



PREVALÊNCIA DE DISPARIDADES RACIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E NO PARTO NO BRASIL NO PERÍODO ENTRE 2007 E 2018

PREVALENCE OF RACIAL DISPARITIES IN PRENATAL CARE AND CHILDBIRTH IN BRAZIL IN THE PERIOD BETWEEN 2007 AND 2018

PREVALENCIA DE LAS DISPARIDADES RACIALES EN LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO EN BRASIL EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 2007 Y 2018

Ana Cecília Oliveira Costa ¹
Keila Cristina Mascarello ²

Manuscrito recebido em: 10 de junho de 2022.

Aprovado em: 24 de outubro de 2022.

Publicado em: 23 de dezembro de 2022.

Resumo

Objetivo: Avaliar a disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no Brasil no período entre 2007 e 2018. **Metodologia:** Realizou-se um estudo quantitativo, analítico, de dados secundários provenientes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Brasil, no período de 2007 a 2018. Os dados foram obtidos através do sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e organizados no programa Excel for Windows, analisados no programa estatístico STATA 13.0. Foram calculadas as prevalências de adequação do pré-natal, tipo de parto, Apgar no 1º minuto de vida e peso ao nascer e calculado de acordo com a raça/cor. As prevalências de acordo com a raça/cor foram calculadas por todo território brasileiro. **Resultados:** Os resultados mostraram que existe diferença significativa entre mulheres brancas e negras para os desfechos: adequação do pré-natal, número de consultas pré-natal, cor/raça, Apgar no 1º minuto de vida e peso ao nascer. Percebe-se que mulheres negras apresentam piores indicadores relacionados a saúde na gestação, parto e puerpério. Expondo a disparidades na assistência prestada as mulheres negras no Brasil quando comparadas as brancas. **Conclusão:** O presente estudo foi capaz de apontar que ainda que com melhores índices no decorrer dos anos, a população negra continuou com piores desfechos quando comparadas a brancas. Indicando o resultado do racismo e de toda sua estruturação no Brasil.

Palavras-chave: Disparidades em saúde; Raça e Saúde; Prevalência; Estudos transversais; Assistência pré-natal.

Abstract

Objective: To assess racial disparities in prenatal care and childbirth in Brazil in the period between 2007 and 2018. **Methodology:** Conducted a quantitative, analytical study of secondary data from the Information System on Live Births (SINASC) of Brazil, in the period from 2007 to 2018. The data were obtained through the electronic site of the Department of Informatics of the SUS (DATASUS) and organized in the Excel for Windows program, analyzed

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9663-7070> E-mail: anacecilia_enf@hotmail.com

² Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professora na Universidade Federal do Espírito Santo.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4567-487X> E-mail: keilamascarello@gmail.com



in the statistical program STATA 13.0. The prevalences of prenatal adequacy, type of delivery, Apgar score in the 1st minute of life, and birth weight were calculated and calculated according to race/color. The prevalences according to race/color were calculated for the whole Brazilian territory. **Results:** The results showed that there is significant difference between white and black women for the outcomes: adequacy of prenatal care, number of prenatal visits, color/race, Apgar in the 1st minute of life and birth weight. It is perceived that black women have worse indicators related to health during pregnancy, delivery, and puerperium. This exposes the disparities in the assistance provided to black women in Brazil when compared to white women. **Conclusion:** This study was able to point out that even with better rates over the years, the black population continued to have worse outcomes when compared to whites. Indicating the result of racism and all its structuring in Brazil.

Keywords: Health disparities; Race and Health; Prevalence; Cross-sectional studies; Prenatal care.

Resumen

Objetivo: Evaluar las disparidades raciales en la atención prenatal y el parto en Brasil en el período comprendido entre 2007 y 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, analítico, de datos secundarios provenientes del Sistema de Información sobre Nacimientos Vivos (SINASC) de Brasil, en el período de 2007 a 2018. Los datos fueron obtenidos a través de la sede electrónica del Departamento de Informática del SUS (DATASUS) y organizados en el programa Excel para Windows, analizados en el programa estadístico STATA 13.0. Se calcularon las prevalencias de la adecuación prenatal, el tipo de parto, la puntuación de Apgar en el primer minuto de vida y el peso al nacer y se calcularon según la raza/color. Las prevalencias según la raza/color se calcularon para todo el territorio brasileño. **Resultados:** Los resultados mostraron que existe una diferencia significativa entre las mujeres blancas y las negras en los resultados: adecuación de la atención prenatal, número de consultas prenatales, color/raza, Apgar en el primer minuto de vida y peso al nacer. Se percibe que las mujeres negras presentan mayores indicadores relacionados con la salud en la gestación, el parto y el puerperio. Exponer las disparidades en la asistencia prestada a las mujeres negras en Brasil en comparación con las blancas. **Conclusión:** Este estudio pudo señalar que incluso con mejores tasas a lo largo de los años, la población negra siguió teniendo peores resultados en comparación con los blancos. Indicando el resultado del racismo y toda su estructuración en Brasil.

