de medicalização pode ser inserido sob a ótica de violação de direitos, pois não se restringe apenas à relação equitativa de gênero, mas consolida a dominação do saber médico sobre o saber feminino (NICIDA et al., 2020).

É necessário refletir sobre as relações de poder entre as mulheres e os profissionais de saúde, uma vez que essas relações ocorrem de forma assimétrica e priorizam o saber-poder profissional, especialmente o médico. A autoridade profissional prevalece nas decisões, que, por vezes, não são apoiadas em comprovações científicas sobre sua indicação e benefício, reforçando a relação desigual entre a mulher e o profissional. Além disso, quando o paciente é uma mulher negra, essa assimetria é acentuada pelos mecanismos de opressão de gênero e de raça (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021).

A violência obstétrica está localizada entre a violência institucional e a de gênero, visto que é praticada pelos profissionais e serviços de saúde por meio de atos ou omissões dirigidos à mulher, afetando sua integridade emocional e física, e estimulando a naturalização da sua subordinação na sociedade. Desse modo, a violência obstétrica é compreendida não apenas como uma consequência do modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas também como característica dele. A relação de poder desigual entre profissionais e mulheres

interfere na percepção de autonomia feminina, na preservação da integridade física e psicológica e no processo de decisão e escolha (BALDE et al., 2017; LIMA, 2016).

O estudo de Santos, Oliveira e Souza (2016) sobre violência obstétrica identificou que 25% das mulheres já vivenciaram algum tipo de violência, que ocorreu durante a realização de exame ou procedimento de forma dolorosa (10%). Essas mulheres não receberam informações sobre o exame realizado (9%), receberam respostas negativas ao solicitarem ou não foram oferecidas medidas para alívio da dor (10%), ouviram gritos e reclamações dos profissionais (9%) e tiveram atendimento negado (8%). Esses resultados evidenciam a falta de humanização na assistência e a prática rotineira da violência institucional nas instituições de saúde, podendo causar danos físicos e psicológicos nas mulheres.

As altas taxas de violência obstétrica estão associadas à medicalização do parto, que utiliza tecnologias invasivas e se caracteriza pela pouca participação das mulheres durante o parto. Nesse processo, o médico representa a figura de maior poder na hierarquia institucional e assume o protagonismo na assistência, em vez da mulher, que obedece às instruções sem questionar os procedimentos indicados. (BALDE et al., 2017; LANSKY et al., 2019).

A violência obstétrica deve ser reconhecida e nomeada, sendo necessário descrevê-la, a partir das experiências das mulheres, e apontar as estruturas que sustentam a sua institucionalização e naturalização no processo assistencial. Portanto, o reconhecimento desse tipo de violência institucional pode provocar o debate sobre a dinâmica do poder. Dinâmica sustentada pela normatização de rotinas institucionais ancoradas na medicalização e seus efeitos negativos na qualidade do cuidado em saúde na obstetrícia (SALTER et al., 2021).

O ambiente institucional da atenção obstétrica voltado apenas para os processos, provoca receio nas mulheres, sobretudo nas mulheres negras, em razão de muitas mulheres considerarem que o momento do parto representa também uma vivência de medo, angústia, dor e invasão de seu corpo (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016). Nesse sentido, as participantes relatam experiências traumáticas em partos anteriores e também na gravidez atual, que envolveram posturas de desrespeito, ofensas e grosserias, além de procedimentos não consentidos, causando-lhes medo da violência obstétrica.

Eu sofri um trauma no meu primeiro parto, que foi na mesma maternidade do segundo [filho]. Eles subiram em cima de mim, me cortaram sem pedir minha permissão. Eu tinha uma visão do parto normal como um terror. Além da dor natural que a mulher sente, eu tinha um terror. Então, eu já estava esperando passar por tudo aquilo de novo. (E-6).

[...] pois eu tive pressão alta. Hoje eu relaciono muito mais a minha pressão alta com o medo da violência obstétrica. A minha pressão oscilava justamente quando eu pisava num consultório [...] não me sentia acolhida em relação à hipertensão [arterial]. Então, eu sentia como se eu estivesse mentindo e, toda vez que eu encontrava com uma pessoa [profissional] nova, eu tinha que ter o mesmo discurso [...] Acredito que isso tudo contribuiu para o meu medo na gestação. (E-12).

Eu fiquei com muito medo porque as consultas eram aterrorizantes. Toda vez que eu ia era aterrorizante, horrível, e eu pensava se eu tivesse meu filho ali seria horrível e eu só sentiria dor. Só o toque [vaginal] já era ruim. Então, na hora do parto, pensei que iriam me matar ali. Eu não quis parir nesse hospital de forma alguma. (E-18).

O medo do desconhecido e da imprevisibilidade do parto pode envolver desde a insegurança no trabalho de parto até o medo da morte no parto. Estudo com gestantes britânicas identificou que elas experimentam altos níveis de medo do parto consequente ao temor de sua incapacidade de lidar com a dor, de não terem voz na tomada de decisões, de serem abandonadas pelo companheiro ou acompanhante, de serem deixadas sozinhas pelos profissionais, de perderem o autocontrole físico ou emocional durante o parto e de serem utilizadas intervenções, desde exames vaginais até partos instrumentais, sendo esse medo relacionado com a violação da integridade corporal durante os procedimentos (SLADE et al., 2019).

Uma revisão sistemática de estudos oriundos de 34 países evidenciou sete domínios dos maus-tratos a mulheres no parto, sendo eles: abuso físico; abuso sexual; abuso verbal; estigma e discriminação; falha em atender aos padrões de assistência; mau relacionamento entre mulheres e provedores; e condições e limitações do sistema de saúde. As falhas dos profissionais foram relacionadas com a falta de consentimento informado e confidencialidade, as condutas inadequadas durante exames físicos e execução dos procedimentos, e a negligência e abandono das mulheres. O estigma e a discriminação ocorreram em virtude de etnia, raça ou religião, idade, condição socioeconômica e condições médicas, como infecção pelo vírus HIV. O tratamento diferenciado dos profissionais de saúde influenciou na qualidade dos cuidados recebidos no parto. As mulheres perceberam desrespeito pelas suas preferências culturais e notaram que os funcionários propagavam os estereótipos raciais. Portanto, os maus-tratos às mulheres durante o parto não são apenas uma questão de qualidade da assistência, mas também uma demonstração de violações aos direitos humanos (BOHREN et al., 2015).

A violência obstétrica é comumente associada às relações de gênero, mas deve-se contemplar também as relações raciais em virtude de as mulheres negras serem mais sujeitas a

sofrer violência e terem mais riscos de morbimortalidade materna (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021). A violência obstétrica interpretada como violência de raça e gênero, considerando que o racismo e o sexismo são estruturais, pode ser mais bem compreendida e, assim, pode viabilizar estratégias programáticas mais seletivas e efetivas para mudar essa realidade. As desigualdades raciais criam iniquidades de acesso à saúde e aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020). Os efeitos da violência racial e de gênero se sobrepõem na mulher negra e produzem efeitos devastadores, causando o silêncio e a internalização de práticas de submissão (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

A violência contra as mulheres negras pode ser entendida como permeada pelo racismo estrutural, sistêmico e cultural que marcam a sua vida reprodutiva, conformando-se num racismo obstétrico. Esse racismo é uma extensão da estratificação racial e fruto tanto da estigmatização histórica da mulher negra quanto de suas lembranças de interações com médicos, enfermeiros e outros profissionais durante e após a gravidez (WILLIAMSON, 2021).

Portanto, para as mulheres negras, o processo de gestar e parir pode ser duplamente mais perverso, pois vivenciam a violência obstétrica perpetrada contra as mulheres indistintamente nas unidades de saúde, como também convivem com o racismo institucional obstétrico na saúde. Essa intersecção entre violência e racismo causa piores desfechos maternos e do neonato.

Nesse sentido, as participantes do estudo também manifestaram experiências de racismo durante a assistência recebida e retrataram o racismo institucional inserido nos serviços da atenção obstétrica. O racismo foi caracterizado pelas situações discriminatórias devido à cor da pele ou traços de negritude, nas quais as mulheres se sentiram estereotipadas e humilhadas pelos profissionais de saúde, como emergiram nas seguintes falas:

Uma situação que achei racista foi quando a médica durante uma consulta falou: “Ah! Mas você tem a cara daquelas mulheres parideiras e que [o bebê] vai sair com muita facilidade!” Então, para mim, ela foi claramente racista. Eu não retruquei e não a chamei de racista na hora, mas eu tive essa sensação, foi o que eu senti na hora e me senti ofendida [...] E, em outros momentos, essa médica apontou a questão de eu estar acima do peso também. Ela sempre falava que eu estava gorda, mas a forma como ela falava era bastante ofensiva. (E-2).

Houve situações de discriminação em Lisboa [Portugal], porque existe uma dificuldade muito grande de conseguir atendimento fora do país por ser estrangeiro. E quando você é estrangeira, brasileira e preta, ainda é um pouco pior [...] Eu tive dificuldade nas marcações, quem fazia parte das triagens eram portuguesas e eu tive bastante dificuldade. Quando eu fui fazer

uma ultrassonografia colocaram na descrição do documento como africana, em vez de colocarem meu nome. Como eu era a única preta da sala, escreveram afrodescendente e africana, como se eu fosse africana. Não fizeram questão de colocar meu nome, simplesmente me identificaram na sala pela cor. (E-10).

No dia da alta eles acharam o nariz do meu filho muito pequeno, estavam pensando que não tinha osso. E eu explicando que meu filho é negro e tem o nariz mais achatado mesmo. O médico queria ver o meu esposo para comparar o nariz do meu esposo, o meu nariz e o do meu filho. Começou a dizer que o nariz do meu esposo não era tão pequeno quanto o do meu filho. Eu questionei, porque eu fiz o acompanhamento pré-natal inteiro e todos os exames mostravam que o nariz dele estava perfeito. Eu falei: “Realmente nunca tiveram um parto de uma preta aqui!” Porque seguraram a alta do meu bebê apenas porque ele não era igual aos outros! Que eu me lembre, isso foi o que mais me marcou e o que mais senti. E o que mais me doeu de verdade foi o questionamento do pediatra com o meu filho. Naquela hora, eu vi que eles não sabem cuidar de uma criança negra. (E-18).

As situações relatadas expõem o racismo institucional presente no cuidado às mulheres negras por meio de argumentos sem qualquer base científica e pautados em concepções racistas. O racismo institucional apresenta como as organizações, as políticas, as normas e as práticas produzem um tratamento desigual a diferentes grupos. É considerada uma falha das instituições em promover um serviço adequado às pessoas em função de sua cor, raça, cultura ou etnia (MITTELBACH; SOUZA, 2022; WERNECK, 2016).

Esse tipo de racismo pode ser identificado por meio de ações e condutas excludentes a grupos sociais mais vulneráveis, como os negros de forma sutil e implicitamente no âmbito de instituições. Na saúde, acarreta disparidades significativas no cuidado de pessoas negras (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019; WERNECK, 2016). Na assistência obstétrica, o racismo institucional é denominado racismo obstétrico, caracterizado por atos violentos às mulheres durante a gestação e parto, estereótipos e condutas racistas, que resultam em altas taxas de mortalidade materna em mulheres negras.

O racismo obstétrico está na interseção da violência obstétrica e do racismo médico ou na área da saúde, ocorrendo quando a raça do paciente influencia percepções, tratamentos e/ou decisões diagnósticas dos profissionais. Dessa forma, expõe o paciente ao risco, além de incluir lapsos críticos no diagnóstico, atitudes de negligência, desdenho ou desrespeito, dor e abuso médico por meio de coerção ou realização de procedimentos sem consentimento. Embora o racismo obstétrico leve em conta os sentimentos e as percepções do racismo na reprodução, ele aponta mais profundamente para as maneiras pelas quais o atendimento ao paciente pode acabar sendo violento. As histórias de experimentação médica em negros

demonstram o profundo descaso pelas suas vidas e o tratamento como objeto clínico (WILLIAMSON, 2021).

A concepção histórica de que o corpo da mulher negra é visto como objeto experiencial e mais resistente à dor pode ser empregada para justificar condutas de mais utilização de procedimentos invasivos e dolorosos nas parturientes negras, como os toques vaginais repetitivos. As mulheres negras tendem a receber menos analgesia em comparação às brancas, e essa diferença está provavelmente relacionada às percepções sociais baseadas na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas entre esses grupos raciais (DINIZ et al., 2009, 2016; LIMA, 2016; LEAL et al., 2017).

A pesquisa *Nascer do Brasil* evidenciou que há profissionais que consideram haver uma “melhor” adequação da pelve de mulheres negras para parir, o que justificaria a não utilização de analgesia. Essas percepções são identificadas como racismo internalizado e que externaliza a concepção de que os negros são mais resistentes à dor quando comparados aos brancos (LEAL et al., 2017). Portanto, na cultura obstétrica, há uma associação entre as premissas de deficiência do corpo feminino para parto e os estereótipos de raça, tendo como base de sustentação diversos estudos comparativos entre mulheres negras e animais, como também entre mulheres brancas e mulheres africanas, provocando inúmeras alterações da espécie humana marcadas pelo racismo científico (SILVA et al., 2019).

O racismo também está presente no tratamento inadequado, desrespeitoso e discriminatório às gestantes americanas, particularmente às negras, que são abandonadas, ignoradas, ameaçadas e coagidas durante a assistência. As consequências de uma experiência violenta e traumática durante o parto incluem o sofrimento, estresse pós-traumático, medo do nascimento, imagem corporal negativa e perda de autonomia (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM- BUERLEY, 2021).

As formas discriminatórias são pronunciadas pelas pessoas que detêm o poder na assistência, apesar de suas premissas não possuírem uma base científica. A violência racial na assistência é caracterizada por intervenções e pelas seguintes falas: “negras são fortes e mais resistentes à dor”, “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras têm mais leite” e “pretas não fazem pré-natal direito”. Essas falas derivam dos estereótipos presentes na sociedade e são reproduzidas pelos profissionais de saúde durante a assistência. Dessa forma, são associadas ao racismo cultural que torna as mulheres negras mais estereotipadas, mais excluídas e violentadas, refletindo-se em taxas de mortalidade materna mais elevadas do que as mulheres brancas (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020).

O racismo está presente nas instituições de saúde, no acesso e prestação de cuidados à população negra, inclusive nas relações com profissionais dessa área. É identificado nas unidades de saúde, por meio de ideologia e pensamentos racistas que tendem a minimizar as queixas de pessoas negras, negação de atendimento, anestesia ou medicamentos, principalmente de mulheres negras durante a assistência ao parto (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

As mulheres negras apresentam altas taxas de discriminação, desrespeito e abuso durante os cuidados. Quando comparadas com as mulheres americanas brancas, as negras têm mais chances de receberem maus-tratos, têm duas vezes mais probabilidade de ter seus desejos ignorados ou recusados por profissionais e de se sentirem abandonadas ou negligenciadas durante a assistência (VEDAM et al., 2019). No presente estudo, as entrevistadas também perceberam um tratamento diferenciado pelos profissionais em comparação com as mulheres brancas, consideraram o cuidado como desqualificado e negligente e tiveram mais dificuldade em realizar exames.

Ela [médica obstetra] fez algumas colocações racistas em alguns momentos e debochava de mim o tempo todo em relação ao parto humanizado. Então, o atendimento pré-natal da obstetra para comigo era nesse tom de ofensa. (E-2).

A consultora de amamentação não olhou direito a pega do Ariel depois que ele nasceu. Ficaram faltando os exames. Nós saímos de alta, mas sem ter o exame da língua, por exemplo. Agora eu sei que era obrigatório e tudo isso tinha um cunho racial [...] Por exemplo, teve outra mãe com a mesma equipe de parto, que pariu no mesmo dia e ela teve todos os exames feitos, teve a alta igual a mim e a única diferença entre nós duas é que eu sou negra e ela não é. (E-12).

Eu sofri um episódio racista durante a gestação, em que senti uma diferença no tratamento comigo para com as gestantes brancas que estavam ali. Porque eu perdi muito tampão mucoso, e como era a primeira gestação eu não sabia o que estava acontecendo. E o médico foi grosseiro, me deu um toque violento, enquanto com as gestantes brancas ele tratava com calma, com paciência, comigo ele foi ríspido, grosseiro. (E-16).

As iniquidades raciais prejudicam o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, refletindo na qualidade de vida, sobretudo na saúde sexual e reprodutiva. As mulheres pretas e pardas recebem menos informações em saúde, como métodos contraceptivos, e possuem mais chances de receber tratamento inadequado ou desigual durante o atendimento pré-natal (LIMA, 2016). Por exemplo, no Brasil, foram realizadas sete ou mais consultas pré-natal em 75% das gestantes brancas, enquanto nas gestantes pretas e pardas esse percentual cai para



56,4% e 54,8%, respectivamente. Os óbitos de mulheres negras correspondem a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, denotando a influência da discriminação racial na assistência obstétrica (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

As mulheres afro-americanas também têm mais chances de morrer pelas causas associadas à gravidez do que as mulheres brancas. Isso ocorre pela demora ou pelas ausências no atendimento, que levaram à morte. A mortalidade materna no Reino Unido, entre os anos de 2016 e 2018, apresentou também diferenças raciais significativas. Mulheres negras morrem quatro vezes mais do que as brancas durante a gestação, parto ou pós-parto. Essa realidade permeada pela iniquidade racial exige a promoção e proteção dos direitos das mulheres negras a uma assistência digna e respeitosa (MCLEMORE et al., 2018; JOHN; CURRY; CUNNINGHAM- BUERLEY, 2021).

Quando questionadas, as mulheres negras correlacionam a linguagem desrespeitosa e o atendimento desqualificado como uma experiência comum, não se sentindo surpresas quando os profissionais e sistemas de saúde exibem situações de racismo. Para elas, o desrespeito é descrito como sentimento de rejeição e tratamento grosseiro, associado com a sua raça e nível de escolaridade e conhecimento (MCLEMORE et al., 2018).

Diante desse contexto adverso, destaca-se a importância da mulher de se sentir segura e apoiada durante a assistência pré-natal e o parto. No entanto, a solidão pode caracterizar o atendimento das mulheres pretas tanto em relação aos profissionais quanto à ausência de companheiro ou acompanhante. Lima (2016) constatou que a maioria das mulheres pretas e pardas não possuíam parcerias afetivas ou conjugais durante a gravidez e levantou a possibilidade de elas serem mais preteridas – inclusive por homens negros e da mesma classe social –, em razão de o padrão social de beleza valorizar a branquitude. A solidão pode ocasionar maior vulnerabilidade a diversos agravos que podem levá-las ao adoecimento físico e mental, principalmente no pós-parto.

