Cadernos de Gênero e Tecnologia
ISSN: 2674-5704

https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt

O impacto do racismo obstétrico na assistência pré-natal das unidades básicas de saúde de um município do sul do Estado do Tocantins

Sara Farias Carvalho
E-mail: sarinhafcarvalho13@gmail.com
ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0308-963X
Universidade de Gurupi, Gurupi, TO, Brasil

Claudia Christina Ribeiro Guimarães Neri de Magalhães
E-mail: claudianeri@unirg.edu.br
ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5020-9513
Universidade de Gurupi, Gurupi, TO, Brasil

RESUMO

Atualmente, estudos apontam que o processo saúde-doença das mulheres negras é diretamente afetado pelo impacto do racismo obstétrico. A presente pesquisa tem como intuito identificar a experiência da mulher negra no pré-natal, no que tange a práticas não acolhedoras ou inclusivas e seu entendimento sobre a violência obstétrica (VO) nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um município do Sul do estado do Tocantins. Diante disso, surgiu o questionamento: a cor da pele afeta a assistência de mulheres negras no atendimento pré-natal, caracterizando uma VO? Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, em que os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com questionário individual, constatando que as gestantes negras do município foram submetidas a práticas não inclusivas que caracterizam a VO. Concluiu-se, a partir dos relatos das participantes, que a VO na atenção pré-natal é mascarada, apontando essa assistência como ponto de partida desse problema e evidenciando a necessidade de se repensar estratégias para a mudança deste cenário.

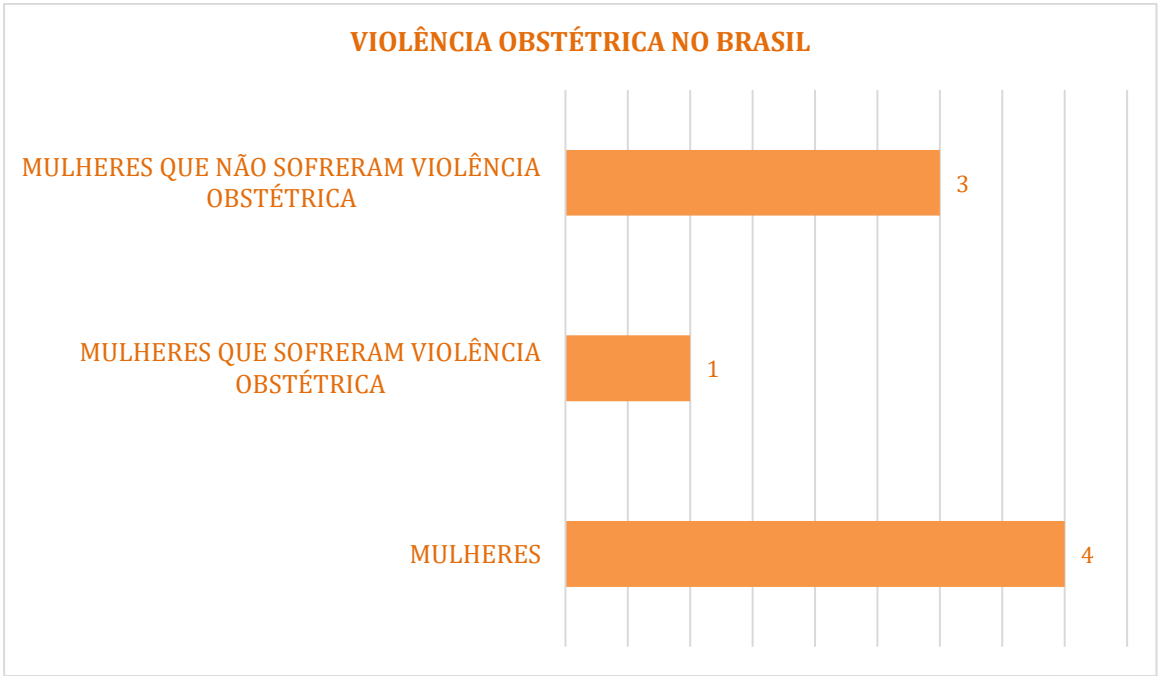
PALAVRAS-CHAVE: Violência contra mulher. Cuidado pré-natal. Racismo. Violência obstétrica.

INTRODUÇÃO

Ainda se vive, no Brasil, um movimento de exclusão social da população negra, gerado pela escravidão nos séculos passados e por um modelo de subalternidade em relação à população branca. Essa desigualdade histórica diz muito sobre como o indivíduo se adequa à sociedade, gerando, assim, consequências nas quais os negros sofrem exclusão social, marcada pelo racismo, preconceito, pobreza e barreiras impostas ao acesso a bens e serviços públicos, como saúde e educação (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018). No que tange às mulheres negras, esse problema se agrava de forma dupla: além de serem subjugadas como vulneráveis e frágeis pelo gênero, a sua cor as coloca em situações de marginalidade e injustiça, sendo a área da saúde propulsora das iniquidades e desigualdades na assistência do pré-natal ao puerpério (pós-parto) (Leal et al., 2017).