Palabras clave: Disparidades en salud; Raza y Salud; Prevalencia; Estudios transversales; Asistencia prenatal

INTRODUÇÃO

As relações raciais afetam os indivíduos diretamente, pois estão enraizadas na vida social dos grupos e em suas classes. Ao prejudicar a capacidade de pessoas negras serem introduzidas dentro da sociedade brasileira, as disparidades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, reduzindo, a capacidade de inclusão da população negra^{1,2}.



As violências estruturais sofridas pela população negra, seja por leis ou pelo processo de escravidão, preteriram essa população com resultados diretos na condição de sujeição na sociedade brasileira. Repercutindo em exclusões sociais, marcadas pelo preconceito e racismo; exclusões econômicas, essa população se inclui em maior índice de pobreza, menor escolaridade e possuem menor acesso a serviços e bens públicos que essa população vivencia até os tempos atuais³.

Fatores raciais interferem diretamente na obtenção e na utilização de serviços de saúde, com maior risco de utilização e acesso inadequados para pessoas pardas e pretas⁴. Embora não seja o único fator responsável para uma vida saudável e de qualidade, o acesso e a utilização dos serviços de saúde é uma condição importante para a manutenção de um bom estado de saúde e para seu reestabelecimento.

Iniciar o pré-natal precocemente, assim como ser conduzido de forma adequada, é significativo na garantia da saúde e redução da morbidade e mortalidade da mãe e do feto⁵⁻⁸.

Programas governamentais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2000, reforçaram a cobertura do pré-natal no Brasil, com objetivo de aprimorar o acesso, a qualidade e a cobertura do acompanhamento pré-natal, o parto, a assistência ao pós-parto e ao recém-nascido^{9,10}.

Segundo esse programa, um pré-natal adequado deve começar até o quarto mês de gestação, composto por no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de urina e de sangue. O governo brasileiro, adicionalmente a esse plano, lançou em 2011 o programa Rede Cegonha com o intuito de melhorar o acesso e a condição da assistência para as gestantes, diminuindo a mortalidade materna, principalmente nas regiões nordeste e norte¹¹⁻¹³.

No mês de abril de 2022, ocorreu o desmonte da Rede Cegonha com a Portaria MS 715/2022. O Ministério da Saúde ignorou dispositivos legais, evidências científicas e apelos ao diálogo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras instâncias de controle social, ao instituir unilateralmente a Rede Materno e Infantil (RAMI), que dá ênfase à atuação do médico obstetra sem contemplar a assistência às crianças e excluindo as enfermeiras obstétricas.



A assistência ao pré-natal abrange ações de educação em saúde, reconhecimento de agravos, prevenção e tratamento de complicações e riscos, implicando no planejamento e estruturamento para a garantia do acesso e continuidade do cuidado com integralidades satisfatória na atenção, buscando gerar saúde da mãe e da criança^{14,15}.

Estudos apontam que um pré-natal de boa qualidade se associa a redução de desfechos perinatais negativos, como prematuridade e baixo-peso, e também é capaz de diminuir as chances de complicações obstétricas, como diabetes gestacionais, eclampsia e mortes maternas^{16,17}.

Os municípios brasileiros são os responsáveis por organizar a rede de atenção primária a saúde na execução do pré-natal. Ela se entende como a entrada do sistema de atenção a gestante e compreende papel importante no cuidado integral entre mãe e filho, gerando melhores resultados de nascimento¹⁸.

Observou-se no Brasil um aumento na cobertura da atenção pré-natal nos últimos anos^{19,20}, associado a implementações de ações com objetivo da integralidade da assistência, projetos a partir de diferentes programas nacionais no período de 1984 a 2011. Ainda que com isso, os desafios permanecem com um nível alto de inadequações das ações, deixando em risco a saúde materno-infantil¹⁹.

Mesmo quando conseguem coberturas universais de pré-natal e cuidado hospitalar ao parto, pesquisas apontam falhas e erros na assistência prestada, colaborando para resultados negativos referentes a saúde da mãe e também do recém-nascido. As taxas de mortalidade materna são maiores em minorias étnico-raciais, sendo no Brasil duas vezes e meia maior em mulheres pretas que em brancas⁴.

Todas essas vulnerabilidades afetam pessoas negras diretamente, gerando exclusão e preconceito, se tornando marcadores para determinantes sociais da saúde. Esses determinantes sociais criam a necessidade de aumentar o foco em estudos pautados em avaliar a dimensão étnico-racial na em saúde, para fazer apontamentos em como o contexto histórico tem associação as vivencias em condições de marginalidade e vulnerabilidade que a população negra do Brasil sofre desde o período da abolição da escravatura até os tempos atuais²¹⁻²⁴.



As mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica, que mais peregrinam na hora do parto, esperam mais tempo por atendimento, tem a consulta com menor duração, subordinadas a procedimentos sem analgesia e dolorosos, correm maior risco de uma morte materna. Aproximadamente 60% dos casos de morte materna são de mulheres negras. Sendo uma morte considerada evitável em 90% dos casos com atendimento adequado²⁵.

Mulheres negras estão mais susceptíveis a sofrer com uma assistência despreparada, receberem menos atenção e se tornarem vítimas de violência obstétrica, afirmando assim, a existência dessa desigualdade racial²⁶. Este apontamento traz reforço ao fato de que a luta contra o racismo na assistência obstétrica ainda não é vista como uma prioridade a ser tratada, apesar das informações ressaltarem a ineficiência na saúde sofrida por mulheres negras durante anos²⁶.

As iniquidades raciais no processo de atenção a gestação e ao parto contribuem para as iniquidades nos indicadores finais da saúde. É de extrema importância a ampliação do debate, com o intuito de identificação e enfrentamento das práticas que resultam nessa desigualdade, passando por medidas educativas voltadas para o profissional da saúde⁴.

No pré-natal, parto e pós-parto a mulher necessita do apoio dos profissionais e de um serviço de saúde apto, e que além de tudo, estejam envolvidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos. O parto e o nascimento de um filho são acontecimentos marcantes na vida de uma mulher, mas, infelizmente são marcados como uma experiência traumática na qual a mulher se sente violada, desrespeitada e violentada justamente pelas pessoas que deveriam lhe prestar assistência. A dor do parto no Brasil por diversas vezes é relatada como uma dor de solidão, de humilhação e de agressão, com práticas institucionais e dos profissionais que criam e reforçam na mulher um sentimento incapaz, inadequado e impotente também para seus corpos²⁷.

Este estudo poderá contribuir para a criação de melhorias nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com políticas voltadas para redução das iniquidades que poderão ser apontadas, com foco em uma assistência à saúde mais igualitária no Brasil.



Este trabalho teve como objetivo avaliar as disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no Brasil no período entre 2007 e 2018.

METODOLOGIA

A população foi composta por todas as mulheres que deram à luz a um filho vivo no período do estudo e a variável analisada foram: Adequação do pré-natal, número de consultas pré-natal, cor/raça, Apgar no 1º minuto de vida e peso ao nascer.

Os dados foram obtidos através do sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e organizados no programa Excel for Windows, posteriormente foram analisados no programa estatístico STATA 13.0. Foram calculadas prevalências de adequação do pré-natal (medido pelo número de consultas e data do início do pré-natal), tipo de parto, Apgar no 1º minuto de vida e peso ao nascer e posteriormente calculado de acordo com a raça/cor da mulher, com realização do teste qui-quadrado de Pearson para avaliação de diferenças estatisticamente significativas. As prevalências de acordo com a raça/cor foram calculadas para todo território brasileiro, inclusive por regiões. O cálculo das prevalências foi feito a partir do número de mulheres por raça/cor em cada variável dividido pelo número total de mulheres, por cada região e ano.

- Tipo de Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo e analítico, de dados secundários provenientes do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Brasil, no período de 2007 a 2018 (12 anos). O SINASC reúne informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.

- Cenário do Estudo



A área de estudo foi todo o território brasileiro, que possui uma área de 8.510.345,540 km². Conta com uma população estimada em 2021 de 212,7 milhões de pessoas (IBGE, 2022).

- Plano de Análise de Dados

Nessa parte estão apresentadas as metas alcançadas, traçadas inicialmente para este estudo. Logo, a análise divide-se nas seguintes etapas, sendo expostas de acordo com a subdivisão contida nessa repartição.

- Etapa I: Perfil dos Casos e Prevalência

Nesta etapa começa o início da avaliação do perfil dos casos notificados. As variáveis de interesse dessa fase foram coletadas através dos Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, utilizando os registros de adequação do pré-natal, número de consultas pré-natal, cor/raça, Apgar no 1º minuto de vida e peso ao nascer. O cálculo de prevalência foi feito para avaliar a os índices de cada variável, por raça/cor e regiões do Brasil.

- Aspectos Éticos

Como os dados coletados são de domínio público, cujo acesso não tem restrição esta pesquisa está dispensada da apreciação de comitê de ética e pesquisa.

RESULTADOS

Todas as características do nascimento analisadas se associaram à raça/cor. Os percentuais mostram que a qualidade da assistência e indicadores maternos e neonatais melhoraram nos últimos anos, exceto para índice de baixo peso ao nascer e via de parto cesárea onde houve aumento. Apesar da melhoria em todas as raças/cores, percebe-se que mulheres pretas e pardas apresentam piores



indicadores relacionados a saúde na gestação, parto e puerpério. Em 2007 as mulheres pretas possuíram um maior índice em filhos com baixo peso (<2500g) e via de parto vaginal. Enquanto referente ao índice de pré-natal adequado, número de consultas do pré-natal e apgar no 1º minuto de vida maior ou igual à oito, as mulheres brancas apresentam um percentual maior comparado as pretas e pardas (Tabela 1).