Nessa perspectiva, as entrevistadas expuseram sentimento de solidão durante o atendimento percebiam-se desvalorizadas e pouco ouvidas. Elas se sentiram negligenciadas no parto e pós-parto pelos profissionais de saúde, e o contexto pandêmico atual parece ter agravado esse sentimento de solidão. Por vezes, a solidão também foi causada pela ausência do companheiro, visto que predominaram as solteiras e separadas.

Para mim, não explica o tratamento, mas eu fiquei no último quarto do corredor. Então, assim, até chegar o atendimento a mim foi uma coisa surreal. Eu cheguei e não vieram me buscar para dar o banho, eu fiquei lá esperando e ninguém veio me buscar. Voltei e deitei. Então, meu esposo

conseguiu aquela bacia que usamos para urinar [comadre], pegou para eu poder urinar. Ele me levou ao banheiro e fiquei deitada lá até a manhã do dia seguinte. Até alguém chegar, demorou. O alimento também demorou a chegar. Então, demorou bastante para me alimentar, foi isso, o pós-parto foi horrível. (E-6).

O tempo que passei com meu filho foi ruim, desde a informação, ninguém passava nada. E quando eu dizia que estava com dor, diziam que só tinha dipirona, não tinha nenhum remédio para infecção de urina, e tem várias medicações que poderiam passar para aliviar a minha dor, mas ninguém me receitou nada. A minha obstetra chegou a receitar algo mais forte para dor, mas eles falaram que não tinham. Então, acredito que foi pouco caso e negligência no atendimento do hospital mesmo. Eu senti como se não tivesse voz, não podia chorar porque ninguém ligava. Não podia usar remédio fora [do hospital], não podia chorar, não podia ter alta para melhorar em casa. Então, foi complicado. (E-18).

Porque nesse contexto [pandêmico], nos sentimos ainda mais sozinhas. Então, ter essa possibilidade de alguém olhar para você e não apenas para a sua barriga e para o seu bebê, porque sentimos essa necessidade de falar e no único lugar que deveria ser, porque eu só ia para consultas, e não recebia esse cuidado. Porque já vivemos em uma sociedade onde a mulher negra é deixada de lado. Eu morava com o pai do meu bebê no início da gestação, mas nesse momento da gestação, você também é deixada de lado. Então eu senti muita falta desse espaço, desse acolhimento para a gestante e principalmente para a gestante negra. (E-21).

O racismo é um componente estressor na gestação. As mulheres se sentem discriminadas não apenas quanto à raça, mas também pelas suas crenças e classe social, pois vivenciaram situações de perda de sua autonomia e dignidade. Além disso, relataram situações que as fizeram se sentir inseguras com a assistência. Descreveram também o atendimento como insatisfatório pela falta de empatia dos profissionais e situações discriminatórias e desrespeitosas durante o atendimento, causando-lhes maior estresse físico e emocional (MILTENBURG et al., 2016; MCLEMORE et al., 2018; MEHRA et al., 2020).

As mulheres negras sofrem julgamentos sobre o seu caráter e suposta predisposição para a maternidade, como suposições de que a mulher negra tem muitos filhos, possui baixa renda, é mãe solteira, entre outras. Tais estereótipos são potencialmente negativos para o bem-estar dessas mulheres, e essas suposições racistas influenciam no acesso e qualidade dos cuidados e na relação com os profissionais de saúde (MEHRA et al., 2020).

A construção da raça implica duas dimensões: a primeira é a hierarquização dos grupos sociais com base nas características fenotípicas, e a segunda, a constituição das identidades raciais dissimuladas sobre seus corpos racializados e sexualizados a partir do poder hegemônico de masculinidade e branquitude (WILLIAMSON, 2021; MONAGERDA, 2017).

O preconceito e a solidão são marcas do cotidiano da mulher negra, expressadas também em práticas sexistas e racistas, que fazem parte da violência e do racismo velado presentes em suas vidas e corpos (CONCEIÇÃO; MORA, 2020). A construção negativa que cerca a mulher negra é corroborada pelas desigualdades de gênero e raça naturalizadas e reproduzidas pela sociedade, de modo que o racismo ainda funciona como elemento de exclusão por meio de mecanismos informais de discriminação (MONAGREDA, 2017).

Miltenburg (2016) verificou que, apesar de as mulheres negras vivenciarem situações de violência, inclusive violência física durante o trabalho de parto, elas apresentavam justificativas para os atos dos profissionais de saúde. Embora identificassem como uma violação dos direitos humanos, as mulheres afirmavam que as atitudes violentas eram para garantir um bom desfecho do parto. Essa falta de percepção da violência racial também foi identificada no estudo.

Nem sempre o racismo e a violência obstétrica foram reconhecidos ou percebidos pelas mulheres negras participantes, como manifestam as falas a seguir.

Não acho que teve racismo, porque não teve nem tempo de ter alguma fala, porque era raro ter contato com alguém [profissional]. O médico passou de manhã, eu fiquei dois dias internada. No primeiro dia o médico passou de manhã e apenas olhou os pontos porque pedi, no dia seguinte ele passou para dar alta em todas. No dia da alta ele não examinou, nem fez nada. Então, assim, isso não foi uma coisa diretamente comigo. Não sei se foi porque era um corredor gigantesco, não é uma justificativa, mas é o que eu penso. Foi o que imaginei que poderia ter sido. (E-6).

A doula disse que o médico colocou o dedo na entrada da vagina, para abrir o canal para o bebê nascer mais rápido. Eu não senti isso, porque saiu bem rápido. Eu não sei se isso foi uma violência, algo relacionado ao racismo. Mas lembrando das coisas, não percebi. Se teve algo no meu parto foi muito subjetivo. (E-14).

A naturalização da violência obstétrica decorre dos mecanismos de legitimação das hierarquias de poder e transformam práticas abusivas em eventos normais pelos atores sociais da assistência ao parto. As relações sociais e de poder são reproduzidas entre as pessoas e instituições por meio da circulação de ideias e concepções de saberes médicos autorizados que são socialmente aceitáveis e inquestionáveis (QUATTROCCHI, 2019). O poder institucional ou o bipoder, como menciona Mbembe (2014), autoriza o profissional de saúde a tomar decisões sobre o corpo das mulheres e a utilizar intervenções encobertas pela violência obstétrica.

O fato de nem sempre o racismo ser reconhecido pode decorrer da tendência de hesitação entre muitos brasileiros em falar sobre as desigualdades em saúde em termos de diferença racial, sendo isso um legado do mito da democracia racial que moldou profundamente o Brasil (WILLIAMSON, 2021). Uma pesquisa etnográfica identificou que a maioria dos entrevistados considerou que as desigualdades em saúde ocorrem entre os cidadãos ricos e os pobres, mas não entre os cidadãos negros e os brancos. Enquanto a maioria dos brasileiros continuar a identificar a pobreza e não a raça como o principal determinante da saúde precária e resistir à ideia de que “negros” têm pior saúde do que “brancos”, persistirão limites nas iniciativas de mudança neste modo de pensar e enfrentar as disparidades raciais em saúde (PAGANO, 2014).

Essa problemática pode envolver limitações no acesso à informação sobre a temática do racismo, violência e os seus direitos humanos e em saúde, inclusive nos currículos escolares, uma vez que o letramento e educação racial não fazem parte da pauta governamental na atualidade. Isso pode fazer com que um segmento da população negra não reconheça as sutilezas do racismo institucional representadas pela violência obstétrica e negligência do cuidado.

O não reconhecimento das mulheres sobre as experiências e práticas violentas pode constituir uma estratégia de silenciamento por meio da relativização de sua dor e sentimentos e da crença de que as mulheres devem suportar a dor e o sofrimento no parto. Inclusive, o poder médico e a medicalização do parto incentivam que as mulheres sejam dóceis e aceitem as intervenções sem questionamentos, reforçando sua submissão às práticas inadequadas (LIMA, PIMENTEL; LYRA 2021).

Essa não percepção das manifestações do racismo pode refletir também os efeitos do racismo estrutural no meio social, ao naturalizar a violência e o desrespeito às mulheres negras. A naturalização de práticas racistas perpassa as vivências da assistência obstétrica por essas mulheres, e, apesar de presenciarem situações ou comentários discriminatórios, o racismo obstétrico permanece velado, sendo operado nas estruturas da sociedade e normalizado nas relações sociais (WILLIAMSON, 2021). A negação do racismo impede o desenvolvimento da capacidade social e de enfrentamento da violência racial, visto que se reproduz juntamente com o sexismo e constitui um ambiente aversivo às mulheres negras, permanecendo assim com crenças de inadequação e submissão (TAVARES; KURATANI, 2019).

As diferenças nas relações entre profissionais de saúde e mulheres negras, especialmente naquelas com classe social e nível educacional mais baixos, contribuem para o

silenciamento em face das práticas discriminatórias. Por vezes, mesmo acreditando que os atos foram desrespeitosos, elas ficaram em silêncio e não questionaram por medo das respostas e possíveis repreensões dos profissionais. Historicamente, durante os séculos de escravidão, as mulheres negras padeceram das mais cruéis formas de violência e tiveram seus corpos invisibilizados. Ademais, vêm percorrendo uma trajetória de discriminação, não sabendo ainda ao certo como se posicionarem para responder àqueles que capturaram os seus corpos. (MILTENBURG et al., 2016; SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

Nesse sentido, as mulheres negras trazem em seus corpos os registros de sofrimento, dor, culpa e angústia, retrato da violência e das marcas de submissão internalizadas na trajetória de construção de sua história. Para a negra, as desigualdades e violência de gênero se articulam constantemente com a raça, resultando em desigualdades sociais mais intensas. A construção de identidades social e racial são táticas de resistência, estratégias de mudança, questionamento e desconstrução das desigualdades (MARTINS, et al, 2020; CONCEIÇÃO e MORA, 2020).

O primeiro passo para enfrentar a violência e o racismo obstétricos é por meio do reconhecimento de suas existências e de como atuam de forma mais perversa nos sistemas de saúde. Além disso, é preciso entender as condições particulares de vivência e de resistência das mulheres negras no Brasil e como estão inseridas socialmente, a fim de compreender a determinação social de que o racismo e a violência são influenciados pela raça/cor (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

A naturalização da desigualdade vinculada à condição racial no Brasil mostra a necessidade de adotar medidas políticas e medidas educativas que combatam o racismo institucional e as iniquidades raciais e suas repercussões na saúde da população negra para melhorar a qualidade da atenção à saúde (LEAL et al., 2017). A realização de pesquisas que incorporem as perspectivas das mulheres negras é estritamente necessária, a fim de discutir o desrespeito nos serviços de saúde e minimizar os danos associados aos cuidados às mulheres durante a gravidez e parto. Além disso, deve-se analisar a problemática com uma abordagem interseccional para compreender a relação entre posição social, níveis de renda e de educação, os quais são fatores potenciais para o racismo e que produzem formas de opressão e subjetivação combinadas, mais acentuadas nas mulheres negras (MCLEMORE et al., 2018).

A violência institucional aqui descrita revela como o racismo cultural está inserido na assistência obstétrica por meio de crenças normativas negativas a respeito das mulheres negras e de seus corpos. As experiências dessas mulheres abarcaram estereótipos negativos, como sendo preguiçosas, descuidadas ou com hábitos prejudiciais à saúde. Ao mesmo tempo,

as práticas de violência obstétrica e de discriminação de gênero podem caracterizar o preconceito racial dissimulado através de falas preconceituosas indiretas, que mantêm o racismo internalizado e sustentam as desigualdades raciais e de gênero na assistência.

Além disso, a discriminação racial vivenciada pelas participantes, por meio das ofensas racistas e do atendimento diferenciado e negligente por parte dos profissionais, corrobora com outros estudos com mulheres negras e ressalta a relevância da compreensão das camadas entrelaçadas de violência e racismo que oprimem a mulher negra. A categoria também apresentou a perspectiva de mulheres que não perceberam o racismo durante o cuidado, apesar de o atendimento ser desqualificado e desrespeitoso. Essa não percepção demonstra o viés racial implícito nas práticas de saúde e nas experiências de violência e preconceito que elas revelaram.

### **3.2 Estratégias de proteção frente à violência e ao racismo**

Esta categoria temática retrata as estratégias utilizadas pelas mulheres negras para o enfrentamento das situações de racismo institucional durante a assistência da gestação e parto. As entrevistadas abordam a classe social como facilitadora para contornar as dificuldades encontradas e descrevem táticas utilizadas para garantir um cuidado respeitoso e qualificado, a fim de desviar as desigualdades e barreiras encontradas na assistência.

A categoria temática contém duas subcategorias, que são: “Privilégios associados à classe” e “Acesso a informações e cuidados respeitosos e qualificados”.

#### **3.2.1 Privilégios associados à classe**

A subcategoria discorre sobre as estratégias utilizadas pelas participantes para escapar das situações que pudessem envolver violência e racismo institucionais, como a contratação de profissionais para acesso ao plano de parto a fim de apoiá-las na assistência ao parto e a escolha do local e desfecho do parto por cesariana em hospitais conveniados ao plano de saúde. A classe social pode influenciar na assistência, visto que a renda proporciona recursos financeiros para evitar vivências de racismo. Nesse sentido, são possibilidades vislumbradas

por elas como privilégios no cenário obstétrico. Essas estratégias foram mais verbalizadas entre as mulheres com maior escolarização e renda familiar de três a cinco salários mínimos, sendo aqui caracterizadas como mulheres de renda média.

Eu tenho total noção do tamanho do privilégio que eu tive nessa assistência. Eu fiz o curso de doula exatamente para isso, porque eu atendi muitas mulheres no SUS e tenho noção da questão racial e dessa assistência que eu tive, porque além de eu ter acesso ao plano de saúde, acesso a um bom profissional e tudo mais, tem muitas coisas para além disso. (E-11).

Eu tive o privilégio de poder trocar de médico diversas vezes, acho que foram oito obstetras dentro do meu período gestacional. Eu achei a equipe de parto que eu acabei parindo, era um coletivo de enfermeiras obstétricas, de ginecologistas e médicos obstetras. Quanto a equipe que eu contratei, que me atendeu, não teve nada de mais. Foi tranquilo, não teve nada que eu identificasse como violência obstétrica ou racismo por parte da equipe. Mas eu precisei pagar por isso, ou seja, você interpreta do jeito que você quiser interpretar, mas tem esse fator, acredito que foi racismo. (E-12).

Não quis fazer o parto de forma alguma nesse hospital. Eu agendei para fazer a cesárea com a minha médica em um hospital modelo aqui em São Paulo, que muitas pessoas vão, até famosas tiveram o parto lá. E eu queria que meu filho nascesse lá também. Mas deixando bem claro que eu não tinha noção do recorte racial até então. Eu era bem leiga em relação a isso. Acreditava que as pessoas tratavam todos iguais e a única diferença era o dinheiro, mas não era. (E-18).

A maioria das participantes, cujas falas conduziram para compor essa subcategoria, além de pertencer a uma classe econômica mais alta que as demais participantes, possuía nível de escolaridade superior, o que pode ser um facilitador para a identificação das práticas racistas vivenciadas. E, ao mesmo tempo, garantir a capacidade de enfrentamento, por meio das disponibilidades de recursos financeiros para driblar o racismo e a violência durante a assistência.

A forma como a assistência obstétrica é oferecida pode ser influenciada pela condição econômica. As mulheres de classe média possuem mais empoderamento e autonomia, com maior participação nas decisões no cuidado. Em contrapartida, as mulheres mais pobres estão inseridas num contexto de maior vulnerabilidade e submetidas a mais violência e dor no momento do parto (BELÉM et al., 2021).

Os estudos com grupos raciais tendem a ressaltar a categoria renda como maior impacto na assistência em comparação à raça, visto que há um consenso da literatura de que mulheres negras têm níveis socioeconômicos mais baixos e menor escolaridade. Entretanto, esse pensamento encobre o problema racial presente na atenção obstétrica, sofrido por todas

as camadas sociais, fazendo com que as mulheres negras sejam expostas ao racismo nos serviços de saúde (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019).

Um estudo antropológico com mulheres americanas com nível educacional superior problematiza o recorte racial em pesquisas da saúde, em virtude da tendência de eles enquadrarem os nascimentos adversos por serem negros ou não brancos e das mães terem baixa renda, baixo nível educacional e comportamentos de risco, como tabagismo e consumo de álcool. No entanto, a predominância da base socioeconômica dos resultados negativos do nascimento demonstra que as mulheres negras com maior escolaridade têm resultados de parto piores do que as mulheres brancas com os níveis mais baixos de escolaridade. Esse dado, contudo, é pouco explorado. As histórias de nascimento de mulheres negras com nível superior nos Estados Unidos expuseram a negligência, a falta de informação, o descaso, o desrespeito e as intervenções sem explicação, que permeiam o cuidado materno e se aglutinam no racismo obstétrico (DAVIS, 2019).

No Brasil, o mesmo fenômeno parece ocorrer uma vez que as mulheres brancas de renda média e alta sofrem a discriminação de gênero, mas as mulheres negras e de renda média e alta são expostas ao racismo e à discriminação de gênero conjuntamente. Enquanto isso, as afrodescendentes de baixa renda são submetidas a uma tripla interseção pela discriminação de gênero, classe e raça (HOGAN et al., 2018). As entrevistadas vivenciaram situações de racismo e violência obstétrica, e aquelas com escolaridade e renda mais elevada consideraram que a condição de classe as protegeria dessas situações. Entretanto, tal condição parece ser insuficiente para livrá-las de discriminações e desrespeito.

No entanto, reconhece-se que as mulheres negras de renda média possuem algumas proteções em comparação às mulheres de renda baixa, em virtude das melhores condições de educação, renda e de exercer escolhas quanto à assistência. As mulheres negras de renda baixa vivenciam experiências mais difíceis, pois a intersecção entre as formas de opressão racial, de gênero e de classe as aflige de forma negativa em todas as frentes. Essas mulheres são tratadas com menos consideração, no que diz respeito aos seus direitos, pela baixa posição social e, principalmente, pela sua raça (HOGAN et al., 2018).

Independentemente dos contextos individuais, institucionais e sociais adversos, as mulheres recorrem à renda como estratégia de enfrentamento das situações e condições que as vulnerabilizam na saúde obstétrica, a fim de garantir a segurança e bem-estar para si próprias e seus filhos (BELÉM et al., 2021). O privilégio racial vivenciado pelas mulheres brancas se expressa como a normativa da branquidade, na qual as oportunidades de vida são constituídas



pela lógica da hierarquia racial, penalizando particularmente as mulheres negras (HOGAN et al., 2018).