Dentro desse problema, encontramos um termo atualmente utilizado: Violência Obstétrica (VO), um conceito que aborda todas as faces da violência durante a gestação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte (OPAS/OMS, 2014). Por sua vez, a violência obstétrica é caracterizada como qualquer ato abusivo praticado contra as mulheres em sua fase de gestação, parto e puerpério, seja ele verbal, físico ou psicológico, que cause danos ao corpo ou à mente da mulher, intervindo nas suas escolhas e autonomia, sendo exercido por profissionais da saúde. No Brasil, a violência obstétrica ainda é invisível; segundo dados da Fundação Perseu Abramo e Sesc (2010), conforme o gráfico abaixo, 1 em cada 4 mulheres sofre esse abuso.

Gráfico 1: Ilustração de dados da Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2010.



Fonte: Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2010.

Esse revés afeta diretamente o acesso e a utilização dos serviços de saúde das mulheres negras, já que o racismo institucionalizado compromete sua inserção como sujeitos de direito. Estudos ilustrados na Imagem 1 apontam que as mulheres negras recebem menos analgesia no trabalho de parto do que as brancas; consultas pré-natais são menos realizadas em mulheres negras do que em brancas e as negras são maioria entre aquelas que não têm acesso sequer a uma consulta desse tipo; assim como menos informações sobre gravidez e parto são passadas para mulheres negras do que para as brancas (Leal; Gama; Cunha, 2005; Rodrigues, 2009).

Imagem 1: Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.

Tabela 1 - Características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso das puérperas segundo a cor. Município do Rio de Janeiro, 1999-2001.

Variáveis	Cor branca %	Cor parda %	Cor preta %	Total %	Total N	p valor
Faixa etária						
<20 anos	16,3	22,3	24,5	19,6	1.891	0,000
20 a 34 anos	70,6	67,5	65,3	68,7	6.612	
35 anos e mais	13,1	10,2	10,1	11,7	1.126	
Instrução materna						
<4ª série fundamental	5,8	10,6	13,9	8,7	839	0,000
4ª série fundamental	22,9	39,4	42,4	31,4	3.019	
8ª série fundamental	20,6	25,4	25,4	22,9	2.202	
Ensino médio	37,4	21,8	17,1	29,0	2.787	
Nível superior	13,1	2,8	1,3	7,9	756	
Tem trabalho remunerado	44,3	31,9	32,5	38,5	3.706	0,000
Vive com o pai do bebê	86,6	83,1	75,6	83,5	8.033	0,000
Tentou interromper a gestação	3,5	5,9	9,1	5,3	506	0,000
Sofreu agressão física na gestação	2,0	3,1	5,1	2,9	277	0,000
Paridade						
Nenhum filho anterior	45,1	37,5	33,6	40,7	3.918	0,000
1 a 2 filhos anteriores	43,6	45,5	44,1	44,2	4.260	
3 e mais filhos anteriores	11,3	17,0	22,3	15,1	1.450	
Fumou na gestação	10,3	14,9	18,5	13,2	1.271	0,000
Hipertensão arterial na gestação	8,3	10,7	14,1	10,1	960	0,000
Diabetes mellitus na gestação	1,6	1,8	2,2	1,7	165	0,100
Sífilis na gestação	0,8	1,9	3,0	1,5	143	0,000
Índice de Kotelchuck modificado						
Sem pré-natal	2,5	4,7	6,7	3,9	356	0,000
Inadequado	19,7	29,5	36,3	25,6	2.331	
Intermediário	28,1	36,1	34,8	31,6	2.883	
Adequado	38,5	23,5	18,8	30,5	2.782	
Mais do que adequado	11,3	6,2	3,4	8,4	762	
Chegou só à maternidade	3,1	3,7	4,9	3,6	346	0,000
Procurou mais de uma maternidade para o parto	18,5	28,8	31,8	24,1	2.313	0,000
Não recebeu anestesia no parto*	13,5	16,4	21,8	16,4	784	0,000
Tipo de prestador						
Público	35,9	46,9	58,9	43,5	4.189	0,000
Conveniado com o SUS	20,3	32,0	29,6	25,5	2.455	
Privado	43,7	21,1	11,6	31,0	2.989	

*Excluídos os partos cesáreos

Fonte: Leal, Gama e Cunha (2005).

Marcado por mudanças fisiológicas e emocionais, o período gestacional deve ser acompanhado para se garantir um bom desenvolvimento do bebê e preservar a saúde e a segurança da mãe; uma das formas de assegurá-los é por meio do acompanhamento pré-natal. Segundo a Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000, o pré-natal deve conter, no mínimo, 6 consultas, acolhendo, assim, a gestante em todos os aspectos desde o início da gravidez (Brasil, 2000). Para as mulheres negras, esse acompanhamento se torna mais difícil, já que sua cor passa a ser uma

questão decisiva para sua qualidade de vida e saúde, aumentando o índice de violência institucional que existe tanto no âmbito público quanto no meio privado. Essa violência ocorre por se negar ou omitir atendimento, podendo incluir a falta de acesso, a má qualidade dos serviços e a hierarquia social entre profissionais e usuários dentro das instituições, impedindo uma prática mais humanizada e integral (Penna; Guedes, 2010).