A Figura 1 apresenta o percentual de filhos com baixo peso (<2500g), mostrando que mulheres pretas tiveram uma porcentagem maior comparada a mulheres brancas. Em 2007 esse índice de baixo peso para mulheres pretas e pardas eram de respectivamente 9,15% e 8,03% e para mulheres brancas 8,10%. Em 2018 não houve melhora, esse percentual aumentou em todas as raças/cores, mas ainda assim mulheres pretas e pardas (9,92 %), tiveram os percentuais maior que os de mulheres brancas (8,61%). Assim como na Figura 2, é apontado que em comparação aos anos de 2007 mulheres pretas tiveram um maior número de partos vaginais em comparação a mulheres brancas, sendo em 2007 o índice de parto vaginal para pretas de 63,71% e para pardas 63,87%, enquanto neste mesmo ano para mulheres brancas esse percentual era de 42,28%, embora o número entre mulheres pretas pode ser entendido como um recorte racial, apontando as disparidades para a assistência prestada a esse grupo de mulheres, expondo-as a maior tempo de dor e a não analgésica quando desejado. Já em 2018, ocorreu uma queda nesses percentuais, porém ainda prevalecendo o maior número para pretas (51,07%) e pardas (49,05%), ao mesmo tempo que em brancas o percentual era de 33,78%.

Ao se referir a adequação ao pré-natal em 2018, mulheres brancas (79,95%) possuem um percentual maior que mulheres pretas (65,31%) e mulheres pardas (64,87%) quando se aponta a variável de adequado ou mais que adequado. Da mesma forma que quando se relaciona ao número de consultas pré-natal no ano de 2007 mulheres pretas tiveram 49,52% e pardas 42,17% tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal. Em 2018, houve uma melhora em relação a esse percentual, quando 67,37% das mulheres pretas e 65,71% das mulheres pardas tiveram o número mínimo de consultas recomendadas, entretanto esse percentual fica abaixo do percentual de número de consultas de pré-natal comparado ao de mulheres brancas, que em 2007 tiveram 70,80% e em 2018, 80,80% (Figura 3).



Na Figura 4 é apresentado as prevalências de índice de Apgar maior ou igual a 8 no primeiro minuto, em que se observa prevalências de 88,60% nas mulheres brancas, 85,07% nas mulheres pretas e 86,21% nas mulheres pardas.

Tabela 1: Características relacionadas à gestação, parto e nascimento, para os anos de 2007, 2013 e 2018 por cor da pele

| Desfecho | 2007 | 2013 | 2018 | p-valor* |
|---|-------|-------|-------|----------|
| Baixo peso (%) | | | | |
| Pretas | 9.15 | 9.85 | 9.92 | <0,001 |
| Pardas | 8.03 | 8.30 | 8.29 | |
| Branças | 8.10 | 8.60 | 8.61 | |
| Parto vaginal (%) | | | | |
| Pretas | 63.71 | 50.33 | 51.07 | <0,001 |
| Pardas | 63.87 | 49.95 | 49.05 | |
| Branças | 42.28 | 31.66 | 33.78 | |
| Pré natal adequado e mais que adequado (%)** | | | | |
| Pretas | . | . | 65.31 | <0,001 |
| Pardas | . | . | 64.87 | |
| Branças | . | . | 79.95 | |
| 7 ou mais consultas de pré-natal (%) | | | | |
| Pretas | 49.52 | 56.86 | 67.37 | <0,001 |
| Pardas | 42.17 | 55.20 | 65.71 | |
| Branças | 70.80 | 75.33 | 80.80 | |
| Apgar 1º min \geq8 (%) | | | | |
| Pretas | 77.77 | 82.53 | 85.07 | <0,001 |
| Pardas | 76.48 | 83.11 | 86.21 | |
| Branças | 82.60 | 87.44 | 88.60 | |

* Teste qui-quadrado

**Informação disponibilizada a partir de 2014

Figura 1: Gráfico referente ao percentual de baixo peso ao nascer em filhos de mães pretas, pardas e brancas.

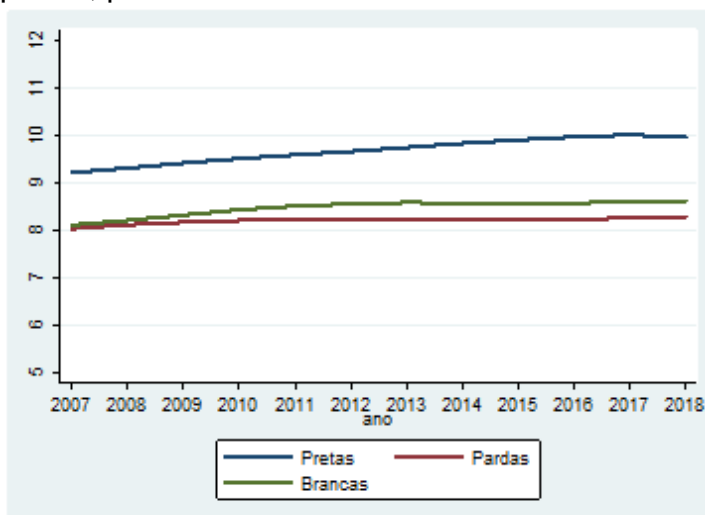




Figura 2: Gráfico referente ao percentual de parto vaginal em pretas, pardas e brancas.