A disponibilidade de recursos financeiros das mulheres negras mais escolarizadas atuou também como um recurso estratégico para garantir uma assistência respeitosa por meio da contratação de profissionais alinhados com suas expectativas de parto normal, como explicam as participantes:

Eu fiquei na dúvida sobre qual hospital eu teria [o bebê], porque eu estava querendo muito mesmo o parto normal. A escolha do hospital foi porque aceitavam doula, o que fez muita diferença. Porque eu tinha me preparado bastante. Na primeira gestação eu contratei uma enfermeira obstetra, mas não senti que ela foi efetiva no trabalho dela. Quando eu tive a segunda [gravidez], eu me empoderei mais, me preparei mais, sabendo que eu tinha essa possibilidade. (E-14).

Quando descobri a gestação, fui procurar obstetra e tive muita dificuldade, porque eu queria parto normal, até que encontrei em Duque de Caxias um obstetra pelo meu plano [...] e me indicaram uma médica que fazia parto normal. Mas nunca tive um acolhimento e empatia dessa médica. Então, decidi começar as consultas com um obstetra que me atendeu uma das vezes quando fui para a emergência do hospital. E então, eu passei a me consultar com ele no mesmo hospital que a outra médica me atendia. (E-20).

Em relação à contratação de profissionais para a assistência ao parto, a maioria das participantes teve partos assistidos por enfermeira obstétrica e médico obstetra. Entretanto, as suas falas ressaltam apenas a presença do profissional médico entre os recortes referentes à procura de assistência humanizada e das situações de violência e desrespeito nos cuidados.

A atuação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto está associada à redução de intervenções desnecessárias – inclusive de cesarianas – e aos melhores desfechos no parto, em virtude do seu alinhamento com o modelo de atenção pautado na assistência humanizada e respeitosa, assim como nas práticas baseadas em evidências. A presença dessas profissionais na assistência ao parto ainda é pequena no setor privado e representa apenas 27% dos partos ocorridos em unidades de saúde desse setor. Além disso, as mulheres assistidas no pré-natal ou no parto por obstetras ou enfermeiras obstétricas relataram menos maus-tratos comparadas com as que tiveram cuidados médicos (LEAL et al., 2021; NICIDA et al., 2020; VEDAM et al., 2019; LEAL et al., 2017).

Entretanto, as mulheres de classe mais elevada têm maior prevalência de partos atendidos pelos médicos. Essa tendência pode decorrer da cultura assistencial brasileira, visto que há resistências e dificuldades à inserção da enfermeira obstétrica no cenário do parto. Junto a isso, há o desconhecimento da população acerca da atuação dessa profissional e dos

benefícios da assistência conduzida pela enfermagem (LEAL et al., 2021). Ao mesmo tempo, a ausência discursiva das participantes da enfermaria obstétrica pode envolver representações da hierarquia social e de gênero, que caracterizam as profissões de saúde e colocam o médico – homem e branco – no centro da autoridade técnica e do poder institucional.

Por outro lado, as participantes reconheceram que o poder aquisitivo não as protegeu integralmente de situações de racismo manifestas durante a sua assistência. No entanto, expressam a percepção de que a sua classe social é mais determinante na assistência do que a sua origem racial. Esse pensamento reforça o mito da democracia racial que constitui a identidade racial brasileira, sendo um modo de pensar comumente observado na população brasileira, como destacam Pagano (2014) e Williamson (2021).

Eu acredito que a questão racial, eu não senti nesse momento, assim, na rede particular. Muitas vezes depende do lugar. Eu ganhei [ter o filho] aqui [maternidade privada] na região centro do Rio de Janeiro, que não é um lugar muito glamouroso e de status. Então, eu acredito que, por ser um lugar mais simples e por ter um público diverso, não fui pega pelo racismo assim de cara, por algum preconceito. Essa é a visão que eu tenho. (E-5).

Não sei dizer, mas a minha médica que atendia no pré-natal, era branca e de olhos azuis. [...], mas não sei, ela sempre me julgou, pode ser pela cor da minha pele, pelo meu dinheiro ou aparência. Mas, eu vivi tantas coisas ruins, que isso era de menos. Não acho que teve discriminação, só com essa médica. Penso que eles me trataram friamente mesmo, por querer ter parto normal. (E-20).

A possibilidade de contratar profissionais de sua escolha não proporcionou às mulheres uma assistência livre de situações desrespeitosas. O encontro com médicos pouco sensíveis ao seu desejo pela assistência respeitosa denota que o privilégio de classe não foi uma estratégia suficiente para livrá-las de experiências negativas, pois os relatos sugerem que elas foram expostas a práticas de intervenção e a atitudes desrespeitosas, inclusive por desejarem o parto normal. Logo, as chances de elas obterem cuidado respeitoso, satisfatório e de acordo com as suas escolhas eram reduzidas.

Além disso, as participantes também apontam que a rede privada pode ser moldada pela relação de consumo, *status* social e localização geográfica, uma vez que os recursos de saúde são diferenciados entre as localidades onde moram populações de baixa renda e aquelas onde residem pessoas com condições socioeconômicas mais favorecidas. Esse contexto de desigualdade evidencia a intrínseca disparidade social na saúde, fazendo com que o sistema público de saúde sofra cronicamente com o subfinanciamento e tenha condições restritas que dificultam o acesso e a qualidade assistencial. Em contrapartida, a rede suplementar prioriza a

capacidade financeira e o acesso aos serviços médicos e recursos de saúde de acordo com a renda dos seus consumidores (WERNECK, 2016).

O desfecho do parto é influenciado com a condição socioeconômica e educacional da mulher, pois as mulheres com maior escolaridade tendem a ter o seu parto atendido por médicos nas unidades da rede privada ou conveniadas aos planos de saúde e, assim, a apresentarem taxas de cesarianas mais elevadas (LEAL et al., 2021). As participantes com ensino superior também foram mais atendidas na rede suplementar e tiveram a cesárea como desfecho de parto, corroborando com essa tendência de desfecho e demonstrando que a cultura medicalizada predomina na atenção obstétrica.

Apesar de as mulheres negras de renda média terem utilizado seus privilégios de classe social neste estudo, o racismo operou de forma sutil e implícita. A diferença entre as experiências de racismo de mulheres negras de renda média comparadas às de mulheres de baixa renda é apenas um recurso limitado e insuficiente para a defesa da violência e racismo obstétricos. Estas estão a mercê de situações de discriminação com pouco ou nenhum recurso de negociação acerca da assistência (HOGAN et al., 2018). Embora a classe e a raça se entrelacem de diversas formas, o olhar interseccional para o racismo obstétrico coloca o racismo em sobreposição e como fator operante e independente da categoria classe social (WILLIAMSON, 2021; HOGAN et al., 2018).

Até recentemente, a maioria das pesquisas considerava raça apenas como uma variável demográfica. Entretanto, ela é incluída nos registros das relações raciais atualmente, mas ainda de forma precária. A democracia racial produziu a ideia de que o país estava livre de divisões raciais e que superou o racismo, constituindo uma infinidade de cores de pele. A falta de estudos sobre as desigualdades raciais na saúde ocorre pela tendência em ressaltar a classe social como eixo de divisão social e princípio das disparidades em saúde (MONAGERDA, 2017; PAGANO, 2014).

O branqueamento é uma estratégia social que fortalece os privilégios e anormalização dos brancos, e faz com que as pessoas negras que ascenderam na esfera social modifiquem a sua identificação para branco, como representa o dito popular: “o dinheiro embranquece”. Esse fenômeno se dá pelo fato de a sociedade brasileira não compreender raça e classe como determinantes segregados por haver a identificação da pobreza como de cor negra e pela riqueza brasileira ser definitivamente branca. (SILVA; LEÃO; GRILLO, 2019).

A classe social contribuiu para a convicção das mulheres de que o racismo atinge apenas as mulheres negras e pobres. Além disso, o racismo cultural estimulou o pensamento de branqueamento. Dessa forma, as mulheres evidenciam o ideal do companheiro branco e

filhos de pele mais clara, a fim de se afastarem de maior vulnerabilidade e, por consequência, se protegerem do racismo.

Nesse sentido, as entrevistadas relataram que se sentiram mais seguras quando estavam junto do companheiro branco, pois as situações racistas não foram percebidas quando eles estavam presentes. Elas também sentiram mais confiança quando o cuidado foi prestado por profissionais negros ou em unidades que possuíam mais profissionais negros.

Acredito que não senti muito [discriminação racial] pela questão do meu marido ser branco. Quando eu estou com ele, eles [profissionais] pensam: “Tudo bem, ela está com um cara branco!” E tinham bastante pessoas pretas, bastante enfermeiras pretas. Acho que vi um médico também preto. É algo que observo, em todos os lugares que estou eu faço um teste de cor. Por isso estava me sentindo bem. (E-17).

Eu não vi nenhuma situação discriminatória ou racial. As pessoas que estavam nesses atendimentos, tanto no hospital quanto no centro de saúde, eram a maioria negra. Havia bastante profissionais negros. Então, eu não vi nenhuma situação por conta disso. (E-21).

As relações inter-raciais das participantes foram identificadas como protetivas ao racismo, sendo uma possível concepção derivada da estrutura racial e sociocultural brasileira. Isso permitiu um modo peculiar de racismo à brasileira, como cordial e “exemplo exitoso” de encontro entre raças e culturas, marcado pela gentileza superficial e resolução pacífica das diferenças raciais. Resulta-se, assim, no ensombrecimento da raça e na constituição do colorismo, que criou os variados tons de pele, assim como pela incapacidade em geral dos brasileiros de reconhecerem o preconceito racial (MAYORGA, 2017).

Abordar o racismo no Brasil é uma tarefa complicada pela tendência de o racismo ser ocultado pelas outras formas de desigualdade social. O racismo assume formas sutis e indiretas nos sistemas sociais, ainda que as categorias sociais e econômicas pareçam se sobrepôr às desigualdades raciais. Tanto a raça quanto a classe são moldadas para corresponder ao padrão e ao lugar social esperados. Assim sendo, as mulheres negras de classe média realizam esforços constantes para se enquadrarem em padrões impostos pela sociedade e pela família, a fim de se sentirem aceitas e cumprirem sua identidade de classe média (MONAGREDA, 2017).

Por vezes, as mulheres negras internalizam os valores da branquitude e da ideologia de branqueamento e mito da democracia racial, a exemplo dos padrões de beleza impostos pelo modelo ideologicamente racista da sociedade que faz da mulher branca e com cabelos lisos o padrão almejado. Desse modo, a cultura faz com que as mulheres negras sejam encorajadas a

“branquear” a sua linhagem familiar, relacionando-se e gerando filhos com homens brancos ou de pele mais clara (WILLIAMSON, 2021; MARTINS et al., 2020).

Silva, Leão e Grillo (2019) consideram que as pessoas negras de classe média alta enxergam suas relações inter-raciais pela classe, referem os privilégios dos brancos com maior frequência e possuem consciência de suas prerrogativas de classe. Entretanto, elas vivenciam o preconceito racial, apesar de segregarem pela raça e classe. Além disso, elas classificam seus filhos como brancos mais frequentemente quando comparados a casais de classes mais pobres. Esse clareamento geracional visa garantir o acesso aos espaços da elite branca e sinalizar um *status* social superior, como também refúgio da premissa da relação racial e de pobreza.

Nessa perspectiva, as mulheres negras mencionam que sentiram temor quando questionadas em relação à declaração da cor dos filhos, sendo eles de pele clara, como explicam:

Eu estava com muito medo em relação à declaração sobre a cor dela, porque eu sou negra e meu marido é branco. Apesar de a declaração dele estar pardo, eu estava com medo deles [profissionais] declararem o que queriam. Eu não sabia que tem uma lei que é a gente que escolhe. Então, a enfermeira veio, me perguntou, eu falei para declarar parda e ela ficou me olhando. (E-17).

Como eu sou preta e minha filha é branca, ela estava bem mais branca do que está agora. No hospital, as pessoas olhavam nos corredores, mas isso não me incomodou. A única coisa que aconteceu foi que a enfermeira me perguntou qual cor eu declarava a minha filha. Mas, ela disse que era uma pergunta tradicional, porque não tinha mais a cor da criança na certidão de nascimento, a mãe que autodeclarava, e eu a declarei como branca. (E-19).

As falas das participantes sugerem que elas busquem proteger os seus filhos do racismo cultural presente no país. O racismo cultural é caracterizado por uma ideologia de inferioridade, valores e símbolos expressados nos julgamentos mascarados pela sociedade, instituições e normas. Ele provoca o preconceito contra os membros de seus grupos ou a si mesmo, denominado de ameaça do estereótipo e que se refere às expectativas negativas de pessoas negras sobre seus grupos, ou seja, a população negra (MEHRA et al., 2020).

Historicamente, o Brasil buscou um processo de branqueamento da nação por meio do predomínio gradativo dos caracteres brancos no corpo e espírito de cada mulato, baseado na presunção de que a herança negra seria definitivamente erradicada depois de três ou mais gerações. Após o fracasso das estratégias de branqueamento, os estados voltaram a proferir as ideologias de miscigenação e redefiniram a população como “morena” e “mestiça”,

suprimindo os elementos negros e indígenas da nação (SILVA; LEÃO; GRILLO, 2019; MAYORGA, 2017).

Sob essa perspectiva, a discriminação pôde ser normalizada pela sociedade, e essa naturalização causou a discriminação e inferiorização de si mesmo, resultando no racismo internalizado, que ofusca o reconhecimento do racismo e da identidade racial nessas mulheres (WILLIAMS; LAWRENCE; DAVIS, 2019). Portanto, as participantes mais escolarizadas e de renda média não se percebem tão expostas à discriminação devido à sua condição social mais favorecida. No entanto, elas não encararam o racismo obstétrico de forma pacífica e subordinada, mas buscaram formas indiretas de enfrentá-lo por meio de sua classe social.

As categorias de raça, classe e gênero refletem práticas e hierarquias sociais que se perpetuam ao longo da história da sociedade brasileira. Para que ocorra o reconhecimento e enfrentamento das desigualdades raciais, são necessários a busca da identidade racial e o senso de pertencimento ou proximidade ao grupo. Isso possibilita a relevância de atribuição da cor da pele na autoimagem dos indivíduos, nas relações interpessoais e no tratamento recebido em diversos contextos (MARTINS et al., 2020; CONCEIÇÃO; MORA, 2020; MEHRA, et al, 2020).

A presente subcategoria elucida como as mulheres negras de classe média vivenciaram o racismo institucional de forma diferenciada e com receio do racismo cultural contra si próprias e seus filhos. Apesar de essas mulheres terem consciência do racismo presente na assistência à saúde, elas buscaram escolhas e trajetórias que julgaram mais amistosas e convenientes para si mesmas. Elas são viabilizadas, portanto, por meio de dispêndio de recursos financeiros próprios a fim de garantir um cuidado mais respeitoso e qualificado, ainda que por vezes permeado pela medicalização. No entanto, essa estratégia não foi suficiente para protegê-las eficazmente do racismo obstétrico e das discriminações e estereótipos decorrentes.

### 3.2.2 Acesso a informações e cuidados respeitosos e qualificados

Nesta subcategoria, as entrevistadas relatam que enfrentavam dificuldades durante a assistência, como a ausência de informação em saúde e falta de acolhimento às suas demandas, e expressam as suas percepções do atendimento recebido como desqualificado. As mulheres descrevem que recebiam poucas orientações durante o pré-natal e o pós-parto.

Teve muita falta de informação. Muitas vezes, onde eu frequentava, eles [profissionais] não tinham respostas durante as consultas. Quando ocorreu o diagnóstico de diabetes gestacional, me colocaram um terror psicológico e me deixaram com medo. Eles [profissionais] não explicavam direito, não explicavam nada. (E-1).

E depois do nascimento em si, na enfermaria, eu me senti bem perdida. Ninguém me explicava nada, não falava nada. Por exemplo, você tem tal coisa, você vai tomar esse remédio para tal coisa. Não tinha nada disso. (E-13).

Eu achava as consultas superficiais. Era um bom atendimento, mas faltavam algumas informações. Havia algumas orientações, mas eram superficiais. (E-21).

A oferta de informações em saúde se modificou durante a pandemia, resultando numa dificuldade de acesso e na qualidade das orientações recebidas. A maioria das mulheres relata que não teve os seus questionamentos respondidos e, em razão disso, fizeram leituras sobre o assunto e buscaram páginas na internet a fim de suprir suas necessidades de informações individuais, sendo que essas poderiam ser supridas nas consultas (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021).

Por outro lado, essa deficiência pode decorrer de fragilidades da assistência ao pré-natal em relação à dimensão educativa que já era deficitária mesmo antes da pandemia, como: falta de orientações qualificadas, inclusive sobre a maternidade de referência; falhas na comunicação entre paciente e profissionais; problemas de articulação com outros serviços de atenção obstétrica e peregrinação no momento do parto. Essas deficiências ressaltam o despreparo das unidades e dos profissionais de saúde para a oferta de informações necessárias às mulheres, inclusive sobre o trabalho de parto, o parto, a amamentação e os cuidados no pós-parto (BELÉM et al., 2021; MENDES et al., 2020).

Na assistência pré-natal, recomenda-se o acolhimento das mulheres desde o início da gestação até o puerpério. Também é indicado assegurar um cuidado humanizado, respeitoso e qualificado por meio de postura profissional acolhedora e com acesso igualitário aos serviços de saúde (MENDES et al., 2020; THEOPHILO et al., 2018). As mulheres que recebem informações adequadas sobre aspectos relevantes durante o período gravídico-puerperal apresentam resultados mais favoráveis em relação à escolha de parto quando comparadas às gestantes que não recebem informações (LIMA et al., 2019).

Entretanto, as mulheres ressaltam que suas necessidades de informações não foram atendidas, especialmente quanto a procedimentos e exames clínicos. As mulheres de baixa

renda apresentam maior dificuldade em acessar o atendimento pré-natal e têm necessidade maior para buscar as unidades de saúde (MCLEMORE, et al, 2018). As mulheres ressaltaram que gostariam de ser ouvidas durante o trabalho de parto, esperavam receber informação dos profissionais de saúde e serem envolvidas na tomada de decisões sobre os cuidados. No entanto, expressaram que os profissionais de saúde não as fizeram sentir seguras para expor suas preocupações e questionamentos (MILTENBURG et al., 2016).

A aquisição de informações, a escuta qualificada dos medos e angústias, e o esclarecimento de dúvidas acerca do trabalho de parto e do parto favorecem as vivências no momento do nascimento. As participantes corroboram com a assertiva de que os sistemas de saúde podem ser melhorados para ofertarem um cuidado mais respeitoso, como ouvir as pacientes durante as consultas e incluir os planos de parto com maior atenção (MCLEMORE et al., 2018).