Embora seja uma espécie de violência contra a mulher, a VO é considerada também uma violação dos Direitos Humanos, sexuais e reprodutivos, que limita a qualidade de vida da mulher, tanto social quanto pessoal. Deve ser garantido às mulheres, pelos serviços e profissionais da saúde, um acesso e um atendimento dignos, com riscos mínimos de adoecimento e morte.

Entender a relação entre essa violência e as desigualdades na utilização e no acesso aos serviços de saúde faz-se necessário à sociedade e aos profissionais que atuam nessa área, para se repensarem políticas públicas e minimizar essas diferenças no atendimento e na assistência prestada, em prol da garantia dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres. Diante da falta de valorização da mulher, e a partir de uma escuta sensível, humanizada e aberta, colocando-a no centro da nossa prática do cuidado, despertou-se o interesse por esse estudo, visando contribuir para a mudança e melhoria no que diz respeito às práticas humanizadas e acolhedoras, instigando a identificação da experiência da mulher negra no pré-natal, no que tange a práticas não acolhedoras ou inclusivas e seu entendimento sobre violência obstétrica nas UBSs de um município do Sul do estado do Tocantins.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quali-quantitativa, realizado a partir de relatos de 16 mulheres, obtidos em torno do principal problema da temática: a cor da pele afeta a assistência de mulheres negras no atendimento pré-natal, caracterizando uma violência obstétrica?

A escolha deste método ocorreu por adaptar-se às questões de interações e compreensão social envolvidas nesta proposta de pesquisa, na qual se investigam: a caracterização do perfil socioeconômico das participantes, as características do pré-natal, as formas como a violência obstétrica e a desigualdade racial se expressam na assistência pré-natal e como essas situações são vividas pelas mulheres durante a gravidez.

Fincada em três pilares, essa pesquisa tem como fundamento o olhar, a escuta, a reflexão e a análise sobre quem porta a dor, partindo daí as respostas norteadoras dos objetivos propostos (Campos; Turato, 2009).

O período da coleta de dados foi de abril a maio de 2021. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista, com questionário individual semiestruturado composto por questões abertas e fechadas. A entrevista foi realizada em uma sala exclusiva, proporcionando conforto e privacidade para as gestantes, sendo usado, no momento da conversa, um celular para gravação, mantendo a fidedignidade dos relatos que, posteriormente, foram transcritos para melhor aproveitamento do material. Esta ocorreu nos dias correspondentes ao da consulta pré-natal nas respectivas UBSs, sendo a mulher encaminhada para a sala de entrevista após sua consulta.

A pesquisa teve como critério de inclusão mulheres negras (declaradas em prontuários[1]), maiores de 18 anos, residentes na cidade de Gurupi - TO, grávidas, inscritas no acompanhamento pré-natal das Unidades Básicas de Saúde do município de Gurupi - TO, que concordaram com os critérios de participação estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não puderam participar da pesquisa: mulheres negras que não concordaram com o TCLE, portadoras de transtornos mentais e com déficit auditivo.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira tratou dos dados quantitativos e a segunda, dos qualitativos. Os dados quantitativos foram analisados por meio de porcentagem simples e frequências relativa e absoluta, demonstrados em tabelas. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com Bardin (2012), seguindo os seguintes passos: pré-análise dos dados, categorização dos dados e interpretação dos dados. Da análise das entrevistas, emergiram cinco categorias temáticas, a saber: orientações do pré-natal, escolha das formas de parto, significado de VO, vivenciando a VO e percepção sobre o atendimento nas UBSs.

Todas as participantes assinaram o TCLE e tiveram suas identidades preservadas, sendo identificadas por nomes fictícios, considerando o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde a respeito de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi (UnirG) sob o parecer nº 4.606.836.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 16 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão; dentre estas, 14 iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e 2, no 2º trimestre.

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Observou-se que, referente ao nível de escolaridade, 7 apresentavam ensino médio completo e 4, ensino médio incompleto. No tocante ao estado civil, 7 encontravam-se em união estável e 6, solteiras. Em relação à renda familiar, 7 apresentavam uma renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos e 5, menos de 1 salário. Concernente à quantidade de filhos, 6 encontravam-se na primeira gestação e o mesmo número possuía mais de 1 filho. Em relação à idade, as participantes encontravam-se na faixa etária de 18 a 33 anos, com idade gestacional entre 12 e 36 semanas, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Categorização socioeconômica das participantes do estudo realizado no município de Gurupi-TO em 2021 (n=16).