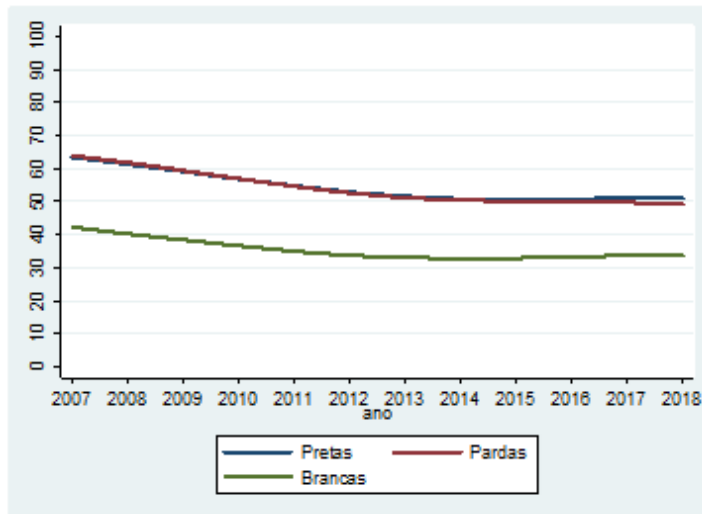


Figura 3: Gráfico referente ao percentual de pré-natal adequado e mais que adequado em pretas, pardas e brancas e Gráfico referente ao percentual de 7 ou mais consultas pré-natal em pretas, pardas e brancas.

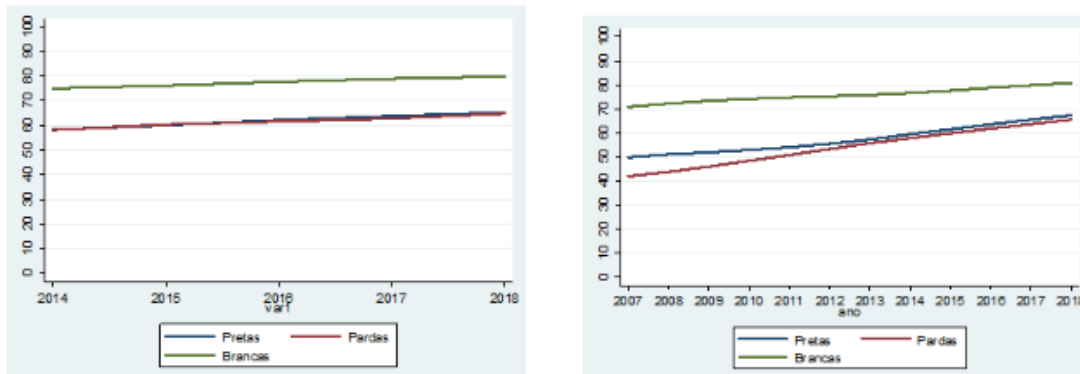
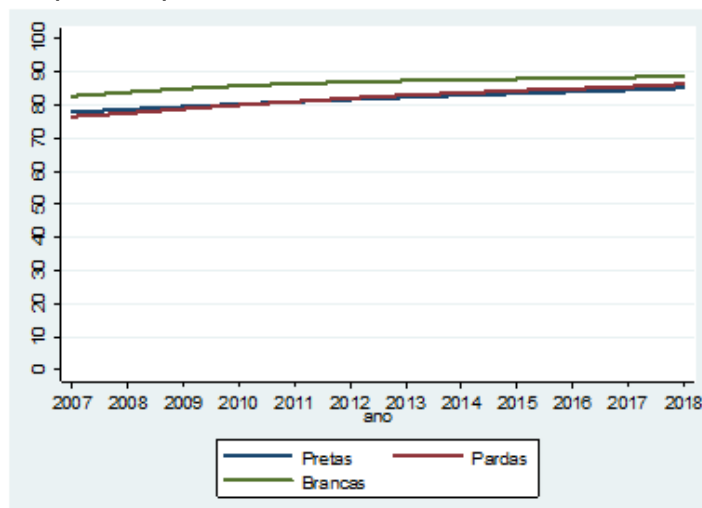


Figura 4: Gráfico referente ao percentual de apgar no 1º minuto de vida maior que 8 em pretas, pardas e brancas.