Do mesmo modo, as entrevistadas relataram que desejariam uma assistência atenciosa e com orientações qualificadas, mas tiveram que recorrer a estratégias para suprir a ausência ou a insuficiência de informações oferecidas durante a assistência por meio de buscas por conta própria, como em páginas na internet e redes sociais.

Mas eu tive também, posso dizer, uma parcela de sabedoria, porque eu li bastantes coisas durante o pré-natal. Eu procurei me informar bastante. (E-3).

Fiquei muito interessada em gestação, parto e perinatalidade. Eu estudava muito sozinha. [...] na época da gestação, eu estava fazendo uma pós-graduação, que resultou em um TCC [trabalho de conclusão de curso] sobre a gestação da mulher negra. Nesse TCC, os dados do racismo na assistência obstétrica foram muito grandes e acredito que isso tudo contribuiu com a minha posição de medo na gestação em si. Então, o meu medo começou antes da gestação, porque quando você se informa, você tem medo e quando você tem medo, você tenta procurar por ajuda. (E-12).

Sabe-se que é necessário que a mulher receba orientações e seja informada para a importância do cuidado pré-natal para a promoção de uma gestação saudável e prevenção de intercorrências (LIMA et al., 2019). As gestantes se sentem mais seguras quando adquirem mais informações sobre o parto, participam de grupos educativos sobre a temática do parto, recebem uma atenção mais individualizada e, se pudessem, teriam o trabalho de parto acompanhado pelo mesmo profissional do pré-natal (TOSTES e SEIDL, 2016).

A garantia do acesso a informações e dos cuidados baseados em evidências respeitosos à dignidade da mulher, inclusive com a tomada de decisão, é elemento fundamental na assistência. Entretanto, frequentemente, apenas os aspectos técnicos e orientações sobre sinais



de riscos na gestação são priorizados no cuidado. Esse tipo de prioridade deriva da primazia do modelo biomédico na assistência e que opera o conhecimento de forma desarticulada (MENDES et al., 2020; MILTENBURG et al., 2016).

Para garantir uma assistência respeitosa e equitativa, as mulheres precisam ser ouvidas com empatia e devem ser informadas pelos profissionais sobre tratamentos e cuidados. Assim sendo, há a necessidade de educação permanente dos profissionais para uma assistência equitativa em todos os níveis de atenção e também a inclusão daqueles que se posicionam como defensores das mulheres – por exemplo, as enfermeiras obstétricas, obstetrizas e doulas. Isso, porém, depende do reconhecimento das injustiças históricas, compromisso e engajamento político (SUTTON et al., 2021).

O sistema público de saúde tem como objetivo garantir acesso universalizado e de forma igualitária e justa para todos. O SUS visa garantir a equidade no acesso de modo a possibilitar que a população receba cuidados qualificados e, assim, reduzir as iniquidades sociais e de saúde (LEAL et al., 2021). O acesso é definido como a capacidade dos serviços de atender às necessidades das pessoas em todos os níveis de atenção, excluindo as barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas e de gênero e raça na assistência à saúde. No cuidado obstétrico, o acesso qualificado é constituído de diversas dificuldades e inadequações na rede de atenção, sendo a sua organização um desafio para um acesso equitativo (BELÉM et al., 2021).

Os sistemas de saúde têm a responsabilidade de garantir às mulheres o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, além de assegurar seus direitos de receber uma assistência digna, de boa qualidade, com acesso a informações sobre procedimentos e condutas livres de violência ou discriminação, possibilitando oferecer uma assistência respeitosa e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

As reivindicações por mudanças na assistência ao parto no Brasil se intensificaram após os movimentos sociais de humanização do parto. Além disso, essas mudanças têm aderência às recomendações da OMS, como maior incentivo ao parto vaginal, mudanças nas rotinas e diminuição das intervenções utilizadas excessiva ou desnecessariamente. Esses movimentos reafirmam a relevância do acesso aos conhecimentos sobre o trabalho de parto e destacam a necessidade de as mulheres serem empoderadas e terem a decisão sobre seus corpos, favorecendo uma experiência de parto satisfatória (NICIDA et al., 2020; LIMA, 2016).

As mulheres cujas relações com profissionais de saúde são livres de preconceito ou discriminação se sentem mais acolhidas e partilham mais informações de saúde, que são importantes para diminuir os fatores de risco ou desfechos negativos. No entanto, é necessário considerar os desafios enfrentados pelas mulheres negras durante a gestação e parto, como dificuldades de acesso a informações em saúde e barreiras na assistência (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021).

Nessa direção, as entrevistadas também revelam as estratégias utilizadas para buscar um cuidado qualificado em razão da vivência de situações de racismo anteriores ou de vivenciarem a violência na assistência ao parto, como a busca por outros serviços de saúde da rede pública e privada, a fim de receberem um cuidado mais acolhedor e respeitoso.

Eu sofri um episódio racista durante a gestação. [...] Depois disso, eu nunca mais voltei ao hospital de referência, nunca mais! Quando tinha algum problema e precisava de assistência médica, eu ia em outra maternidade da minha cidade. (E-16).

Eu não queria ter meu filho naquele hospital. Então, eu contatei a coordenadora de obstetrícia do hospital e que também atendia em outra maternidade [pública] no centro [da cidade]. E combinei com ela de fazer minha indução [do parto] com ela e nessa maternidade. Eu cheguei nessa maternidade com 4 cm de dilatação. Então, eles me internaram para fazer minha indução, sendo que não tinha vaga, a maternidade estava lotada. Eu fiquei 4 dias internada para iniciar a indução. (E-22).

As participantes do estudo recorreram à contratação privada de profissionais para garantir um cuidado coerente com suas escolhas e expectativas, tanto em unidades públicas quanto em privadas. No entanto, apenas uma delas relatou que buscou a rede pública, motivada pelo desejo de desfecho de parto normal, sinalizando que as unidades públicas têm o potencial de serem atrativas para as mulheres, caso ofereçam cuidados qualificados e humanizados. Por outro lado, a naturalização da contratação privada de profissionais acentua as desigualdades sociais em saúde.

As mulheres relatam também dificuldades de acesso à maternidade, como dificuldades de transporte pela distância de sua moradia até a unidade de saúde e limitações de recursos financeiros para custear essa locomoção, além de terem recebido atendimento pouco humanizado dos profissionais de saúde. Elas afirmam que utilizaram os próprios recursos para realizarem exames do pré-natal e para se deslocarem até a maternidade no momento do parto, apesar de suas limitadas condições econômicas. O uso de recurso próprio visava reduzir as barreiras encontradas na rede assistencial, apesar da assistência digna e qualificada ser um

direito assegurado pela legislação de saúde no país (BELÉM et al., 2021; RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

O Programa Rede Cegonha objetiva garantir a vinculação da gestante à maternidade de referência, acabar a peregrinação para o parto e oferecer uma assistência qualificada, humanizada e baseadas nas recomendações da OMS (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021; WILLIAMSON, 2021). Por outro lado, a equidade é um dos princípios do SUS e visa garantir o acesso à saúde para todos os indivíduos, independentemente do seu gênero, raça, renda ou classe social. As iniquidades sociais desconsideram os determinantes sociais de saúde e interferem no processo saúde-doença, causando mais vulnerabilidade social e riscos adicionais à saúde pelo acesso inadequado à atenção obstétrica (LEAL et al., 2021). Portanto, a iniquidade social de acesso à saúde está presente nas falas das participantes, expressa nas barreiras e inadequações da assistência que elas vivenciaram.

Embora o acesso não seja o único fator na garantia de vida saudável, ele contribui para bom estado de saúde. Em relação à saúde de mulheres negras, o racismo institucional atua como uma barreira importante para o acesso. A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada à utilização dos serviços, que podem ser violados por diversos fatores estruturais, como racismo, sexismo, condições socioeconômicas e culturais, que funcionam de forma articulada (GOES; NASCIMENTO, 2013; SILVA et al., 2020).

Entre os anos de 2012-2014, os afro-americanos tiveram piores níveis de acesso e resultados de saúde, tendo mais probabilidade de receberem cuidados inadequados e inseguros. Essa população possui taxas de acesso e de uso de serviços de saúde mais baixas comparadas com as observadas nos brancos, mesmo quando os seus níveis socioeconômicos são semelhantes, sugerindo que a interpretação dos resultados baseados na pobreza é insuficiente, incompleta e que encoberta o racismo e discriminação (MANUEL, 2018).

As mulheres negras americanas também relatam barreiras de acesso e situações de negligência por parte dos profissionais. O olhar interseccional ressalta os impactos negativos da sobreposição do racismo e da vulnerabilidade social, resultando em piores desfechos obstétricos e neonatais (VEDAM et al., 2019). As desigualdades raciais no Brasil estão presentes na assistência ao parto de mulheres negras e é representada pela maior frequência de busca por vaga hospitalar, menor número de consultas e exames realizados no pré-natal, menor acesso à informação e mais intervenções sofridas no parto (LANSKY et al., 2019; LEAL et al., 2017).

Portanto, fica evidente que o preconceito racial está implícito na assistência à saúde, associado às desigualdades de acesso e à precária qualidade do atendimento recebido. Pode-se

notar nos relatos das entrevistadas em relação às dificuldades encontradas para obterem uma assistência qualificada, a exemplo da peregrinação pelas unidades de saúde, da necessidade de custearem alguns exames do pré-natal e, por vezes, de contratarem profissionais de saúde.

Eu estava referenciada para uma maternidade. Mas, como ele [bebê] parou de mexer, eu fui nessa maternidade e não me senti tão acolhida. Só fizeram a cardiocografia e a médica em nenhum momento encostou em mim. Ela não me olhou e não pediu a ultrassonografia. Então, a minha irmã me sugeriu de ir para outra maternidade, onde eu tive o parto. Chegando lá, eu fui atendida, a médica me deu o pedido de ultrassonografia e eu fui mais acolhida. (E-3).

No caso, eu tive acolhimento só pela enfermagem. Esse acolhimento veio com algumas informações desconhecidas, que me privaram do acesso a alguns exames de pré-natal e, por conta disso, eu tive que recorrer por fora, de forma privada, para fazer esses exames e ter o laudo de que eu estava gerando o neném no período correto. E não via muita dinâmica deles [profissionais] para explicar os procedimentos. Então, assim, não fui tão feliz nesse acolhimento. (E-10).

Então, eu acredito que precisa de mais suporte para suprir a falta de informações. E por conta disso, continuei fazendo o atendimento de pré-natal e decidi ter o meu filho na capital, porque esse tipo de assistência foi mais fácil do que na baixada [fluminense], porque lá eu não tinha nada disso. Eu tive que recorrer a ultrassonografia no particular e os exames de sangue também busquei no particular. Então, tive tanto um gasto e quanto um desgaste. (E-21).

Embora seja inegável o racismo estrutural, a busca por atendimento qualificado e o custeio próprio com esse intento implica, de um lado, o subfinanciamento crônico do SUS e, de outro, as dificuldades na organização desse sistema para a garantia do acesso universal e da qualidade da assistência, acentuando as iniquidades sociais na atenção obstétrica. A peregrinação para o parto é uma falha da assistência, sendo mais frequente entre as mulheres com menor renda e escolaridade. Ao comparar as mulheres segundo raça/cor, verifica-se que as mulheres negras participaram menos das atividades educativas e foram menos vinculadas à maternidade de referência, contribuindo para violações de seus direitos e reprodução de abusos durante o atendimento nos serviços (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2021; MENDES et al., 2020; THEOPHILO et al., 2018).

A respeito da rede de saúde e referência da gestante à maternidade no momento do parto, sabe-se que, em 2007, existe uma legislação específica e que assegura esse direito às mulheres. Ao mesmo tempo, a Rede Cegonha assegura a locomoção das parturientes até a maternidade, por meio de ambulâncias próprias e de profissionais especializados, com intento

de reduzir as barreiras de acesso aos serviços e os riscos que possam advir pelo percurso demorado nesse momento (LIMA; PIMENTEL; LYRA 2021; BELÉM et al., 2021).

Apesar dessas garantias legais e programáticas, há inadequações na atenção obstétrica relacionadas com as restrições de acesso igualitário a um cuidado qualificado e as mulheres negras têm menos chances de serem contempladas. Nesse sentido, elas procuram por meios e estratégias próprias a vinculação do pré-natal e admissão em maternidades por meio de relações de parentesco, redes sociais, suporte de membros da comunidade ou dos profissionais de saúde para suprir as lacunas causadas pelas desigualdades na assistência (BÉLEM, et al, 2021; LEAL, et al, 2017).

A falta de vinculação da gestante à maternidade continua sendo um problema recorrente na rede de atenção à saúde, como a incerteza e a angústia das mulheres sobre o local do parto. Apesar dos esforços dos programas ministeriais e da Rede Cegonha, a rede de atenção obstétrica permanece com barreiras e necessita de mudanças na sua organização, pois entraves de cunho sociocultural precisam ser superados no cuidado em virtude de ações pouco efetivas em reduzir as iniquidades raciais. Embora os movimentos sociais de humanização do parto se empenhem para mudar o paradigma de atendimento, esse processo ocorre de forma lenta e desigual (BELÉM et al., 2021; LEAL et al., 2021).

As falhas nos sistemas de saúde, como a deficiência de pessoal, as restrições de insumos e recursos, a precariedade de condições estruturais dos serviços e a persistência da cultura medicalizada e racista, contribuem para que a assistência seja insatisfatória e percebida como de má qualidade, assim como para reproduzir a cultura de violência e desigualdade. Esse contexto causa nas mulheres sentimento de impotência e desamparo diante das disparidades encontradas e da ausência de responsabilização do poder público, apesar de confrontá-las a buscar por meios próprios estratégias de enfrentamento às dificuldades de acesso aos serviços (BELÉM et al., 2021; BOHREN et al..2015).

Apesar dessas desigualdades sociais na assistência, o racismo ainda é um fator operante na reprodução de barreiras institucionais e de acesso à saúde. As disparidades raciais na saúde são multifatoriais e abarcam raça, gênero, classe social e orientação sexual, sendo associadas à discriminação. Ainda que as mulheres negras e brancas sofram impactos das disparidades sociais de forma semelhantes, o racismo determina as condições de entrada das mulheres negras, que é caracterizado por uma acessibilidade ruim, cercada de dificuldades e barreiras, enquanto as brancas têm acesso mais facilitado (MANUEL, 2018; GOES; NASCIMENTO, 2013).

A população negra possui maior vulnerabilidade social e acesso dificultado aos serviços de saúde, comprometendo as condições de saúde em razão do preconceito racial. As políticas públicas e institucionais discriminatórias produzem inadequações na assistência obstétrica e iniquidades sociais, que comprometem as condições essenciais ao bem-estar físico, mental e social (SILVA et al., 2020; THEOPHILO et al., 2018).

A redução da vulnerabilidade da população negra é imperiosa e requer um conjunto de ações sociais e políticas para o enfrentamento do racismo, a fim de garantir o direito à saúde em todas as suas dimensões e melhoria dos determinantes sociais de saúde. Além disso, é preciso buscar formas e mecanismos para superar o racismo e o sexismo para combater as desigualdades sociais em questão, reduzir mortes maternas e melhorar o acesso adequado à saúde para construção de uma sociedade equitativa (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

A qualidade dos serviços de saúde contribui para minimizar as disparidades raciais na gestação e parto (MEHRA et al., 2020), mas as dificuldades das mulheres negras refletem como o cenário obstétrico ainda é desigual e mostram o *locus* do racismo estrutural, piorando mais as suas condições de gestar e parir. Possivelmente, esse contexto obstétrico adverso foi agravado pela pandemia da covid-19 e gerou mais incertezas e dificuldades em razão das restrições de acesso, limitações de recursos e ausência de informações, acentuando os riscos e disparidades já existentes para as grávidas negras. Além do racismo institucional, elas também precisaram buscar a proteção para o vírus SARS-CoV-2.

### **3.3 Medo e insegurança causados pela pandemia da covid-19**

Nesta categoria, as mulheres relataram problemas relacionados com a insegurança causada pelas inadequações das medidas de proteção padrão contra a covid-19 nos serviços de saúde, medo de contágio pelo SARS-CoV-2 no curso da gravidez e restrições aos direitos ao acompanhante durante o parto. Elas também descrevem mudanças nos fluxos de atendimento das unidades de saúde e perceberam falta de protocolos institucionais mais rígidos. E esse contexto adverso fez com que as mulheres se sentissem angustiadas e temerosas com o risco de contágio e suas consequências para a saúde.

Eu cheguei na maternidade bem assustada, com medo do momento atual, de contaminação, de desenvolver formas graves e de ser contaminada. Na enfermaria já estávamos em alerta, prestamos atenção na bebê e nas coisas

que estavam acontecendo ao redor. E também na questão da pandemia porque era uma enfermaria compartilhada, então tinha o medo da contaminação. (E-9).

Foi uma tensão nos meses que eu tive meu filho. Eu tive em julho, então houve uma insegurança na questão de contágio. Eu só saía de casa para ir para a consulta. Houve uma tensão, não era a questão do pré-natal em si, mas sim de estar grávida na pandemia. [...] No meu pós-parto, no dia seguinte, o médico obstetra amanheceu com febre e achou que estava com covid-19. Fiquei com medo pelo meu bebê, pensando que ele poderia estar contaminado e eu também poderia estar. (E-11).

A pandemia de covid-19 teve um grande impacto na sociedade com implicações socioeconômicas e de saúde. Na assistência à saúde, ocorreram diversas restrições para determinados grupos que apresentavam maior risco. A OMS classificou gestantes e puérperas como grupo de risco para o novo coronavírus. No Brasil, a taxa de letalidade entre as grávidas e puérperas chegou a 7,2%, sendo mais que o dobro da população geral e correspondendo a 2,8% das mortes pelo SARS-Cov-2 no país (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

Nos Estados Unidos, as mulheres grávidas e puérperas foram consideradas mais vulneráveis na pandemia pelas próprias modificações fisiológicas da gravidez, causando elevado risco de sofrimento psíquico, estresse e efeitos adversos para a mãe e o feto (PERZOW et al., 2021; GUR et al., 2020). Portanto, a pandemia da covid-19 provocou consequências devastadoras para a saúde pública e também afetou a população não infectada pelos efeitos sobre a saúde mental, aumento do risco de doenças, mudanças de estilo de vida, restrições sociais e bloqueios que impuseram condições de isolamento social (ESTEBAN-GONZALO et al., 2021).