Variáveis	Fa(N)	Fr	%
Estado Civil			
União Estável	7	0,4375	43,75%
Casada	3	0,1875	18,75%
Solteira	6	0,375	37,5%
Escolaridade			
Nível Fundamental Completo	2	0,125	12,5%
Nível Fundamental Incompleto	2	0,125	12,5%

Nível Médio Completo	7	0,4375	43,75%
Nível Médio Incompleto	4	0,25	25%
Nível Superior Completo	1	0,0625	6,25%
Renda Familiar			
Não Tem Renda	3	0,1875	18,75%
Menos de 1 Salário Mínimo	5	0,3125	31,25%
Entre 1 a 2 Salários Mínimos	7	0,4375	43,75%
Mais de 2 até 5 Salários Mínimos	1	0,0625	6,25%
Número de Filhos			
Filho Único	6	0,375	37,5%
Mais 1 Filho	6	0,375	37,5%
Mais 2 Filhos	3	0,1875	18,75%
Mais 4 Filhos	1	0,0625	6,25%

Fonte: Dados da pesquisa – elaboração própria (2021).

Mediante os achados e análises feitas no presente estudo, evidenciou-se que dados socioeconômicos como idade, estado civil, escolaridade e renda familiar se assemelham aos do estudo realizado por Theophilo, Rattner e Pereira (2018), no qual a maior porcentagem das mulheres negras e pardas se encontrava gestante na faixa etária de 19 a 34 anos, mantinha união estável ou era solteira, apresentava nível médio incompleto ou completo e possuía renda familiar igual a 1 salário mínimo ou menos de 1 salário mínimo. Da mesma forma, Fonseca, Kale e Silva (2015), em sua pesquisa, demonstraram que a maior parte das gestantes entrevistadas não possuía filhos anteriores à gestação atual. Mostrando, assim, que essas características estão vinculadas à cultura ainda existente do racismo patriarcal, afetando diretamente a qualidade e a equidade da atenção ofertada nos serviços de saúde e que renda, idade, estado civil, escolaridade e quantidade de filhos devem ser considerados quando se trata de cor da pele e saúde.

CARACTERIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL

Alusivo às características do pré-natal, notou-se que as 16 gestantes foram orientadas sobre o pré-natal. Quando questionadas sobre o início do pré-natal, 14 afirmaram ter iniciado no primeiro trimestre da gestação e 2, no segundo trimestre. Em relação às orientações sobre gestação, parto e puerpério durante as consultas de pré-natal, 11 declararam não ter recebido e 5, ter recebido tais orientações. Sobre a escolha do tipo de parto, 12 não haviam escolhido e 4 optaram por algum tipo de parto, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Características dos pré-natais das gestantes participantes do estudo no município de Gurupi-TO em 2021 (n=16).

Variáveis	**Fa(N)**	**Fr**	**%**
Orientação do Pré-Natal			
Recebeu	16	1	100%
Não Recebeu	0	0	0
Orientação Sobre Gestação, Parto e Pós-Parto			
Recebeu	5	0,3125	31,25%
Não Recebeu	11	0,6875	68,75%
Escolha da Forma de Parto			

Escolheu	4	0,25	25%
Não Escolheu	12	0,75	75%

Fonte: Dados da pesquisa – elaboração própria (2021).

Orientações do pré-natal

Seguem relatos das gestantes sobre as orientações recebidas durante o pré-natal:

> Melissa: "Falaram que era importante, que tinha que vir sempre, pediram ultrassom, exames, tudo certinho."
>
> Hosana: "Que era importante, né, pra tomar as vitaminas, fazer tudo direitinho, acompanha, acompanhamento do bebê e da mãe."
>
> Carine: "Pra vir fazer as consultas, fazer os exames certinhos e não faltar a nenhuma das consultas."

A pesquisa constatou um elevado índice de falta de orientações sobre a gestação, parto e puerpério e de aconselhamento sobre a escolha do parto, o que conota um atendimento deficitário, com baixo nível de informações durante as consultas, ferindo, assim, o princípio de humanização do atendimento e, consequentemente, opondo-se à Portaria nº 590, de junho de 2000, que tem como intuito promover ações voltadas à melhoria da assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos.

Assim como mostrado no trabalho de Marques *et al*. (2020), no qual 81,6% das gestantes tiveram orientações inadequadas ou a falta destas, o presente estudo evidenciou que, diante dos dados coletados, as participantes tiveram suas orientações e aconselhamentos fragmentados e/ou ausentes, já que a maioria afirmou não ter recebido instruções sobre gestação, parto e pós-parto nem aconselhamento sobre os tipos de parto, caracterizando uma inadequação no atendimento, o que pode contribuir como fator para tornar essa mulher vulnerável à VO. O pré-natal é o momento ideal para que as gestantes sejam orientadas sobre a gestação, o parto e o pós-parto. Empoderadas de conhecimento, as gestantes tendem a desenvolver uma gestação mais segura, estando preparadas para reconhecer as violações dos seus direitos.