DISCUSSÃO

As variáveis escolhidas para a análise da pesquisa se associaram à raça/cor. Ao serem comparadas nota-se um pior indicador de atenção pré-natal e parto para mulheres pretas e pardas, em relação às brancas. Mulheres pretas e pardas possuem um maior número de percentuais em nascimento de filhos com baixo peso (<2500g) e maior índice de parto vaginal; com o passar dos anos esses desfechos não apresentaram melhora em nenhum dos grupos de raça/cor, tendo um aumento em todos, mas ainda assim o grupo de mulheres brancas prevalece abaixo do grupo de mulheres pretas e pardas. Em relação a adequação ao pré-natal e a quantidade de consultas, mulheres brancas seguem com melhores índices, ainda que esses percentuais tenham evoluído para todos os grupos com o passar dos anos, mulheres pretas e pardas continuam com prevalência abaixo do que as mulheres brancas. O mesmo acontece quando analisado a variável de apgar no 1º minuto de vida maior ou igual à oito.

Mulheres pretas e pardas apresentam piores indicadores de atenção pré-natal e parto. Sinalizando uma evidência preocupante e agressiva a respeito de iniquidades de raça/cor em mulheres brasileiras. Ainda que a população e os níveis de dificuldades diverjam, há indícios de desigualdade nessa assistência ao pré-natal e parto para outros países cujos sistemas de registro de estatísticas vitais e de uso de serviços de saúde incluem dados sobre pertencimento étnico-racial⁴.

A ideia do mito da democracia racial no Brasil resulta na falta de consciência em relação a discriminação racial²⁹. Considera-se racismo com uma união de ideologias, conceitos e pensamentos presentes na sociedade que aplicam subalternidade natural a certos grupos étnicos e opera como motivo da dessemelhança que gera condições escassas de existência na população vitimada³⁰.

O racismo praticado por mais de três séculos e ainda atualmente, afeta diretamente na proteção ao acesso dos serviços públicos de saúde, fator que ajuda na desumanização da atenção gerada a esta coletividade populacional na saúde³¹.



As violências estruturais sofridas pela população negra, seja por leis ou pelo processo de escravidão, preteriram essa população com resultados diretos na condição de sujeição na sociedade brasileira. Repercutindo em exclusões sociais, marcadas pelo preconceito e racismo; exclusões econômicas, onde essa população se inclui em maior índice de pobreza, menor escolaridade e possuem menor acesso a serviços e bens públicos que essa população vivencia até os tempos atuais³.

É provável que a questão étnico racial esteja diretamente ligada a esses resultados, apontando que isso repercute na assistência prestada ao pré-natal e parto, no cuidado ou na falta dele, refletindo na forma que essas mulheres são acolhidas dentro do sistema de saúde. As relações raciais afetam os indivíduos diretamente, pois estão enraizadas na vida social dos grupos e em suas classes. Ao prejudicar a capacidade de pessoas negras serem introduzidas dentro da sociedade brasileira, as disparidades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, reduzindo, a capacidade de inclusão da população negra¹⁻².

Baseado na perspectiva étnico-racial da saúde das mulheres negras, é possível entender como o racismo pode ser entendido como um fator social e pode interferir diretamente no processo saúde-doença. A população negra se torna mais vulnerável por conta da forma que as relações raciais estão implantadas no Brasil, dificultando inclusive o acesso desta população aos serviços de saúde³. Pesquisas apontam falhas e erros na assistência prestada, mesmo quando mulheres negras conseguem cobertura universais de pré-natal e cuidado hospitalar ao parto, o que colabora para resultados negativos referente a saúde do recém-nascido e da mãe. As taxas de mortalidade materna são maiores em minorias étnico-raciais, sendo no Brasil duas vezes e meia maior em mulheres pretas que em brancas⁴.

Ao se tratar de violência obstétrica mulheres negras são as que mais sofrem, com peregrinação na hora do parto, maior espera por atendimento, possuem consultas com menor duração, correm maior risco de cor materna e são submetidas a procedimentos dolorosos e sem analgesia. Cerca de 60% dos casos de morte materna são de mulheres negras, 90% dessas mortes são consideradas evitável com atendimento adequado²⁵.



Entende-se que uma das possíveis causas para essa diferenciação do tratamento tenha total relação com a o reflexo da escravidão no país, onde a população negra acabou por sofrer uma segregação que perpetua até os dias atuais. Fazendo parte de um grupo de vulnerabilidade, sujeito a sofrer com exclusões sociais, – marcadas pelo preconceito e racismo – e econômicas – perceptíveis pela pobreza, pela menor escolaridade e pela dificuldade no acesso a serviços e bens públicos – que essa população viveu e ainda vive no Brasil³.

A busca por um parto respeitoso e digno faz com que mulheres procurem por estratégias para que isso ocorra da melhor forma. Conforme apontado por Oliveira³², as mulheres buscam maneiras para serem atendidas, para compensar privações ocasionadas pela sociedade sinalizada pela disparidade³²⁻³³.