A forma como a pandemia da covid-19 é vivenciada, assim como as preocupações com a saúde, não deve ser subestimada, pois há sentimentos como solidão, medo de infecção, estresse incontrolável. Além disso, ambientes estressantes e de imprevisibilidade na economia podem contribuir para agravar a saúde psicológica das grávidas (ESTEBAN-GONZALO et al., 2021). O distanciamento social pode ter corroborado para intensificar nas mulheres o sentimento de solidão de desamparo durante a gestação (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

Nessa perspectiva, as entrevistadas mencionaram que o isolamento social causado pela pandemia de coronavírus gerou sentimentos de medo, solidão e ansiedade durante a gestação. E também relataram que sua preocupação foi ampliada por estarem gestantes em meio a uma pandemia, o que resultou num receio com o momento do parto, devido ao cenário pandêmico.

O meu pré-natal foi de uma certa forma tranquila, apesar dessa doença. O contexto da pandemia e a condição de estar em uma nova cidade e novo

estado foi que me agoniou [...] em toda gestação, talvez por conta da pandemia, acabei ficando muito enclausurada e não tive tanto contato com as pessoas. (E-13).

[...] ainda mais por conta da pandemia, porque durante a gestação a gente se sozinha, durante uma pandemia a gente se sente ainda mais sozinha. É um momento que vivemos isolados em uma bolha. Eu fiquei a gestação inteira em casa, então a preocupação foi em dobro. (E-14).

Então, estava todo mundo assim, meio com medo. Se as pessoas já estavam, imagine eu. [...] porque, além de eu vir com essa carga de vivência, nós estávamos em meio a uma pandemia e eu dei uma pequena enlouquecida. (E-15).

A pandemia de covid-19 representa um momento estressante generalizado, com interrupções para diversas pessoas, como perda de renda, moradia, distanciamento social e medo da contaminação, que contribuem para alterações no bem-estar e na saúde mental (PERZOW et al., 2021). As mulheres destacam que as mudanças nos serviços de saúde provocaram efeitos psicológicos como solidão, medo e isolamento. Essas alterações também repercutiram no atendimento dos profissionais de saúde e causaram experiências negativas de atendimento, descritas como desrespeitosas e discriminatórias para as mulheres negras (ALTMAN et al., 2021).

As grávidas apresentam preocupações com a saúde de si e de seus bebês, e há outras fontes de inquietação, como o recebimento de informações de qualidade sobre sintomas, protocolos e medidas protetivas contra a covid-19 nos serviços de saúde, o isolamento social e o acesso a locais públicos autorizados pelos órgãos governamentais. O estresse associado ao contexto pandêmico vivenciado pelas mulheres, como o isolamento, luto e medo poderiam ser amenizados por meio de recursos dos sistemas de saúde, como orientações de qualidade e grupos de apoio (ALTMAN et al., 2021; ESTEBAN-GONZALO et al., 2021).

Uma vez que, a qualidade da informação recebida, o aumento na satisfação com o atendimento dos profissionais com empatia reduz os níveis de ansiedade e isso é fundamental para determinar a saúde mental. Entretanto, as mulheres descrevem que as consultas e grupos educativos, que ocorreram de forma virtual, não supriam as necessidades adicionais que a pandemia provocava. Ao mesmo tempo, sentiam-se desconfortáveis com o âmbito virtual, desamparadas e sozinhas durante a gestação (ESTEBAN-GONZALO et al., 2021; ALTMAN et al., 2021).

Os sentimentos de medo e insegurança vivenciados pelas mulheres negras com a pandemia da covid-19 somaram-se às preocupações com o acesso e a obtenção de cuidados qualificados e seguros no pré-natal e no parto, assim como com profissionais respeitosos.



Anteriormente à pandemia, nesse grupo, verificaram-se taxas mais elevadas de ansiedade, depressão e morbimortalidade materna, assim como mais suscetibilidade para morbidade gravídica. A pandemia acentuou as disparidades raciais em saúde das mulheres grávidas, sobretudo nas negras (GUR et al., 2020). Essas disparidades se refletiram nos óbitos obstétricos relacionados à covid-19, pois as mulheres negras tiveram a pior taxa de mortalidade, com o dobro de mortes observadas em mulheres brancas, sendo essas mortes mais frequentes no terceiro trimestre de gravidez ou no período pós-parto (SCHELER et al., 2021).

As medidas de proteção contra o vírus de covid-19 decretadas por governos intensificaram a ansiedade, sentimentos de incerteza e confusão pelo isolamento social, que aumentam os efeitos estressores de saúde mental para as mulheres grávidas e o risco de desenvolvimento de psicopatologias. Além disso – associado ao racismo –, as medidas preventivas para a covid-19, como o distanciamento social adotado pela OMS, escancararam os privilégios das camadas sociais mais altas no Brasil, em sua maioria brancos (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Visto que a maior parte da população de trabalhadores informais – serviço doméstico, comercial, alimentação, transportes – é de pessoas negras, essas se mantiveram ativas durante a pandemia. Além disso, apresentam condições de moradias menos estruturadas, menos acesso a serviços básicos, como saneamento e água potável, e disponibilidade mais restrita às unidades e aos equipamentos de saúde, favorecendo uma exposição ao risco à saúde (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Para Collins (2017), a segregação residencial das raças é uma causa fundamental das disparidades raciais em saúde, causando as desigualdades de *status* socioeconômico, acesso à educação, emprego e saúde. Portanto, a segregação espacial e racial pode contribuir para maior desigualdade da população negra e favorecer para maior prevalência de casos e internações dessa população por covid-19, uma vez que a maioria deles permaneceu se deslocando aos seus postos de trabalho, utilizando transporte públicos e residindo em condições precárias e incompatíveis com as medidas de distanciamento, o que aumentava o risco de contrair a doença.

As medidas de distanciamento ocasionaram barreiras para o deslocamento das mulheres aos serviços públicos de saúde, e esses foram modificados e reorientados para priorizar a assistência aos pacientes com covid-19. No tocante à saúde das mulheres, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica para manter os serviços de saúde sexual e reprodutiva, em defesa dos direitos humanos, como os serviços de contracepção emergência,

de atenção à violência sexual e abortamento seguro previstos em lei. Entretanto, houve diversas situações de descontinuidades dos serviços, sem insumos e recursos financeiros, além do aumento da violência de gênero e da violência sexual no contexto familiar, que podem resultar numa possível epidemia de gestações imprevistas (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Na atenção obstétrica, ocorreram diversas alterações na rotina assistencial para reduzir exposição das mulheres grávidas ao SARS-Cov-2, como a realização de consultas e grupos por meio virtual, restrições de visitantes e acompanhantes nos serviços, oferta de testes para covid-19 à população e orientação de distanciamento social (ALTMAN et al., 2021). As mulheres entrevistadas também relataram que a pandemia modificou os fluxos de atendimento das gestantes durante o pré-natal e assistência hospitalar e também descreveram como algumas medidas protetivas contra a covid-19 não tiveram adesão por uma parcela de profissionais e unidades de saúde.

A enfermeira da minha equipe me atendia o tempo todo sem máscara durante a pandemia. [...] Então, eu penso que até para poder passar uma consciência para quem trabalha na área da saúde, ela tinha que usar no mínimo uma máscara, mas ela não usava e não fazia questão de colocar o álcool na mão e não lavava as mãos antes de tocar em mim. Eu que tinha que pedir e perguntava: “você pode colocar um álcool nas mãos antes de me tocar e de medir a minha barriga, antes de você pegar nos meus exames?” E ela achava ruim. (E-10).

Eu achei que as medidas contra covid-19 estavam muito frouxas. Sinceramente, eu não me sentia tão protegida assim no hospital. Eu estava no quarto junto com outra mulher e ela e o acompanhante não estavam usando máscara. E em nenhum momento foi cobrado isso deles, foi tudo normal, como se nada estivesse acontecendo (E-11).

A pandemia começou num momento no qual o Brasil vivenciava um conservadorismo moral e religioso, imperando um contexto de desmantelamento dos direitos reprodutivos das mulheres, como o aborto legal, os direitos trabalhistas, a saúde e a educação, assim como o negacionismo da ciência e da própria pandemia inicialmente. O atual cenário necropolítico é marcado pela ausência de políticas de enfrentamento das desigualdades sociais e práticas cruéis e políticas que reforçam estereótipos, segregações e extermínios (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

No contexto brasileiro, a assistência às mulheres do ciclo gravídico puerperal durante a pandemia foi cercada por esta postura negacionista e com desinformações transmitidas pelo governo federal e seus órgãos especializados, inclusive influenciando alguns conselhos de saúde. Essas situações limitaram a capacidade do sistema de saúde em reduzir a transmissão comunitária, adoecimentos e mortes pela covid-19 de modo articulado com os estados da

federação, assim como estabelecer comunicação clara de orientações para população e equipes de saúde.

As ações do Ministério da Saúde não foram tão exitosas para o enfrentamento da pandemia, seja na prevenção da covid-19, na oferta de cuidados aos infectados e nas vacinas para a população, como também na distribuição de testes para monitoramento do seu crescimento pelo território brasileiro. Ao contrário de outros países, o governo brasileiro não previu estratégias capazes de diminuir as iniquidades sociais já existentes, como as de gênero, raça, orientação sexual e geracionais, tampouco com a transparência das informações para a sociedade quanto às suas respostas diante da crise pandêmica (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Esse contexto confuso e capitaneado por disputas políticas entre os entes da federação – de um lado, havia governantes que não reconheciam as estratégias recomendadas pelos órgãos científicos e, do outro, aqueles que demonstraram aderência a essas recomendações – causaram muitas mortes e violaram os direitos humanos da população em geral e das gestantes brasileiras. Em consequência, o Brasil foi o primeiro país em mortes maternas por covid-19 até agosto de 2020 em todo o mundo (PAES et al., 2021).

Em conflito com a OMS, o governo federal promoveu medidas sem base na Ciência e estimulou o não cumprimento das orientações científicas e sanitárias pela população. Esse contexto nos sinaliza que poderá haver aumento na mortalidade materna em relação aos anos anteriores. Destaca-se que o Brasil não havia cumprido a meta do milênio de reduzir 75% da mortalidade materna no período de 1990 a 2015. Desde 2012, não se verifica uma redução sustentada da mortalidade materna, estimada em 60/100.000 nascidos vivos nesse ano (SANTOS, 2021; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020).

Os dados da covid-19 apresentam maior acometimento da população negra, sendo esse grupo social que mais utiliza o SUS. Os dados relacionados mostram maior proporção de pessoas negras com sintomas de covid-19 e que demandaram leitos de terapia intensiva. Quanto às grávidas, as negras representaram 48% dos casos e 55,5% dos óbitos por covid-19. Apesar da falta de estratificação de raça/cor nos dados de casos e óbitos, a incidência de mortes entre os negros foi maior do que a observada nos brancos (SANTOS, 2021; ARAÚJO et al., 2020).

Os problemas da assistência pela pandemia, como falta de infraestrutura dos serviços, inadequação dos cuidados, falta de qualidade nas consultas e relação profissional-paciente insatisfatória, influenciam na assistência das grávidas em geral. Porém, para as mulheres negras, esses problemas se cruzam com o racismo na saúde, potencializando os desafios de garantia de cuidados qualificados e seguros, assim como a capacidade de ofertar experiências

satisfatórias e resultado exitoso para a saúde materna e neonatal (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021).

As inadequações da assistência obstétrica eram preexistentes à pandemia, mas intensificaram-se pelas restrições e modificações no atendimento dos serviços de saúde. As entrevistadas mencionaram suas percepções acerca das alterações nos serviços de saúde e da ausência de protocolos destinados para as gestantes.

Olharam para a situação como um todo da pandemia e tiveram todo um cuidado durante as consultas. Eles colocavam as gestantes em dias e horários que não estavam com tanto atendimento, porque eu comecei a observar a rotina da clínica. (E-9).

O único fato foi porque a gestante demorou muito para ser relacionada no grupo de risco para a covid-19. Então, ficamos nessa situação e impasse. Eu tive consultas de pré-natal, mesmo correndo risco. E tive medo também de ir para o hospital e parir sozinha. (E-11).

As gestantes precisam desse espaço no SUS. Num momento em que tínhamos tantas perdas, nós estávamos gerando vidas. Então, precisávamos desse olhar, desse cuidado e atenção. Mesmo com dificuldade, porque tinha a possibilidade de um atendimento *on-line*, precisávamos desse acolhimento para poder se sentir bem e não teve. (E-14).

A resposta de diversos países à pandemia da covid-19 foi baseada em restrições da circulação do vírus para controle da infecção. Embora buscassem soluções para a crise de saúde pública, vários ambientes institucionais impuseram restrições significativas nos serviços obstétricos. As consultas presenciais foram restringidas ou substituídas por ligações telefônicas ou vídeochamadas, mas as mulheres relataram que as informações não eram transmitidas com exatidão, considerando-as ineficazes e que tiveram mais dificuldades com o atendimento remoto. Elas também postergaram a procura por atendimento devido ao medo do contágio pelo SAR-CoV-2. Na maternidade, ocorreram a proibição do acompanhante em trabalho de parto, a redução de contato mãe-bebê e as limitações para a amamentação (LALOR et al., 2021; JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021).

As dificuldades da assistência na pandemia de covid-19 ocasionaram receio nas mulheres grávidas, especialmente pela falta de informações de qualidade ou fontes seguras. As mulheres europeias também relataram que não buscavam acesso aos serviços de maternidade por medo de contaminação ou porque não queriam ser separadas de seus acompanhantes, além de mencionarem dificuldades de acesso às consultas. Tais barreiras intensificam as desigualdades na saúde (LALOR et al., 2021).

A respeito do momento do parto, verificou-se que a maioria das mulheres se sentiu isolada e sozinha devido ao contexto pandêmico. Considerou também que os profissionais não se atentaram para o seu bem-estar psíquico, apesar de elas se sentirem mais ansiosas pelo medo e pela perda da autonomia. O direito à presença do acompanhante foi geralmente cerceado nos serviços maternos em decorrência da pandemia (JOHN; CURRY; CUNNINGHAM-BURLEY, 2021).

Além das inadequações na assistência obstétrica existentes no período anterior à pandemia, houve ausência de medidas padronizadas e protocolos efetivos no combate à covid-19. As entrevistadas relataram situações nas quais seus direitos no parto foram desrespeitados com a negação da presença dos acompanhantes e da doula.

Tinha me preparado para isso e como [o parto] foi na segunda semana de abril, os hospitais estavam com aquela política que não permitia a entrada de doulas. Então, não podia ter doula e eu estava sem doula apesar de eu ter contratado, por isso, já havia um clima de tensão. (E-12).

O desfecho do meu parto, mesmo no contexto da pandemia, foi muito positivo. O único momento ruim foi porque eu tinha direito a dois acompanhantes na casa de parto, e devido à pandemia eu não pude. Não pude ter a doula como eu queria, só tive um acompanhante devido ao cenário. (E-16).

Na medida do possível foi tranquilo, mas não tive acompanhante por conta da covid-19. A maternidade estava muito cheia e teve muito parto quando ela nasceu, mas foi dentro do esperado. A médica já havia conversado comigo durante o processo. (E-19).

O cenário pandêmico fez com que algumas maternidades e hospitais adotassem medidas preventivas durante o trabalho de parto e o próprio parto – como o uso obrigatório de máscara, os protocolos rígidos de lavagem das mãos, o distanciamento e precaução de contato para os profissionais de saúde – visando à redução da transmissão do vírus. Contudo, a proibição da presença do acompanhante durante a internação é uma medida controversa cujos critérios foram subjetivos na definição de quais mulheres poderiam ou não ter esse direito (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

O direito do acompanhante é garantido legalmente pela Lei nº 11.108, de abril de 2005, que determinou aos serviços públicos e privados manter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. O direito da mulher a uma assistência respeitosa e digna durante o trabalho de parto e o parto contribui para garantir uma experiência positiva (LALOR et al., 2021).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu nota técnica e esclareceu que a presença do acompanhante é garantida por lei, mesmo quando a parturiente apresenta sintomas ou é positiva para Sars-Cov-2. Assim, é recomendado para o acompanhante usar máscara, higienizar as mãos e ter a distância de pelo menos um metro de outras pessoas quando sair da área de isolamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2021).

Apesar dessas recomendações, nem sempre as grávidas tiveram os seus direitos garantidos. Um estudo brasileiro avaliou como os protocolos de prevenção para a covid-19 foram cumpridos de acordo com a raça/cor: constatou que 43% das mulheres brancas não receberam autorização para a presença do acompanhante, enquanto 67% das mulheres negras tiveram a negativa desse direito pelas instituições. Todas as mulheres entrevistadas informaram que não apresentavam sintomas de covid-19 durante a internação, e essa proibição não foi consequente ao isolamento por caso suspeito, evidenciando que as ações e restrições institucionais foram subjetivas e com viés discriminatório, reproduzindo o racismo institucional (MITTELBAACH; SOUZA, 2022).

Ainda que tais intervenções tenham sido introduzidas para manter as mulheres e seus bebês em segurança, a exclusão do acompanhante é antitética e desrespeitosa aos direitos humanos das mulheres. A separação da mãe e do bebê e o isolamento da mulher durante o trabalho de parto não são necessárias para redução da transmissão do vírus SARS-CoV-2 e essas proibições podem contribuir para mais violações de direitos e mais risco de um parto traumático pelas práticas prejudiciais e desrespeitosas (LALOR et al., 2021).

A pandemia acentuou os entraves aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva no país, assim como piorou as condições de atendimento e as desigualdades estruturais. Essas, por sua vez, aumentaram o risco de vida das mulheres e corroboraram para as desigualdades sociais e de gênero. As mulheres foram atingidas de diversas formas em razão da sobrecarga de trabalho doméstico, do cuidado com filhos, do desemprego, da perda de renda familiar e da exaustão física e mental. Sob a perspectiva interseccional, a pandemia aumentou mais a exposição das mulheres à violência e aprofundou mais as desigualdades raciais, de classe e gênero (BRANDÃO; CABRAL, 2021; PAES et al., 2021).

Apesar de as informações governamentais serem desagregadas por raça/cor no país, reconhece-se que a população negra sofreu mais severamente os impactos da pandemia pelo seu histórico de violações de direitos, como saúde, condições socioeconômicas, educação e moradia. Atrelado a isso, os dados nacionais apontam uma maior prevalência de doenças

crônicas negligenciadas entre essa população e isso causa vulnerabilidade social e risco de exposição à covid-19 (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

As limitações de dados sobre a morbimortalidade da população negra por covid-19 reafirmam o racismo e potencializam a sua vulnerabilidade. Nesse sentido, o impacto diferenciado da pandemia do coronavírus exacerbou as desigualdades sociais e econômicas, mostrando que a doença não afeta a todos de maneira igualitária. Paralelamente, essa desvalorização revela as iniquidades raciais na saúde (ARAÚJO et al., 2020).