Escolha da forma do parto

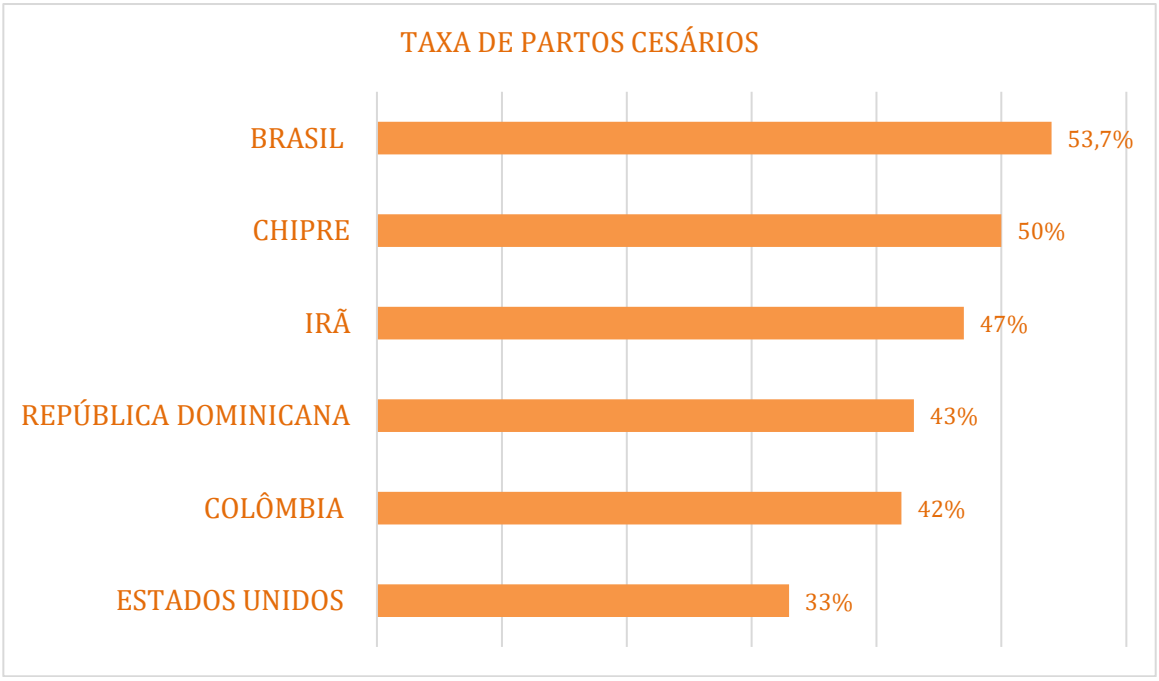
Sobre as formas de parto, o estudo apontou os seguintes depoimentos:

> Alice: "Eu queria cesária, mas não conversei com o médico obstetrício não."
>
> Luana: "Nem sabia se podia escolher!"
>
> Ana: "Eles marcaram as consultas pro retorno, não falaram não sobre o parto e pós-parto não."
>
> Hosana: "Do parto e pós-parto só falaram que podia ser normal ou cesárea, falou que tinha que voltar aqui, né, pra fazer a consulta com a neném até 40 dias."

Amanda: “Eu queria normal, mas não falaram comigo ainda.”

O Brasil está entre os países com a maior taxa de cesáreas; segundo a OMS, esse índice, em 2011, chegou a aproximadamente 53,7%, atingindo a maior taxa do mundo, como mostrado no gráfico abaixo (UNA-SUS, 2015).

Gráfico 2: Ilustração de dados da pesquisa: Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesárias, 2011.



Fonte: Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesárias, 2011.

Isso se dá pelo fato de grande parte dessas cesáreas ser realizada de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem essa via de parto e pela falta de informações passadas às gestantes. A cesariana é indicada quando as circunstâncias fisiológicas colocam em risco a vida da mãe e do feto; sendo essa indicação relativa e individual, tal recomendação deve acontecer em casos de: placenta prévia/acreta/vasa prévia; duas ou mais cesáreas anteriores; apresentação pélvica/córmica; gemelaridade, primeiro gemelar não cefálico ou gestação monoamniótica; infecção por HIV; infecção por HSV; e macrossomia fetal (Paro; Catine, 2019). O parto é um processo que envolve vários fatores, no qual as escolhas das grávidas não estão ligadas apenas ao desenvolvimento da sua gestação, mas também ao grau de conhecimento dessa mulher e, principalmente, à grande influência do profissional de saúde que a atende. Diante disso, faz-se necessário um atendimento humanizado e qualificado, que se dá por meio de condutas acolhedoras e orientações apropriadas.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No que é pertinente à violência obstétrica durante consultas e procedimentos, 5 gestantes relataram que já foram mal atendidas. Quando indagadas se sabiam o que é a violência obstétrica, 13 negaram e 3 disseram saber. Quando abordadas sobre como se caracteriza a violência obstétrica, 15 não souberam responder e

apenas 1 respondeu. Quando interrogadas sobre quais fatores contribuem para essa violência, 15 não sabiam e 1 sabia, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Percepção das participantes sobre violência obstétrica do estudo no município de Gurupi-TO em 2021 (n=16).