Nos locais especializados para assistência ao parto de risco habitual e administrados por enfermeiras obstétricas, como os Centros de Partos Normais, as mulheres contêm maiores possibilidades do uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, o uso de práticas não agressivas de cuidados durante o trabalho de parto e maior contato pele a pele entre recém-nascidos e a mãe durante a primeira hora de vida. Partos que tiveram assistência de enfermeiras obstétricas costumam sofrer um menor índice de intervenções desnecessárias, diminuindo os prejuízos a saúde das mulheres e seus bebês. A partir disso, hospitais passam a optar pela inclusão dessas profissionais, visando um parto humanizado e acolher para essas mulheres³⁴⁻³⁶.

As vantagens do parto natural é que quando as mulheres entram em trabalho de parto sem intervenções ocorrem menos complicações do que partos induzidos ou cesáreas, resultando em menos distocias funcionais e hemorragias, os bebês dessas mulheres nascem com maior tempo gestacional, diminuindo os distúrbios respiratórios ou metabólicos e menor número de internações em cuidados intensos, por serem fisiologicamente mais maduros³⁷. Em correlação, entrar em trabalho de parto também se associa em sofrer violência obstétrica e ficar desamparadas³⁸.

Segundo Corbett³³, é necessário que mulheres possuam uma rede de apoio, para se sentirem amparadas e seguras. A presença da doula, do(a) companheiro(a) e um profissional humanizado contribui na defesa de atendimento e informações adequadas, colaborando para o desenvolvimento do gestar e parir com autonomia.



Apesar de nos últimos anos tenha acontecido uma diminuição nas desigualdades raciais, diferenças no acesso de qualidade na assistência oferecida as mulheres negras ainda ocorrem. Indicando a necessidade de que gestores e profissionais de saúde aprimorem formas de garantir a equidade no cuidado³⁹.

Para que ocorra melhorias acerca disso, torna-se necessário que ações sociais referentes ao direito a saúde em todas as proporções sejam adotadas e garantidas para que ocorra a redução e erradicação dessa vulnerabilidade na Saúde Pública e coletiva. Por meio de implementações de políticas públicas que visam a aniquilação dessas desigualdades apresentadas. É de suma importância que essas desigualdades sejam superadas, para que através disso a integralidade e a equidade no tratamento aconteçam.

Deve-se entender que raça/cor também seja visto como uma variável social que carrega resquícios históricos e culturais, sendo determinante na falta de igualdade em saúde dentro destes grupos. Acreditava-se que fatores de raça não fizessem diferença, quanto as situações econômicas. Atualmente o tema “raça” tem sido apontado diversas vezes em pesquisas e análises, obtendo resultados significativos, atestando diferenças entre grupos étnicos e abrindo caminho para que situações de discriminação e preconceito sejam identificados³.

Concorda-se que esses determinantes nas desigualdades não estão sob o controle de mudança, pois é algo que está imposto na sociedade e não há como corrigir de forma isolado, porém é necessário o entendimento dessa diferenciação nessa assistência da saúde para que este quadro seja modificado, sendo utilizado como uma ferramenta para a inclusão da equidade racial na atenção à saúde. Essa conscientização tem um propósito de identificar e enfrentar práticas que potencializam as iniquidades apontadas, passando por medidas educativas voltadas aos profissionais de saúde⁴.

Este apontamento nas iniquidades serve de alerta para um olhar mais rigoroso para a questão étnico racial, para que a partir daqui esses números não permaneçam estabilizados, e sim ocorra uma melhoria no atendimento e acolhimento a esse grupo de mulheres violados. Servindo de alerta para o poder público e para a sociedade, para que tenham interferências de políticas públicas no determinante de qualidade de vida, determinação social e maior acesso à educação e medidas de prevenção.



CONCLUSÃO

Os percentuais analisados e obtidos se associaram a raça/cor, apontando que a assistência e os indicadores maternos e neonatais melhoraram a qualidade. Com exceção para índice de via de parto cesárea e baixo peso ao nascer. Percebe-se que mesmo com melhorias em todas as raças/cores, mulheres pretas e pardas ainda possuem piores indicadores quando se refere a saúde na gestação, parto e puerpério.

O presente estudo foi capaz de apontar que ainda que com melhores índices no decorrer dos anos, a população negra continuou com piores desfechos quando comparadas a brancas. Indicando o resultado do racismo e de toda sua estruturação no Brasil. Demonstrando que mulheres negras estão suscetíveis a passar por situações de maior descaso no âmbito da assistência pré-natal e parto, correndo riscos de piores desfechos materno-infantil.

A mudança no cenário a assistência ao parto no Brasil para a população negra, precisa ter um destaque nas instituições, com intuito de entendimento dos profissionais em como esse fator gera consequências por um longo período na vida dessas mulheres. A capacitação de profissionais para formar uma rede de apoio, uma melhor assistência com respeito e dignidade, promovendo a partir dessa ação qualidade para mulheres que já sofrem com o preconceito em todos os ambientes que passam.