O contexto pandêmico para as mulheres negras foi permeado de desinformações, inabilidade do poder público, assistência desqualificada e restrições de direitos, somando-se à violência e ao racismo institucional já presentes anteriormente à pandemia. As trajetórias de gestação e parto dessas mulheres foram caracterizadas pelo medo da covid-19 e da desigualdade racial já existente no sistema de saúde.

Portanto, é importante reconhecer as iniquidades sociais e propor políticas públicas capazes de enfrentar e ao menos atenuar as desigualdades decorrentes da subordinação e hierarquização social (BRANDÃO; CABRAL, 2021). A interseccionalidade e a justiça reprodutiva são necessárias para propor intervenções que considerem a complexidade das múltiplas desigualdades sociais às quais a população negra está submetida, como as relacionadas com a classe, a raça e o gênero, bem como as possíveis formas de enfrentamento dos seus impactos na saúde para as mulheres, sobretudo para as negras.

## CONCLUSÃO

O presente estudo analisou as experiências de mulheres negras acerca da assistência obstétrica no contexto da pandemia da covid-19 e alcançou os objetivos propostos. Possibilitou a compreensão das manifestações do racismo na atenção obstétrica e de como a violência e racismo demarcam as experiências vivenciadas por essas mulheres durante o período da gestação e o parto.

O cenário obstétrico vivenciado pelas participantes se revelou com relações assimétricas entre a mulher e o profissional de saúde, que são legitimadas pelo poder institucional em consonância com o modelo biomédico medicalizado. Além disso, são decorrentes da intersecção entre o racismo, o sexismo e a desigualdade social, resultando em opressão e discriminação, que prejudicam a vivência da gestação e o desfecho do parto dessas mulheres.

Ademais, o estudo encontrou estratégias de defesa utilizadas pelas entrevistadas em razão de a violência e o racismo estarem presentes na assistência obstétrica. As negras mais escolarizadas e de classe média utilizaram a sua condição de classe para consumir serviços privados e contratar profissionais como recursos estratégicos de proteção para as desigualdades raciais existentes nas instituições de saúde e para as limitadas condições de estrutura e qualidade da rede assistencial.

Esses achados apontam novas perspectivas sobre como o racismo estrutural se manifesta em diversos segmentos da população negra feminina e põe por terra o estereótipo de pobreza associada necessariamente a essas mulheres. Há também a ideia equivocada de que a classe social tem primazia sobre o racismo e de que essa problemática ocorre mais em mulheres pobres, confirmando os resultados de estudos nacionais e internacionais sobre a população negra.

As mulheres de menor escolaridade e renda também tiveram que utilizar recursos próprios para realizar os exames, buscar informações sobre a gestação e parto e recorrer a locais que pudessem ofertar cuidados qualificados, como a utilização de serviços em outro município. Essas estratégias foram conseqüentes às fragilidades na rede de atenção obstétrica e acentuadas pelo contexto pandêmico. Além do racismo estrutural, a desigualdade social é reproduzida e faz com que as mulheres de classe média busquem opções diferenciadas da normativa de assistência hospitalar, mas elas acabam consumindo modelos medicalizados



cujo principal desfecho do parto é por cesariana. Aquelas que desejam o parto normal também são compelidas a contratar profissionais para auxiliá-las a concretizar o seu desejo, inclusive em hospitais públicos.

A respeito da pandemia da covid-19, as mulheres apresentaram sentimento de insegurança com a assistência oferecida no serviço de pré-natal e maternidade, assim como o medo de se contaminarem com o SARS-CoV-2, a ansiedade consequente ao distanciamento social e a solidão no parto devido ao desrespeito dos direitos ao acompanhante na maternidade. O contexto pandêmico no Brasil foi permeado por desinformações, propagação de condutas sem evidência científica, falta de transparência nas estratégias de controle da transmissão comunitária da covid-19 e redução do número de casos e mortes. Portanto, esse cenário de calamidade pública fez com que as grávidas se sentissem mais vulneráveis e inseguras.

O grupo de participantes da pesquisa foi constituído por mulheres negras de diversas capitais brasileiras, majoritariamente casadas, com nível educacional médio e superior, pertencentes à classe média baixa e alta, com acesso a informações, consumidoras de serviços profissionais privados e cujos partos foram assistidos por médicos e enfermeiras. Portanto, percebe-se que esse perfil é diferenciado da maioria da população negra brasileira, uma vez que há consenso na literatura nacional, e ela apresenta os piores indicadores socioeconômicos e educacionais no país.

Esse perfil pode ter exercido influência nos resultados aqui descritos e ser incluído entre as limitações do estudo por não contemplar todos os estratos sociais das mulheres negras brasileiras. Além disso, utilizou-se amostra intencional de mulheres, impedindo que os resultados encontrados possam ser generalizados. Houve também dificuldade de captação de mulheres menos escolarizadas devido ao acesso restrito dos grupos sociais menos privilegiados à internet e, conseqüentemente, ao formulário *on-line* utilizado para captar as participantes da pesquisa. Isso resultou na participação circunscrita de mulheres mais escolarizadas e com recursos que as favorecem a utilizar meios digitais e páginas na internet, sendo essa uma das limitações da coleta de dados *on-line*.

Diante disso, recomenda-se aprofundar as pesquisas sobre a temática que abarquem mulheres negras de outros estratos sociais e que contemplem outros espaços da assistência à saúde da mulher, sexual e reprodutiva. Observar também outros desenhos metodológicos que possibilitem a representatividade da população negra e explicar as situações que o estudo não permitiu aprofundar. Apesar de o período de coleta em plena pandemia seja por si só um

desafio para a produção de conhecimento, acredita-se que as limitações identificadas não tenham comprometido a transferibilidade dos resultados aqui descritos.

A pesquisa evidencia a importância da temática e da busca pela equidade em saúde, em especial na assistência obstétrica. Por outro lado, sugere-se que a necropolítica do atual governo tenha contribuído para a desigualdade, insegurança e medo vivenciadas pelas mulheres negras na assistência de pré-natal e no parto durante a pandemia da covid-19, fazendo com que o cenário obstétrico emergisse neste estudo permeado de iniquidade racial e com práticas discriminatórias e inadequadas que caracterizam a violência obstétrica.

Espera-se que o estudo tenha contribuído para acrescentar novos conhecimentos sobre a temática, compreender as repercussões da pandemia da covid-19 na assistência obstétrica, subsidiar programas e estratégias para a redução das desigualdades raciais na assistência à saúde da mulher e promover a reflexão sobre a discriminação e preconceito racial. Os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados e capacitados para oferecer uma assistência antirracista e respeitosa. As mulheres negras também precisam ser empoderadas para o enfrentamento das discriminações em saúde, respeitadas as suas dignidade e autonomia e garantido o cuidado qualificado, humanizado, equânime e satisfatório.

Para o ensino, espera-se que o presente estudo estimule debates acerca da temática e possibilite a formação de futuros enfermeiros mais sensíveis à pauta do enfrentamento do racismo na saúde, especialmente na atenção obstétrica. Recomenda-se que pesquisadores, docentes, profissionais e estudantes possam fazer a reflexão crítica da temática e se engajar na luta pelos direitos humanos e pela redução das desigualdades em saúde, além de atuar em programas antirracistas que possam conduzir a mudanças efetivas na realidade da saúde vivenciada por esse grupo populacional.

O estudo também destaca a importância da abordagem relacionada à interseccionalidade como base conceitual para analisar as desigualdades de gênero, classe e raça, que se aglutinam e determinam a realidade de desigualdade, preconceito e discriminação imposta à mulher negra brasileira. Portanto, ampliar a aspiração democrática e de inclusão social na sociedade constitui um passo importante em direção à retomada das políticas públicas e dos programas sociais que podem avançar no enfrentamento das iniquidades raciais no país.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica nº 07/20202. **Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 23 de jul. de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-07-de-2020/view>. Acesso em: 07 mar. 2022.
- ALMEIDA, A. H. V. *et al.* Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 1, p. 53-62, jan-mar, 2019. DOI: 10,1590/1806-93042019000100003.
- ALMEIDA, S. L. de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte, MG: Editora Letramento, 2018. 204 p.
- ALTMAN, M. R. *et al.* Where the system failed: the covid-19 pandemic's impact in pregnancy and birth Care. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 8, p. 1-11, jan./dec., 2021. Disponível em: doi:10.1177/23333936211006397. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Progressos e Retrocessos na Conquista da Equidade de Gênero no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 122, p. 11-26, 2019.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo, SP: Ed. Sueli Carneiro; Pólen, 2018. 152 p.
- ARAÚJO, E. M. *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial, p. 191-205, dez., 2020.
- ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez., 2018.
- BALDE, M. D. *et al.* Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. **Reprod Health**, v. 14, n. 3, 2017. Disponível em: doi: 10.1186/s12978-016-0266-1. Acesso em: 08 nov. 2021.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.
- BARROSO, H. C.; GAMA, M. B. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. **Revista do CEAM**, v. 6, n.1, p. 84-94, 2020.
- BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. **Saúde da população negra**. 2 ed. Brasília, DF: ABPN – Associação de Pesquisadores Negros (Coleção negras e negros: pesquisas e debates/coordenação Tânia Mara Pedroso Muller), 2012. 372p.

- BELÉM, J. M. *et al.* Divinização, peregrinação e desigualdade social: experiências de mulheres no acesso à assistência obstétrica. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 1, p. 335-343, jan-mar, 2021. Disponível em: [doi.org/10.1590/1806-93042021000100017](https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100017). Acesso em: 08 mar. 2022.
- BEN, J. *et al.* Racism and the use of health services: a systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE.**, v. 12, n. 12, e018900, dez, 2017. Doi: [10.1371/journal.pone.e018900](https://doi.org/10.1371/journal.pone.e018900).
- BECK, A. F. *et al.* The color of health: how racism, segregation and inequality affect the health and well-being of preterm infants and their families. **Pediatric Research**, v. 87, n. 2, p. 227-234, 2020.
- BOHREN, M. A. *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Med.** v. 12, n. 6, e1001847, jun., 2015. Disponível em: [doi:10.1371/journal.pmed.1001847](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847). Acesso em: 02 mar. 2022.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, e200762, 2021. Disponível em: [doi.org/10.1590/interface.200762](https://doi.org/10.1590/interface.200762). Acesso em: 31 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade Materna no Brasil, 2009-2019. **Boletim Epidemiológico - 29**. v. 52, n. 29, p.: 13-24, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_29.pdf](https://www.gov.br/saude/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf). Acesso em: 02 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/Doença pelo Coronavírus (COE-COVID-19). **Boletim Epidemiológico Especial - 86**, v. 1, n. 42, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/boletins/boletinsepidemiologicos/covid19/2021/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_86-final\\_29out.pdf](https://www.gov.br/saude/boletins/boletinsepidemiologicos/covid19/2021/boletim_epidemiologico_covid_86-final_29out.pdf). Acesso em: 02 nov. 2021.
- BRASIL. 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 do SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em: 20 out. 2020.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. v. 3, n. 2, pp. 77-101, 2006.
- CARVALHO, P. I. *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020.
- CHAMBERS, B. D. *et al.* Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post-partum black women living in Oakland, Califórnia. **Stress Health**, v. 36, n. 2 p. 213–219, 2020. DOI: [10.1002/smi.2922](https://doi.org/10.1002/smi.2922). Acesso em: 03 nov. 2020.
- CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1909-1916, 2015.

COBINAH, S. S.; LEWIS, J. Racism and health: a public health perspective on the racial discrimination. **J Eval Clin Pract.** v. 24, p. 995-998, 2018. Disponível em: doi: 10.1111/jep.12894. Acesso em: 03 fev. 2022.

COGO, D. O Haiti é aqui: mídia, imigração haitiana e racismo no Brasil. **Chasqui, Revista Latinoamericana de Comunicación.** v. 139, p. 427-448, mar, 2019.

COLLINS, P. H. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, [s. l.], v. 31, n. 1, jan./abr., 2016.

COLLINS, P.H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Revistas Eletrônicas Parágrafo**, v. 5, n. 1, 2017.

CONCEIÇÃO, C. S; MORA, C. M. Respeito é bom e eu gosto: trajetórias de vida de mulheres negras assistidas por um centro especializado de atendimento à mulher em situação de violência na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

**Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** 2013. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 30 mar. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 510 de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais.** 2017. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 30 mar. 2020.

CREAR-PERRY, J. *et al.* Social and structural determinants of health inequities in maternal health. **Jornal of Women's Health**, v. 30, n. 2, p.: 230-235, feb., 2021. Disponível em: doi: 10.1089/jwh.2020.8882. Acesso em: 01 fev. 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n.1, p. 171-187, 2002.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq bras. Psicol. [online]**, v. 72, n.spe [citado 2021-12-09], p. 159-169, 2020. Disponível em: DOI: 10.36482/1809-5267.ARBP2020v72s1p.156. Acesso em: 11 out. 2021.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.133-151, jan./abr., 2012.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Biotempo, [recurso digital], 2016. 262 p.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 7, p. 560-573, 2019. Disponível em: DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389. Acesso em: 05 out. 2021.

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 Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Ver. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, P. M. L. *et al.* Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-292, abr./jun., 2013.

ESTEBAN-GONZALO, S. *et al.* Anxiety and Worries among pregnant women during the COVID-19 pandemic: a multilevel analysis. **Int J Environ Res. Public Health**, v. 18, n. 13, jul., 2021. Disponível em: doi: 10.3390/ijerph18136875. Acesso em: 08 nov. 2021.

GARCIA, L. M. Uma análise do conceito de violência obstétrica nos Estados Unidos da América. **Nursing Forum**, v. 55, p. 654-663, 2020. Disponível em: doi.org/10.1111/nuf.12482. Acesso em: 05 out. 2021.

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.

GOES, E.F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: doi:10.1590/1981-7746-so100278. Acesso em: 28 jan. 2022.

GOMES, I. C. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 2, 2017.

GRAY, L. M. *et al.* Expanding qualitative research interviewing strategies: Zoom video communications. **The Qualitative Report**, v. 25, n. 5, p. 1292-1301, 2020.

GUERRA, E. L. A. **Manual Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

GUR, R. E. *et al.* The disproportionate burden of the COVID-19 pandemic among pregnant black women. **Psychiatry Res.**, v. 293, p. 113475, nov., 2020.

HOGAN, V. K. *et al.* “Nós, mulheres negras, temos que matar um leão todos os dias”: uma análise interseccional do racismo e dos determinantes sociais da saúde. **Social Science & Medicine**, v. 199, p. 96-105, fev., 2018.

HUSSEIN, J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? **Sexual and Reproductive Health Matters**. v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1746065>. Acesso em: 07 jun. 2020.

IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 41, p. 1-12, 2019.

JOHN, J. R.; CURRY, G.; CUNNINGHAM- BUERLEY, S. Exploring ethnic minority women's experiences of maternity care during the SARS-Cov-2 pandemic: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 11, n. 9, 2021. Disponível em: doi: 10.1136/bmjopen-2021-050666. Acesso em: 06 nov. 2021.

KALCKMANN, S. Mortalidade materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade? **Bis, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), v. 17, n. 2, p. 105-111, 2016.

KNIGHT, M. *et al.* Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. **BJM**, v. 369, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2107>. Acesso em: 30 set. 2020.

LALOR, J. *et al.* Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: the psychosocial impact of suboptimal care. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 1280, n. 11, p. 1720-1725, Disponível em: [doi.org/10.1111/1471-05-28.16844](https://doi.org/10.1111/1471-05-28.16844). Acesso em: 06 nov. 2021.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição dos sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2881-2823, 2019. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232018248.30102017. Acesso em: 08 nov. 2021.

LEAL, M.C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, v. 33, n. 1, 2017.

LEAL, M.C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823-835, 2021. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232021263.06642020. Acesso em: 08 mar.2022.

LIMA, K.D.; PIMENTEL C.; LYRA T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2021, v. 26, n. 3, p. 4909-4918, 2021. Disponível em: doi:10.1590/1413-812320212611.3.24242019. Acesso em: 20 fev. 2022.

LIMA, K. D. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. Monografia – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: [s. n.], 2016. 25 p.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R.L.M. Aborto, Racismo e Violência. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 46, p.101-117, 2020.

LIMA, V. K. S. *et al.* Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 4, p. 968-975, jul./set., 2019.

ROSENTHAL, L.; LOBEL, M. Gendered racism and the sexual and reproductive health of black and latina women. **Ethn Health**, v. 25, n. 3, p. 367-392, abril, 2020. Disponível em: doi: 10.1080/13557858.2018.1439896. Acesso em: 02 nov. 2021

MARTINELLI, Y. R. M.; ARAÚJO, C. L. O gênero dos objetivos do desenvolvimento sustentável: representação discursiva da questão de gênero na Agenda 2030. **Revista do CEAM**, Brasília, v. 4, n. 1, set-dez, 2018.

MARTINS, T. V. *et al.* O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2793-2802, 2020.

MAYORGA, C. Algumas reflexões sobre raça e racismo no Brasil. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 12, n. 4, out./dez., 2017.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. Tradução de Marta Lança. Portugal: Ed. Antígona, 2014, cap. 2 e 3. 299p.

MCLEMORE, M. R. *et al.* Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. **Soc Science & Medicine**, v. 201, p. 127-135, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.013>. Acesso em: 12 out. 2021.

MEHRA, R. *et al.* Black pregnant women “Get the most judgment”: A qualitative study of the experiences of black women at the intersection of race, gender and pregnancy. **Health Equity**, v. 30, n. 6, p. 484-492, nov., 2020.

MENDES, R.B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: [doi:10.1590/14-13-81232020253.13182018](https://doi.org/10.1590/14-13-81232020253.13182018). Acesso em: 08 mar. 2022.

MENEZES, M. O. *et al.* Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19 in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet.**, 4 de oct, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13407>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MENEZES, N. M. *et al.* Debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto do zika vírus, que caminho estamos trilhando? **REAID** [internet], v. 87, n. 25, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n25-art.484>. Acesso em: 27 out. 2020.

MESENBURG, M. A. *et al.* Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reprod Health**, v. 15, n. 54, 2018. Disponível em: [doi:10.1186/s12978-018-0495-6](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6). Acesso em: 08 nov. 2021.

MILTENBURG, S. *et al.* Maternity care and Human Rights: what do women think?. **BMC In Health Rights**, v. 16, n. 17, 2016. Disponível em: [doi:10.1186/s12914-016-0091-1](https://doi.org/10.1186/s12914-016-0091-1). Acesso em: 08 fev. 2022.

MITTELBAACH, J.; SOUZA, G. C. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e00332163, 2022. Disponível em: [doi:10.1590/1981-7746](https://doi.org/10.1590/1981-7746). Acesso em: 10 mar. 2022.



MONAGREDA, J. K. A raça na construção de uma identidade política: alguns conceitos preliminares. **Mediações**, Londrina, v. 21, n. 2, p. 366-393, jul-dez, 2017.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Feminina**, v. 48, n. 8, p. 496-498, 2020.