Variáveis	Fa(N)	Fr	%
Situações vividas durante consulta o procedimento			
Agressão Verbal	0	0	0
Agressão Física	0	0	0
Não foi ouvida/atendida nas suas necessidades	0	0	0
Foi mal atendida	5	0,3125	31,25%
Outros	0	0	0
Conhecimento sobre VO			
Sabe	3	0,1875	18,75%
Não Sabe	13	0,8125	81,25%
Conhecimento sobre como se caracteriza a VO			
Sabe	1	0,0625	6,25%
Não Sabe	15	0,9375	93,75%
Conhecimento sobre quais fatores contribuem para VO			
Sabe	1	0,0625	6,25%
Não Sabe	15	0,9375	93,75%
Se sentiu desrespeitada, impotente ou fragilizada no atendimento			
Sim	4	0,25	25%
Não	12	0,75	75%

Fonte: Dados da pesquisa – elaboração própria (2021).

CONHECIMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é multifacetada, abarcada por significados, como pode ser constatado nas falas a seguir:

> Valéria: "Bom, já ouvi falar. Que é mais ou menos assim, tipo, negar atendimento, no pós-parto não deixar ver o neném, essas coisas."

> Juliana: "Sim! Inclusive já pesquisei bastante sobre isso, eu tô pra chegar na hora do parto com um papel (risos). É quando o médico ou enfermeiro nega atendimento, faz procedimentos sem meu consentimento."

> Ana: "Mais ou menos. Não ser bem atendida, mas não dá atenção, não dá atenção pra paciente direito."

> Juliana: "Eu acho que é a falta de respeito dos enfermeiros, do médico, a falta de sensibilidade [...] a má colaboração mesmo das pessoas, né, a má vontade."

Diante dos relatos, percebe-se que as participantes possuem uma grande carência de conhecimento sobre a VO e que, para a maioria, esse termo ainda é desconhecido, revelando, assim, como na pesquisa realizada por Oliveira, Elias e Oliveira (2020), que a maior parte das gestantes não recebeu qualquer aconselhamento sobre os meios de preservação da sua autonomia e direitos sexuais e reprodutivos durante o pré-natal, parto e puerpério. Essa violência é uma

realidade que deve ser combatida por meio de uma assistência de qualidade e colocando a gestante como protagonista no processo de cuidado, levando em consideração sua participação, dúvidas e queixas, sendo o profissional da saúde uma peça fundamental para que essas mulheres tenham conhecimento sobre seus direitos, leis e políticas públicas de saúde voltadas a elas.

VIVENCIANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A VO esteve presente entre as entrevistadas, como pode ser observado nas seguintes declarações:

> Jaqueline: "Fui mal atendida. Ah, eles num pergunta muita coisa, não fala muita coisa, é, não tenta, entendeu? Porque às vezes, pra escutar o coração do bebê, como eu sou mais, né, mais cheinha, é mais difícil, num tenta, não tem muita paciência. E a minha consulta sempre foi muito rápida."
>
> Juliana: "Não. Só queria que tivesse mais informações, acho muito rápido, né, as consultas. Assim, que nem a questão do parto, é a coisa que tenho mais medo e ainda não tive nenhuma orientação e nem como seria meu parto."
>
> Valéria: "Fui mal atendida. Bom, apesar que a estudante que tava lá errou tudo meu cálculo e assim ela errou quase tudo e também quase que fui embora sem nenhum resultado de exame nem nada. E ela só falava que tava ansiosa porque a outra doutora tava lá no consultório da outra médica."
>
> Maria: "Mal atendida. O médico do materno, quando tive aborto, mandou eu ir pra casa. É porque eu tava tendo sangramento, aí eu cheguei lá e o médico disse pra mim que era pra mim esperar, que no caso eu tava tipo tendo um aborto, ele não quis me dar nenhum medicamento e mandou eu ficar em casa esperando."
>
> Carine: "Fui mal atendida. Como eu já tive 2 abortos, eu sempre tenho medo, aí toda vez que vou, se eu sentir sangramento ou então muita dor forte, eu sempre procuro um médico, né. Aí eu fui e cheguei lá e o médico falou assim: ah, tem que vir quando tiver pra ganhar menino; se não for pra ganhar menino, nem precisa vir; quando tiver com o menino ganhando é que vem; isso aqui é só um materno, não é pra ser atendido qualquer outra coisa, vai na sua unidade de saúde."

Alusivo às práticas de violência obstétrica no pré-natal, o presente estudo apontou duas características de atos que configuram a violência obstétrica:

1. de caráter institucional, que, segundo Marques (2020), abrange ações que impeçam ou dificultem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, nas quais: 33,3% das gestantes se queixaram de serem mal atendidas; 66,6% afirmaram não ter sido orientadas sobre a gestação, parto e pós-parto; 80% desconhecem o que é a violência obstétrica; e 93,3% não sabem como ela se caracteriza e quais fatores contribuem para sua prática.
2. de caráter psicológico, que envolve ações verbais ou comportamentais que causam na mulher sentimentos de fragilidade, inferioridade e vulnerabilidade (MARQUES, 2020), nas quais: 25% das mulheres já se sentiram desrespeitadas, impotentes ou fragilizadas no atendimento.

A falta de informações também é entendida como violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das gestantes, afirmam Juárez et al. (2012, *apud* Rocha; Grisi, 2017), compreendendo-se, desta forma, que a equipe de saúde precisa orientar as mulheres sobre a violência obstétrica e deve realizar os encaminhamentos necessários. Mediante isso e levando em consideração os relatos das gestantes, evidenciou-se que algumas delas sofreram, sim, violência obstétrica durante o pré-natal, apontando que a experiência da dor e do sofrimento não se relaciona apenas à hora do parto, mas tem no pré-natal seu ponto de partida.

PERCEPÇÃO SOBRE OS ATENDIMENTOS NAS UBSs

Nesta categoria, as participantes expressaram seus sentimentos sobre o atendimento nas UBSs, conforme descrito abaixo:

> Juliana: "Sim. Não sei qual delas, mas tem uma ali que faz as coisas com má vontade, tipo mal-educada, mas eu já faço questão de nem falar com ela, eu já vou diretamente com as outras atendentes que são tranquilas, pra evitar, né [...] me tratou mal assim, sabe, mas eu também nem falei com ela, fui perguntar pra outra moça, ignorei ela, mas na triagem, no médico, tá tranquilo."
>
> Jaqueline: "Acho que sim! Sei lá, acho que porque as outras mulheres, não sei, pelo fato delas ser mais fácil de eles lidar com elas assim, entendeu, mais pelo atender, eles fazer o, escutar o coração do neném, sei lá, umas coisas assim [...] Eu tipo já me senti assim, tipo rejeitada desde o início das minhas consultas aqui, sabe. Eu até falei que eu não ia vir mais consultar..."
>
> Augusta: "O atendimento é bom."
>
> Raiane: "É bom."

O acolhimento é o aspecto essencial da humanização, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O acolhimento da gestante envolve desde a sua recepção na chegada à unidade de saúde até a visita domiciliar, sendo a equipe multiprofissional responsável por ela e pela escuta de suas queixas, permitindo-lhe expressar seus medos, dúvidas e angústias, garantindo sua atenção integral. Um bom acolhimento garante o vínculo e a confiança da gestante com a UBS, criando e fortalecendo um laço entre a mulher e o profissional da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser o propulsor do acolhimento, o pré-natal é um fator determinante para a detecção da violência obstétrica durante o ciclo gravídico-puerperal. Mostrando-se o oposto, diante dos dados coletados, relatos e experiências vividas pelas gestantes, o presente estudo revelou que, apesar de a maioria das participantes possuir características homogêneas em relação à condição social e ao grau de escolaridade, as mulheres negras gestantes do município ainda vivem uma violência obstétrica mascarada pelo atendimento escasso e ineficiente e pela falta de informação e orientações direcionadas à sua gestação.

Isso transforma o que era para ser um momento de troca de confiança entre a equipe de saúde e a usuária em um período marcado por sentimentos negativos

causados pela hierarquização do sistema. Evidencia-se também a necessidade de melhoria da assistência ofertada, pois houve relatos nos quais as participantes sentiram a necessidade de serem mais ouvidas e acolhidas em todos os aspectos e por todos os profissionais.

Conclui-se que essas mulheres necessitam de uma assistência pré-natal qualificada, humanizada e esclarecedora no que diz respeito aos seus direitos e aos aspectos físicos e psicológicos da gestação, sendo o enfermeiro o responsável por tais orientações, dado seu embasamento técnico e respaldo legal para prestar uma assistência digna e humana a essas gestantes.

Essas orientações contribuem para a diminuição dos casos de violência obstétrica, a partir de boas práticas de humanização, resguardando a saúde do binômio mãe-filho, e apontam a importância do preparo e da atuação da equipe multidisciplinar em situações como as relatadas.

Diante do exposto, percebe-se que o Brasil não possui uma legislação federal específica que tipifique essa violência, o que levanta a necessidade de instituir políticas públicas voltadas à redução das iniquidades praticadas contra as mulheres negras, principalmente na área da saúde, na qual é necessário repensar estratégias para minimizar esse tipo de prática e resgatar a humanização e o olhar holístico sobre cada gestante.

Cabe destacar que, apesar da importância da temática, poucos estudos tratam da violência obstétrica na população em questão, revelando a necessidade de se ampliar o incentivo a pesquisas e trabalhos nessa área, aprofundando a relação da cor com outras medidas de adequação do pré-natal, parto e pós-parto, a compreensão dos mecanismos de discriminação no ciclo gravídico-puerperal e a identificação das lacunas de conhecimento sobre a temática estudada, a fim de se garantir a equidade de atendimento entre as mulheres, independentemente da cor de sua pele, tendo em vista a transformação dessa realidade.