NICIDA, L. R. A. *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020. Disponível em: doi: 10.1590/1413-812320202511.00752019. Acesso em: 08 nov. 2021.

NOWELL, L. S. *et al.* Análise temática: esforçando-se para atender aos critérios de confiabilidade. **International Journal of Qualitative Methods**, dez., 2017. Disponível em: [https://doi: 10.1177/1609406917733847](https://doi.org/10.1177/1609406917733847). Acesso em: 02 nov. 2021.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul./set., 2019.

OLIVEIRA, T. L. Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Cadernos Gen. Div.**, Salvador-BA, v. 5, n. 4, out./dez., 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

PAES, L. B. O. *et al.* Mulheres e COVID-19: reflexões para uma atenção obstétrica baseada nos direitos sexuais e reprodutivos. **Rev Bras Enferm.** v. 74, supl. 1, 2021.

PAGANO, A. Everyday narratives on race and health in Brazil. **Med Anthropol Q**, v. 28, n. 2, p. 221-241, abril, 2014. Disponível em: doi:10.1111/maq.12076. Acesso em: 11 nov. 2021.

PERZOW, S. E. D. *et al.* Mental health of pregnant and postpartum women in response to the Covid-19 pandemic. **J Affect Disord Rep.**, v. 4, abril, 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Artmed: Porto Alegre, 2011. 669 p.

PRATHER, C. *et al.* Racism, African American women, and their sexual and reproductive health: a review of historical and contemporary evidence and implications for health equity. **Health Equity**, v. 2, n. 1, p. 249–259, 2018.

PRATHER, C. *et al.* The impact of racism on the sexual and reproductive health of African American women. **J Womens Health (Larchmt)**, v. 25, n. 7, p. 664-671, jul, 2016.

QUATTROCCHI, P. Obstetric violence observatory: contributions of Argentina to the international debate. **Medical Anthropology**, v. 38, 2019. Disponível em: doi: 10.1080/01459740.2019.1609471. Acesso em: 28 jan. 2022.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte, MG: Editora Letramento, 2017. 112 p.

RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 96-108, 2010. Disponível em: [doi.org/10.1590/S0104-1290201000600010](https://doi.org/10.1590/S0104-1290201000600010). Acesso em: 07 fev. 2022.

RYAN, N. E.; EL AYADI, A. M. A call for a gender-responsive, intersectional approach to address COVID-19. **Global Public Health**, v. 15, n. 9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1791214>. Acesso em: 19 out. 2020.

SALTER, C. L. *et al.* Naming silence and inadequate obstetric care as obstetric violence is a necessary step for change. **Violence Against Women**. v. 27, n. 8, p. 1019-1027, 2021. Disponível em: [doi:10.1177/1077801221996443](https://doi.org/10.1177/1077801221996443). Acesso em: 12 out. 2021.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Estratégias de coleta de dados *on-line* nas pesquisas qualitativas da área da saúde: *scoping review*. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 41, 2020.

SANTOS, D. S. *et al.* Disproportionate impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among pregnant and postpartum black women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ciaa1066>. Acesso em: 30 set. 2020.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, 2020.

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, T. L.; SOUZAS, R. Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 112-119, dez, 2016.

SANTOS, R. Raça e racismo no Brasil: causas e efeitos contemporâneos. **Perspectivas: Revistas de Ciências Sociais**, n. 6, v. 11, enero-junio, p.: 162-171, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35305/prcs.vi11.447>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SCHELER, C. A. *et al.* Mortality in pregnancy and the postpartum period in women with severe acute respiratory distress syndrome related to Covid-19 in Brazil 2020. **Int J Gynecol Obstet.**, v. 155, n. 3, p. 475-482, dec, 2021. DOI: 10.1002/ijgo.13804.

SILVA, F. *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019.

SILVA, G. M.; LEAO, L. S.; GRILLO, B. Seeing whites: views of black Brazilians in Rio de Janeiro. **Ethnic and Racial Studies**, p. 1466-4356, mar, 2019. Disponível em: [doi:10.1080/01419870.2019.1585897](https://doi.org/10.1080/01419870.2019.1585897). Acesso em: 14 out. 2021.

SLADE, P. *et al.* Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 96, 2019. Disponível em: [doi: 10.1186/s12884-019-2241-7](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7). Acesso em: 08 nov. 2021.

SLAUGHTER-ACEY, J. C. *et al.* Skin Tone Matters: Racial Microaggressions and Delayed Prenatal Care. **Am J Prev Med.** v. 57, n. 3, p. 321-329, 2019. Disponível em: [doi/10.1016/j.ampre.2019.04.014](https://doi.org/10.1016/j.ampre.2019.04.014). Acesso em: 04 jun. 2020.

SOUZA K. V. de. *et al.* Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enferm.** [Internet], 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>. Acesso em: 21 jun. 2020.

SUTTON, M. Y. *et al.* Racial and ethnic disparities in reproductive health services and outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 137, n. 2, p. 225-233, fev., 2021. Disponível em: [doi:10.1097/AOG.0000000000004224](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004224). Acesso em: 07 nov. 2021.

THEOPHILO, R. L. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 681-693, 2016.

VEDAM, S. *et al.* The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reproductive Health**, v. 16, n. 77, 2019. Disponível em: [doi:10.1186/s12978-019-0729-2](https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2). Acesso em: 08 nov. 2021.

VIEIRA, F. Resistência e luta dos movimentos negros no Brasil: da rebeldia anônima na sociedade escravocrata ao enfrentamento político na sociedade de classes. **Rev. Publ. Soc. Sci.**, Ponta Grossa-PR, v. 23, n. 2, p. 211-219, jul./dez., 2015.

WERNECK, J. **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Criola, 2010.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J.; DAVIS, B. Racism and health: evidence and needed research. **Annu Ver Public Health**, v. 1, n. 40, p. 105-125, april, 2019.

WILLIAMSON, K. E. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, v. 28, n. 2, p. 172-187, 2021. Disponível em: [doi:10.1080/13648470.2021.1932416](https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416). Acesso em: 11 out. 2021.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade** [online], v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 27 fev. 2022.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezada Sr<sup>a</sup>,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Assistência Obstétrica no Contexto da Covid-19: Experiências e Perspectivas de Mulheres Negras”, que tem como objetivo principal: Analisar a perspectiva de mulheres negras sobre as manifestações de racismo na assistência obstétrica no contexto da pandemia de covid-19.

Solicitamos que a senhora responda um formulário e nos conceda uma entrevista, falando sobre a experiência da assistência recebida durante a gestação, parto e pós-parto. Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento, e, caso haja algum desconforto, poderá se recusar a participar da pesquisa:

Sua participação é voluntária, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Você poderá a qualquer momento se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O pesquisador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ainda que tenham perguntas sobre contatos pessoais, em nenhum momento seus dados serão divulgados ou você poderá ser identificado pelas respostas que nos for dada. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados obtidos poderão ser divulgados posteriormente em eventos e revistas científicas, assegurando o completo sigilo de sua identidade quanto à sua participação neste estudo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um formulário on-line, com tempo estimado de 5 minutos, contendo uma pergunta sobre os critérios de participação para confirmar a elegibilidade da participante. Além disso, a concessão de uma entrevista on-line falando sobre a experiência da assistência durante a gestação e parto, que será realizada conforme a sua disponibilidade. Caso não tenha interesse em realizar a entrevista, pode responder “não” à questão referente à entrevista e sua participação será encerrada.

As entrevistas serão individuais, por telefone, realizadas em dia e horário de sua conveniência, sendo garantida a sua privacidade e a confiabilidade de seu depoimento. Esta entrevista será gravada em áudio (aparelho mp3). Todo o material coletado será destruído após 5 anos do término do estudo. Embora não exista risco físico associado aos procedimentos de coleta de dados, a concessão de entrevista poderá causar certo desconforto ao externar suas experiências pessoais durante à gravidez e parto. A pesquisadora compromete-se a manter uma postura atenta e de acolhimento para apoiá-la e, se necessário, interromper a entrevista a qualquer momento.

Este estudo terá como benefícios fornecer informações que contribuem para a atuação profissional e formação acadêmica dos estudantes da área de saúde, trazendo uma reflexão sobre a assistência obstétrica às mulheres negras, podendo beneficiar outras pessoas, promovendo um atendimento com qualidade a essas mulheres.

Este estudo será desenvolvido pela pesquisadora, Juliana Cristina Nascimento Guimarães, pós-graduanda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob orientação da Profa. Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, pesquisadora da Faculdade de Enfermagem - UERJ.

Você receberá uma cópia deste termo por e-mail, onde consta o telefone, e-mail e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. O Comitê de Ética em Pesquisa da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro CEP/UERJ, estará à disposição por e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) ou Telefone: (21) 2334-2180.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Participante

Dados para Contato:

Pesquisadora responsável: mestrandia Juliana Cristina Nascimento Guimarães - Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ. Tel.:2868-8236 R:211/ julianacristinna3@gmail.com

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira – Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ. Tel.: 2868-8236 R: 211/ adrianalenho.uerj@gmail.com

**Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - CEP/UERJ - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2334-2180/ [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br).**

## APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

### 1-Formulário On-line: (Formulário eletrônico para captação de participantes voluntárias)

#### Elegibilidade para participação da Pesquisa:

Quando ocorreu o seu último parto? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem interesse em colaborar com a Pesquisa “Assistência Obstétrica no Contexto da Covid-19: Experiências e Perspectivas de Mulheres Negras”?

SIM  NÃO

Você autoriza que a pesquisadora entre em contato para agendar a sua entrevista?

SIM  NÃO

Caso tenha respondido sim à pergunta anterior, informe o seu contato telefônico e e-mail:

\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### 2 – Roteiro de Entrevista:

#### 1- Caracterização da Participante:

##### Dados Pessoais:

1- Qual sua idade? (em anos) \_\_\_\_\_

##### 2- Estado Civil:

Solteira  Casada  Unida/União Estável

Separada/Divorciada  Viúva

##### 3- Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto  Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

##### 4- Ocupação:

Estudante  Desempregada/À procura de emprego

Emprego no setor privado  Emprego no setor público

Dona de Comércio/Empresa  Autônoma

Não Remunerado/ Voluntária  Outros: \_\_\_\_\_

##### 5- Renda Familiar:

Um salário mínimo por família (R\$ 1.045,00)

De um a dois salários mínimos por família (de R\$ 1.045,00 até R\$ 2.090,00)

De dois a três salários mínimos por família (de R\$ 2.090,00 até R\$ 3.135,00)

De três a cinco salários mínimos por família (de R\$ 3.135,00 até R\$ 5.225,00)

Mais de cinco salários mínimos por família (acima de R\$ 5.225,00)

##### Dados Obstétricos:

6- Número de Gestações (quantas vezes engravidou):

- 1  
 2  
 3 ou mais

7- Em relação à última gestação, você realizou quantas consultas de pré-natal:

- De 1 a 3 consultas  
 De 4 a 5 consultas  
 Mais de 6 consultas

8- Em relação à última gestação, onde você realizou o pré-natal:

- Serviço Público  
 Serviço Privado  
 Serviço Domiciliar  
 Outros: \_\_\_\_\_

9- Em relação à última gestação, qual profissional acompanhou seu pré-natal:

- Médico  Enfermeiro  Ambos

10- Em relação à última gestação, qual foi o tipo de parto:

- Parto Normal/Vaginal  Cesárea

11- Em relação ao último parto, onde foi o local do parto:

- Hospital Público  Hospital Privado  
 Em casa  Outros

12- Em relação à última gestação, qual profissional acompanhou o parto:

- Médico (obstetra)  Enfermeiro (Obstetra)  Ambos

## 2- Questões abertas e orientadoras da Entrevista:

1- Pergunta aberta: **Fale-me acerca de suas vivências/experiências durante o atendimento pré-natal:**

Esta pergunta aberta visa capturar as percepções e experiências das mulheres negras durante a assistência pré-natal.

Instrução: Inserir questionamento quando um ou mais tópicos abaixo não forem abordados pela participante ou perceba necessidade de ampliar a perspectiva dela sobre o assunto.

### Tópicos Relevantes:

- Oportunidade de expressar desejos ou opiniões
- Impressões/sentimentos acerca do acolhimento/apoio recebido
- Interesse do profissional em atender às necessidades/sanar dúvidas
- Postura ou atitudes dos profissionais no atendimento/nas consultas
- Situações geradoras de constrangimento
- Situações ou falas relativas à cor da pele/raça

2- Pergunta aberta: **Conte-me as suas vivências/experiências desde que chegou na maternidade até a sua alta hospitalar:**

Esta pergunta aberta visa capturar as percepções e experiências das mulheres negras durante a assistência ao parto até a alta hospitalar.

Instrução: Inserir questionamento no caso de um ou mais tópicos abaixo não forem abordados pela participante ou perceba necessidade de ampliar a perspectiva dela sobre o tópico.

Tópicos Relevantes:

- Oportunidade de expressar desejos ou opiniões
- Atitudes dos profissionais frente aos direitos das gestantes no parto
- Impressões/sentimentos acerca do acolhimento/apoio recebido no parto
- Interesse dos profissionais em atender as necessidades/sanar as dúvidas
- Postura ou atitudes dos profissionais durante assistência ao parto
- Situações geradoras de constrangimento no parto
- Situações ou falas relativas à cor da pele/raça
- Impressões/sentimentos acerca do acolhimento/apoio recebido no alojamento conjunto
- Postura ou atitudes dos profissionais no alojamento conjunto
- Situações geradoras de constrangimento no alojamento conjunto
- Situações ou falas relativas à cor da pele/raça

3- Pergunta aberta: **Houve alguma situação discriminatória em relação a sua cor da pele/raça durante a gestação, parto ou pós-parto?**

Tópicos Relevantes:

- Situações geradoras de constrangimento
- Situações geradoras de constrangimento no parto
- Situações geradoras de constrangimento no alojamento conjunto
- Situações ou falas relativas à cor da pele/raça

**APÊNDICE C – Tabela 1 - Caracterização das participantes**

**Tabela 1 - Caracterização das Participantes (Continua)**

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Renda Familiar</b>	<b>Nº de Gestações</b>	<b>Nº de Consultas de Pré-Natal</b>	<b>Local das Consultas</b>	<b>Profissional do Pré-Natal</b>	<b>Tipo de Parto</b>	<b>Local do Parto</b>	<b>Profissional no Parto</b>
E01	32	Casada	Superior Completo	Outro (do lar)	De 3 a 5 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Ambos	Cesárea	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E02	30	Casada	Superior Completo	Empregada setor público	De 3 a 5 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Outros: Privado e Domiciliar	Ambos	Parto Normal	Em casa	Enfermeiro (obstetra)
E03	32	Solteira	Superior Incompleto	Desempregada	Um salário	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Parto Normal	Hospital Público	Enfermeiro (obstetra)
E04	31	Casada	Superior Completo	Empregada setor privado	Mais de 5 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Cesárea	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E05	34	Solteira	Superior Completo	Empregada setor público	Mais de 5 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Cesárea	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E06	31	Solteira	Médio Completo	Desempregada	De 1 a 2 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Parto Normal	Hospital Público	Enfermeiro (obstetra)
E07	23	Unida	Médio Completo	Empregada setor privado	De 1 a 2 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Enfermeiro	Cesárea	Hospital Público	Ambos
E08	35	Solteira	Médio Completo	Autônoma	De 1 a 2 salários	2ª Gestação	De 4 a 5 consultas	Outros: Privado e Público	Ambos	Parto Normal	Hospital Público	Ambos
E09	27	Separada	Médio Completo	Estudante	De 1 a 2 salários	3ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Cesárea	Hospital Público	Ambos
E10	29	Separada	Superior Completo	Desempregada	De 1 a 2 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Parto Normal	Hospital Público	Ambos
E11	31	Casada	Superior Completo	Empregada setor privado	De 3 a 5 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Parto Normal	Hospital Privado	Médico (obstetra)

Fonte: A Autora, 2021.



Tabela 1 - Caracterização das Participantes (Conclusão)

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda Familiar	Nº de Gestações	Nº de Consultas de Pré-Natal	Local das Consultas	Profissional do Pré-Natal	Tipo de Parto	Local do Parto	Profissional no Parto
E12	27	Casada	Superior Completo	Empregada setor privado	De 3 a 5 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Ambos	Parto Normal	Hospital Privado	Ambos
E13	30	Casada	Superior Completo	Empregada setor privado	Mais de 5 salários	3 ou mais gestações	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Cesárea	Hospital Privado	Ambos
E14	34	Casada	Superior Completo	Empregada setor público	Mais de 5 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Parto Normal	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E15	40	Casada	Superior Completo	Empregada setor privado	De 3 a 5 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Médico	Cesárea	Hospital Público	Médico (obstetra)
E16	23	Solteira	Superior Incompleto	Desempregada	Um salário	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Parto Normal	Em casa	Enfermeiro (obstetra)
E17	33	Casada	Superior Completo	Empregada setor público	De 2 a 3 salários	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Cesárea	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E18	36	Casada	Superior Completo	Desempregada	De 2 a 3 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Outros: Privado e Público	Ambos	Cesárea	Hospital Privado	Ambos
E19	35	Solteira	Médio Completo	Autônoma	De 1 a 2 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Médico	Parto Normal	Hospital Público	Médico (obstetra)
E20	36	Solteira	Superior Incompleto	Desempregada	Um salário	2ª Gestação	Mais de 6 consultas	Serviço Privado	Médico	Cesárea	Hospital Privado	Médico (obstetra)
E21	25	Solteira	Superior Incompleto	Estudante	De 1 a 2 salários	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Cesárea	Hospital Público	Médico (obstetra)
E22	30	Solteira	Superior Incompleto	Desempregada	Um salário	Primípara	Mais de 6 consultas	Serviço Público	Ambos	Cesárea	Hospital Público	Médico (obstetra)

Fonte: A Autora, 2021.