NOTA

[1] Prontuários médicos disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde com autorização das pacientes para comprovação de dados necessários para a pesquisa.

The impact of obstetric racism on prenatal care in primary healthcare units of a municipality in southern Tocantins state

ABSTRACT

Currently, studies point out that the health-disease process of Black women is directly affected by the impact of obstetric racism. This research aims to identify the experience of Black women in prenatal care regarding unsupportive or non-inclusive practices and their understanding of obstetric violence (OV) in Primary Healthcare Units (UBSs) in a municipality in Southern Tocantins State. Given this context, the following question arose: does skin color affect the care provided to Black women in prenatal care, characterizing OV? This is a qualitative-quantitative study, in which data were collected through semi-structured interviews using individual questionnaires, revealing that Black pregnant women in the municipality were subjected to non-inclusive practices that characterize OV. Based on the participants' accounts, it was concluded that OV in prenatal care is masked, pointing to this care as the starting point of the problem and highlighting the need to rethink strategies to change this scenario.

KEYWORDS: Violence against women. Prenatal care. Racism. Obstetric violence.

El impacto del racismo obstétrico en la atención prenatal de las unidades básicas de salud de un municipio del sur del estado de Tocantins

RESUMÉN

Actualmente, los estudios señalan que el proceso salud-enfermedad de las mujeres negras se ve directamente afectado por el impacto del racismo obstétrico. La presente investigación tiene como objetivo identificar la experiencia de la mujer negra en el control prenatal, en lo que respecta a prácticas no acogedoras e inclusivas y su comprensión sobre la violencia obstétrica (VO) en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio del sur del estado de Tocantins. Ante esto, surgió la pregunta: ¿afecta el color de la piel la atención de las mujeres negras en el control prenatal, caracterizando una VO? Se trata de una investigación cuali-cuantitativa, en la que los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas con un cuestionario individual, constatando que las gestantes negras del municipio fueron sometidas a prácticas no inclusivas que caracterizan la VO. Se concluyó, a partir de los relatos de las participantes, que la VO en la atención prenatal está enmascarada, señalando esta atención como el punto de partida de este problema y evidenciando la necesidad de replantear estrategias para cambiar este escenario.

PALABRAS CLAVE: Violencia contra la mujer. Atención prenatal. Racismo. Violencia obstétrica.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil, 2016. Disponível em: https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 5 nov. 2020.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19. Acesso em: 7 out. 2020.

FONSECA, Sandra Costa; KALE, Pauline Lorena; SILVA, Katia Silveira. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000200209&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 nov. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. *In*: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/. Acesso em: 11 mar. 2021.

LEAL, Maria do Carmo *et al*. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf. Acesso em: 6 ago. 2020.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Correia da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013. Acesso em: 19 mar. 2021.

MARQUES, Bruna Leticia *et al*. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200098, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100211&tlng=pt. Acesso em: 15 maio 2021.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 110-125, 2020. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585. Acesso em: 14 maio 2021.

OLIVEIRA, Mariana Roma Ribeiro de; ELIAS, Elayne Arantes; OLIVEIRA, Sara Ribeiro de. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 14, e243996, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996/35217. Acesso em: 14 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa**: 16 dias de movimento pelo fim da violência contra as mulheres. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2014. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4734. Acesso em: 5 nov. 2020.

PARO, Helena Borges Martins da Silva; CATANI, Renata Rodrigues. **Indicações de cesárea**: protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia: EDUFU, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25310/1/Indicac%CC%A7o%CC%83es%20de%20cesarea_HCU_UFU.pdf. Acesso em: 30 maio 2023.

PENNA, Lucia Helena Garcia; GUEDES, Claudia Rosane. Violência institucional no atendimento pré-natal: percepção de gestantes negras. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, 2., 2010, Recife. **Anais** [...]. Recife: Editora da Revista Brasileira de Enfermagem, 2010. p. 535-538. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id40r0.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.

RODRIGUES, Quessia Paz. **Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2009/MULHER%202009/DISSER_PGENF_243%20Quessia%20Rodrigues.pdf. Acesso em: 19 mar. 2021.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2020.

UNA-SUS. **Declaração da OMS sobre taxas de cesárea**. São Paulo: Ascom SE/UNA-SUS, 2015. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas. Acesso em: 6 jun. 2021.

Recebido: 02/09/2021.
Aprovado: 10/06/2023.
DOI: 10.3895/cgt.v18n50/51.14694.
Como citar: CARVALHO, Sara Farias; MAGALHÃES, Claudia Christina Ribeiro Guimarães Neri de. O impacto do racismo obstétrico na assistência pré-natal das unidas básicas de saúde de um município do sul do estado do Tocantins. **Cad. Gên. Tecnol.**, Curitiba, v. 17, n. 48/49. Disponível em: https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt. Acesso em: 20 mai. 2026.
Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.