**APÊNDICE D** – Quadro 2 - Comparativo com estudos que compuseram a revisão integrativa

Quadro 2 – Comparativo com estudos que compuseram a revisão integrativa

	<b>Estudo 1</b>	<b>Estudo 2</b>
Título	Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens	Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population-based cohort study
Autores	Santos, D. S.; Menezes, M. O.; Andreucci, C. B.; Pereira, M. N.; Knobel, R.; Katz, L.; Salgado, H. O.; e Amorim, M. M. R.; Takemoto, M. L. S.	Knight, M.; Bunch, K.; Vousden, N.; Morris, E.; Simpson, N.; Gale, C.; O'Brien, P.; Quigley, M.; Brocklehurst, P.; Kurinczuk, J. J.
Periódico	Clinical Infectious Diseases	BJM
Data e local	28 de julho de 2020/ Brasil	27 de maio de 2020/ Reino Unido
Tipo de Publicação	Carta ao Editor	Artigo original
Objetivo(s)	Apontar que as disparidades raciais estão associadas à covid-19 na gestação, a partir da caracterização de 669 casos de SRAG pelo SARS-CoV-2 entre mulheres grávidas negras e brancas no Brasil.	Descrever uma coorte nacional de mulheres grávidas com SRAG pelo SARS-CoV-2 no Reino Unido, identificar fatores associados à infecção e descrever desfechos maternos e neonatais.
Métodos	Relato de casos	Estudo de coorte prospectivo
Principais resultados	As mulheres negras apresentaram piores condições de hospitalização e maiores taxas de admissão em unidade de terapia intensiva, uso de ventilação mecânica e morte. Além disso, a mortalidade materna em mulheres negras em consequência da covid-19 foi duas vezes maior em comparação com mulheres brancas.	A maioria das grávidas com infecção por SARS-CoV-2 eram negras ou de minorias étnicas (56%), e 196 (73%) deram à luz a termo. Houve mulheres que necessitaram de suporte respiratório (10%) e cinco (1%) delas morreram. Doze (5%) dos 265 bebês testaram positivo para o vírus. Esta alta proporção de mulheres negras ou de grupos étnicos minoritários necessita de investigação e explicação urgentes.

Fonte: A autora, 2020.

**APÊNDICE E – Quadro 3 - Referente aos códigos temas por categoria**

**Quadro 3 - Referente aos códigos temas por categoria**

<b>CATEGORIA TEMÁTICA 1: VIOLÊNCIA E RACISMO INSTIUCIONAL</b>	
<b>SUBTEMAS</b>	<b>CÓDIGOS TEMAS</b>
<b>Violência Obstétrica</b>	<p>Não me deram remédio para dor (5); A médica não olhou para mim (5); Não explicavam direito (4); Postura grosseira e arrogante (4); Colocar a mão em mim sem explicar (4); Médico deu um toque super violento (4); Não tive nenhum acolhimento (3); Debochava de mim o tempo todo (3); Questionava meu peso (3); Esperava passar por tudo de novo (3); Demorou o atendimento (3); Fiquei sozinha (3); Demorou para chegar comida (3); Me deixaram com dor (3); Me esqueceram (3); Medo da violência obstétrica (3); Fui discriminada em relação a minha opção sexual (2); Me deixaram muito tempo com sonda (2); Pediatra não respeitou o que queria (2); Me senti desrespeitada (2); Não olhou a pega dele (2); Médica me ignorou (2); O atendimento foi jogado (2); Médica me ignorou (2); Postura mais áspera (2); Médico debochou da minha dor (2); Sem saber se está com dor (2); Toda consulta me dava toque (2); Não tinha vínculo de paciente e profissional (2); Tudo contribuiu para minha posição de medo (2); Não vieram me dar banho (2); Só examinou porque eu pedi (2); Parecia que cumpria rotina (2); Tive atrito com a enfermagem do hospital (2); Eu ficava com medo de morrer na hora do parto (2); Medo de não me darem anestesia (2); Quando tive que ir para o hospital veio o medo (2); Não era acolhida (2); Se pensar em relação a cor, me dava medo (2); Falou tenta não gritar (2); Ela se irritava comigo (2); Ela não respeitou e colocou o miso (2); Medo de ir para o hospital e parir sozinha (2); Médico ignorou minha pressão alta (2); Médico negligenciou minha dor (2); Preocupada com o tempo (1); Esperava um atendimento pior (1); Senti como se não tivesse voz (1); As enfermeiras não me ajudavam (1); Me deixaram com fome (1); A doula disse que o médico colocou o dedo na vagina (1); Rompeu minha bolsa sem meu consentimento (1); Eu preferi discutir do que trocar de médico (1); Sofri trauma no primeiro parto (1); Veio com má vontade (1); Cara de mulheres parideiras (1); Me deixaram esperando na cama (1); Meu companheiro implorou para me levar para a cesárea (1); Como se eu estivesse sendo rebelde por optar a cesárea (1); Microagressões (1); Consegui trocar de médica (1); Minha experiência anterior não foi legal (1); Só meu filho ficava no berçário (1); Não cheguei a denunciar (1); Subiram em cima de mim (1); Não dava muita atenção (1); Estava com semblante de desprezo (1); Fazia violência psicológica (1); Depois dela ter quase me estuprado (1); Ficava abandonada (1); Me deixaram com sede (1); Fiquei no último quarto do corredor (1); As consultas eram aterrorizantes (1); Quando se informa, você tem medo (1); Me deixou mais de 1h deitada (1); Não tinha muitas informações (1); Se as pessoas tinham medo, imagina eu (1); Foram bem práticos (1); Consultas eram simples (1); Depois dela ter me machucado (1); Me senti largada (1); Não via dinâmica para explicar (1); Só ouvia o batimento do bebê (1); Já tinha preconceito por eu ser obesa (1); Sofri violência por essa médica (1); Ninguém ligava (1); Tipo pessoas negras são preguiçosas (1); Ninguém quis me ensinar (1); Tiveram mini violências obstétricas (1); Me colocaram numa sala (1); Estavam todos com medo (1); O cuidado foi tipo protocolo (1); Consultas superficiais (1); Pedi desculpa por estar gritando (1); Achei estranho encontrar uma médica assim [atenciosa] (1); Os gritos estavam estressando ela (1)</p>
<b>Estereótipos da mulher negra</b>	<p>Diferença no tratamento comigo e as gestante brancas (4); Questionaram o nariz do meu filho (4); Colocaram como se fosse africana (3); A médica não olhou para mim (3); A diferença era que sou negra (3); Só questionava a mim e não as outras (2); Questionou a cor da minha filha (2); Perguntava se eu iria só para pegar medicação (2); Colocou a mão em mim sem explicar (2); Seguraram meu bebê porque não era igual aos outros (2); Debochava de mim (2); Não colocaram meu nome (2); Ela está com um cara branco, então tudo bem (2); Postura de mais uma mulher preta fazendo errado (2); Era a única preta ali (2); Questionou porque minha filha era branca (2); Falou do meu cabelo natural (2); Sentia como se estivesse mentindo (2); Me deu um toque violento (2); Você está gorda (2); Acusou meu companheiro de infidelidade (2); Tipo pessoas negras são preguiçosas (1); Ela fez colocações racistas (1); Eu fiquei sozinha (1); Fala bastante ofensiva (1); Senti que ninguém ligava (1); Comentou em relação a minha negritude (1); Tratavam as mulheres brancas com calma (1); Fiquei no último quarto do corredor (1); A médica foi grosseira (1); Compararam com o nariz do meu esposo (1); Sensação de impotência (1); Me identificaram pela cor (1); Só de pensar em relação a cor, me dava medo (1); Me senti ofendida (1); Todo profissional era o mesmo discurso [racista] (1); Medo em relação a cor dela (1); Visão de mais uma mulher preta (1); Microagressões (1); A xenofobia é muito grande (1); Comportamento em relação ao meu cabelo (1); Questionou minha índole (1); Cara daquelas mulheres parideiras (1); Aquilo é um desconforto (1); Você é muito gorda para parir (1); Senti como se não tivesse voz (1); Não sei se foi por conta da minha pele (1); Era raro ter alguém (1); Não teve tempo de ter alguém (1); Eu ficava abandonada (1); Olham porque sou preta e minha filha branca (1); Toda consulta me dava toque doloroso (1); Para preta e estrangeira é pior (1); Todas fizeram o exame, só eu que não (1); A mulher negra é deixada de lado (1); Vai sair com facilidade (1); Você é muito alta para parir (1); Durante a pandemia me senti mais sozinha (1); Postura de que eu estava fazendo errado (1); Não fizeram questão de colocar meu nome (1); Na gestação também é deixada de lado (1).</p>

<b>CATEGORIA TEMÁTICA 2: ESTRATÉGIAS FRENTE À VIOLÊNCIA E AO RACISMO</b>	
<b>SUBTEMAS</b>	<b>CÓDIGOS TEMAS</b>
<b>Privilégios de Classe</b>	Não sei se foi pela minha cor de pele (3); Tenho noção do privilégio que tive na minha assistência (2); Vi que eles não sabem cuidar de criança negra (2); Porque somos negros e ela branquinha (1); Não tinha noção do recorte racial (1); Tive o privilégio de trocar de médico (1); Enquanto minha obstetra [contratada] estava, foi tudo bem (1); Era a única pretinha no meio (1); Não senti por meu marido ser branco (1); Eu declarei parda (1); Não vi nenhuma família preta ali (1); Faço teste de cor nos locais (1); Por ser um lugar mais simples (1); Fui para um hospital modelo e famoso (1); Questionou porque minha filha era branca (1); Medo deles declararem a cor que quiserem (1); Ter acesso a plano de saúde (1); Medo em relação a declaração de cor (1); Não senti a questão racial por conta da região (1); Não senti [racismo] porque eram a maioria negros (1); Não foi racismo diretamente (1); Não tive racismo, mas tive que pagar por isso (1); Não fui pega pelo racismo de cara (1); Olham por ser preta e a filha branca (1); Não percebi, mas a experiência foi ruim (1); Poderia ser pelo meu dinheiro (1); Não percebi, mas estava alerta (1); Por ter um público diverso (1); Não sabia que era a mãe que declarava (1); Quando estou com ele [marido branco] tudo bem (1); Não sei dizer, mas a médica era branca (1); Só incomodou quando ela perguntou a cor (1); Não sei porque foi grosseira comigo (1); Ter acesso a bom profissional (1); Achava que a única diferença era o dinheiro (1); Tinha bastante pessoas pretas (1); Tudo bem ela está com um cara branco (1); Consegui pagar uma equipe e fez toda diferença (1); A maioria no atendimento eram negros (1); Não sei se foi violência (1); Precisava pagar para ter o parto (1); Não sei se fui discriminada (1).
<b>Acesso a informações e aos cuidados respeitosos e qualificados</b>	Decidi que não iria ter o parto com ela (3); Tive que recorrer por exames particulares (3); Tive dificuldade em encontrar obstetra (2); Sugeriu de procurar outra maternidade (2); Tive que recorrer de forma privada (2); Nunca mais voltei no hospital de referência (1); Eu busquei a coordenação do hospital (1); Procurei outro médico (1); Fazer exames de forma privada (1); Contratei uma doula (1); Fiquei na dúvida do hospital por conta do parto (1); Procurava outra maternidade da cidade (1); Era um hospital que já conhecíamos (1); Escolhi o hospital porque aceitava doula (1); Dificuldade de conseguir atendimento (1); Já conhecíamos a postura dos profissionais (1); Decidi ter meu filho na capital (1); Foi complicado até conseguir vaga no hospital (1); Fui para outra maternidade e fui atendida (1); Não me informaram (7); Não explicavam nada (4); Busquei informação (3); Não tive orientações (3); Falta de informação (3); Desencontro de informações (2); Não me falaram nada (2); Eu estudei muito (2); Senti falta de mais informação (2); Fui muito interessada em gestação (2); Você se informa [porque] tem medo do racismo (2); Precisava suprir essa falta de informação (1); Li bastante (1); Tenta procurar ajuda (1); Me senti perdida (1); Estudava sozinha sobre perinatalidade (1); Procurei me informar bastante (1); Fiz o curso de doula por isso (1); Eu sempre me informei muito (1); Eu estudei para ter o parto normal (1); Me empoderei mais (1); Me preparei mais (1).
<b>CATEGORIA TEMÁTICA 3: MEDO E INSEGURANÇA CAUSADOS PELA PANDEMIA DA COVID-19</b>	
<b>SUBTEMAS</b>	<b>CÓDIGOS TEMAS</b>
<b>Medo do Contágio pelo Sars-Cov-2</b>	Medo de contaminação (4); Momento tenso por conta da pandemia (3); A enfermeira me atendia sem máscara (3); Tensão de estar grávida na pandemia (2); Demorou para ter protocolos (2); Tinha que pedir para usar álcool (2); Atendiam covid no mesmo ambiente (2); Minha avó morreu de covid (2); Medo pela questão do momento atual (2); Eu poderia ser contaminada (1); Tive uma enlouquecida na pandemia (1); Correndo risco (1); Medo de ir para o hospital (1); A médica pegou covid e não pode atender (1); No meio da pandemia, uma loucura (1); Meu bebê poderia ser contaminado (1); Olharam para a situação como um todo (1); Não me senti segura (1); Ficamos isoladas (1); Não tinha medidas protetivas (1); Ficava enclausurada em casa (1).
<b>Insegurança na assistência durante a pandemia</b>	A enfermeira me atendia sem máscara (3); Atendiam covid no mesmo ambiente (2); Senti uma exaustão do profissional (2); Demorou para ter protocolos (2); Tinha que pedir para usar álcool (2); Ele não pode subir por conta da pandemia (1); Eu tive covid durante a gestação (1); Não tinha medidas protetivas (1); O atendimento foi desgastante (1); Chegada conturbada por conta da covid (1); Colocavam a gestante em outros horários (1); Só tive um acompanhante que foi testado (3); Estavam negando direito a acompanhante (2); Minha esposa não teve acesso a mim e meu filho (2); Ele não pode subir por conta da pandemia (1); Meu parceiro não conseguiu assistir o parto (1); Não tive acompanhante por conta do covid (1); Só tive um único acompanhante (1); Não podia ter visitas e trocas de acompanhante (1); Estavam negando direito a doula (1); Não tinha direito a acompanhante (1); Não me senti segura (1).

Fonte: A Autora, 2021.

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARÊCER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Assistência Obstétrica no Contexto da Covid-19: Experiências e Perspectivas de Mulheres Negras

**Pesquisador:** Juliana Cristina Nascimento Guimarães

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40786920.3.0000.5282

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.457.912

**Apresentação do Projeto:**

No contexto em que a pandemia COVID-19 repercute diretamente nas desigualdades raciais e na assistência hospitalar, este estudo foca na assistência em unidades de atenção obstétrica, considerando a possibilidade de dificuldades de acesso e equidade para mulheres negras aos cuidados qualificados. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A proposta busca discutir as perspectivas das mulheres negras sobre a assistência obstétrica no contexto da covid-19, considerando a raça/cor como marcador da experiência. Para compreender a perspectiva dessas mulheres, o estudo proposto parte da questão norteadora 'Quais as manifestações do racismo na assistência obstétrica e suas interfaces com a pandemia da covid-19 na perspectiva das mulheres negras?'

A coleta de dados será realizada durante o período entre os meses janeiro e abril de 2021. A estratégia de coleta de dados será realizada de forma online, utilizando um formulário online como instrumento de captação de dados. A pesquisa será realizada através de entrevistas online, por videoconferência, com o apoio de um roteiro semi-estruturado. Menciona respeito aos procedimentos éticos para realização do estudo, ou seja, projeto enviado para avaliação Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e atendimento às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº 510/16 e nº 466/12).

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.913

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa busca explorar as perspectivas e experiências de mulheres negras acerca das manifestações de racismo na assistência obstétrica e suas interfaces com o contexto da covid-19. A proposta tem como objetivos (I) analisar percepções e experiências desse grupo específico de mulheres no que se refere ao atendimento obstétrico recebido no contexto da pandemia de covid-19; e, (II) discutir as manifestações de racismo nessa assistência sob a perspectiva dessas mulheres.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No que se refere aos riscos, aponta possível desconforto da participante ao externar suas experiências pessoais durante a gravidez e parto. A pesquisadora compromete-se a manter postura atenta e de acolhimento para apoiar a participante e, se necessário, interromper a entrevista a qualquer momento. Sobre os benefícios, menciona que o estudo pode fornecer informações que contribuam para a atuação profissional e a formação acadêmica dos estudantes da área de saúde, trazendo uma reflexão sobre a assistência obstétrica às mulheres negras e, também, beneficiando outros grupos raciais de mulheres por promover um atendimento de qualidade ao grupo feminino.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, cujos dados serão analisados por meio da técnica da análise temática que é um método que identifica, analisa, interpreta e relata padrões e temas a partir de dados qualitativos com características semelhantes a procedimentos tradicionalmente adotados na análise qualitativa. Há grande relevância na atenção às questões raciais e também ao contexto COVID-19. De acordo com a pesquisadora, a proposição desta pesquisa se justifica por razões pautadas na maior prevalência de desfechos negativos da assistência ao parto e taxas mais elevadas de mortalidade materna entre mulheres negras em comparação com as mulheres brancas, assim como pela tendência de aumento das disparidades raciais em saúde em decorrência da pandemia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão devidamente apresentados a folha de rosto datada, assinada e carimbada; o cronograma com início previsto da coleta de dados para 2021; o orçamento detalhado e a ser coberto por recursos próprios da pesquisadora; TCLE contendo riscos e benefícios e informações sobre a pesquisa e o contato do CEP. Apresenta detalhes para recrutamento das participantes através de convite virtual (carta convite) para as moderadoras de páginas virtuais de Instagram® destinadas à

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. 21 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

Continuação do Parecer: 4.457.912

população de mulheres negras que tratem sobre questões de saúde e direito das mulheres, feminismo, maternidade, gestação, parto e puerpério, buscando estabelecer relação de confiança e aquisição da autorização para recrutamento das mulheres. Após a autorização das moderadoras dos grupos será elaborado uma publicação/ convite no interior das páginas, convidando-as para participarem da pesquisa e também será fornecido o link de um formulário online, para captação das participantes, produzido pelo Google Forms® contendo explicações sobre os procedimentos éticos da pesquisa, uma questão sobre os critérios de participação para confirmar a elegibilidade da participante questão referente a concessão para a realização de uma entrevista online posteriormente. O contato com as participantes será realizado via e-mail ou telefone, para agendar a entrevista individual online, com o objetivo de aprofundar questões da pesquisa (questões fechadas de caracterização das participantes e questões abertas sobre experiências das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto).

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

No início do 3o parágrafo consta a sentença "...não terá custo ou compensação..." que volta a ser repetida ao final do 5o parágrafo. Recomendamos mantê-la em apenas um dos parágrafos.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675779.pdf	04/12/2020 15:15:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_dissertacao_de_mestrado.docx	04/12/2020 14:55:41	Juliana Cristina Nascimento Guimarães	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/12/2020	Juliana Cristina	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 5ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 4.457.912

Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	14:52:25	Nascimento Guimarães	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	04/12/2020 14:52:06	Juliana Cristina Nascimento Guimarães	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	03/12/2020 16:22:57	Juliana Cristina Nascimento Guimarães	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tce.docx	03/12/2020 16:21:17	Juliana Cristina Nascimento Guimarães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:

ALBA LUCIA CASTELO BRANCO  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br