O momento do parto na vida dessa população precisa ser a melhor experiência possível, evitando a criação de mais um trauma. Todos os seus direitos e suas vontades precisam ser respeitados segundo o que a Constituição Brasileira transcreve. A partir dessa alteração é possível construir no Brasil e alterar a imagem na assistência ao parto, compactuando com a diminuição e possivelmente a exterminação das violências e das desigualdades sofridas por essa população a tantos anos no Brasil.

Buscar entender as disparidades na assistência à saúde da população negra no Brasil e de suma importância para identificar a raiz do problema, compreender a forma que o racismo afeta há anos no viver dessa população. Analisar e apontar esse problema é necessário para que se torne de conhecimento público e a partir desse entendimento soluções sejam buscadas. Desta maneira, estudos que dão voz e buscam aniquilar o racismo na saúde e na sociedade são necessários atualmente.



REFERÊNCIAS

1. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2002, v. 18 supl., p. 57-65. [Citado em 2020 nov. 08]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700007&script=sci_abstract&tlng=pt
2. Ianni O. Dialética das relações raciais. Estudos avançados, [internet] São Paulo, v. 18, n.50, abr. 2004. [Citado em 2020 nov. 12]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100003
3. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. Ciência & Saúde Coletiva, [internet] v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. [Citado em 2021 ago. 30]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505
4. Leal MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017, vol.33, suppl.1, e00078816. Epub July 24, 2017. ISSN 1678-4464. [Citado em 2020 nov. 12]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2001; 4(1):3-69.
6. Chrestani MA, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Health care during pregnancy and childbirth: results of two cross-sectional surveys in poor areas of North and Northeast Brazil. Cad Saude Publica 2008; 24(7):1609-1618.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília: MS; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
8. Bernardes AC, da Silva RA, Coimbra LC, Alves MT, Queiroz RC, Batista RF, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14:266.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada Brasília: MS; 2006. Caderno nº 5.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento Brasília: MS; 2000.
11. Brasil. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 25 jun.



12. Brasil. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 6 out.
13. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377(9780):1863-1876.
14. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016. [acesso em 26 jan 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=18BB411AA9F40CFF591B9F90322FBA65?sequence=1>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2018. 180 p.:il.
16. Barros FC, Bhutta ZA, Batra M, Hansen TN, Victora CG, Rubens CE. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. BMC Pregnancy Childbirth. 2010 fev;10(Suppl 1):S3. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-S1-S3>. PMID:20233384.
17. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014 jul;384(9940):347- 70. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3). PMID:24853604
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria consolidada Rede Cegonha Brasil. Brasília, DF; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
19. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. Saúde debate. 2018; 42 (n.spe2): 111-26.
20. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad Saúde Colet. 2016; 24 (2): 252-61.
21. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da População Negra Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 22-33.
22. Guimarães ASA. Preconceito e discriminação: queixas e ofensas e tratamento desigual dos negros no Brasil 34ª ed. São Paulo: Fundação Apoio USP; 2004.



23. Munanga K. O negro na sociedade brasileira: resistência, participação, contribuição Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2004.
24. Sales AS. Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas Brasília: Ministério da Educação; 2005.
25. Goes EF. Violência obstétrica e o viés racial. 2016; Tema: Debates e Pensamentos – Observatório de Análise Política em Saúde [internet]. [Citado em 2020 nov. 08]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/03/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>
26. Guimarães JCN, Rodrigues A, Santos AF. “Foi medo, não foi coragem”: iniquidades raciais na assistência obstétrica. Research, Society And Development, [S.L.] [internet], v. 9, n. 12, p. 1-17, 15 dez. 2020. Research, Society and Development. [Citado em 2021 mar. 17]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/viw/10918>
27. Ciello C. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor” – Parto do Princípio. [internet] 2012. [Citado em 2021 mar. 21]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
28. Silva LCC, Cunha EFC, Kappler SR. (2018). Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. [internet] Psic. Rev.,27 (2): 357-376. [Citado em 2021 mar. 17]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/34156/27259>
29. Belfort IKP, Kalckmann S, Batista LE. (2016). Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. Saúde Soc., [internet] 25(3), 631-640. [Citado em 2021 abr. 14]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00631.pdf>
30. Oliveira BMC, Kubiak F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. Saúde Debate, [internet] 43, (122): 939-948. [Citado em 2021 abr. 03]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0939.pdf>
31. Müller TMP. (Org.) Saúde da População Negra: Coleção Negras e Negros: Pesquisas e Debates. Brasília: 2ª Edição Revista e Ampliada, 2012.
32. Oliveira EHSA. (2017). Mulheres Negras Vítimas de Violência Obstétrica: Estudo em um Hospital Público de Feira de Santana – Bahia. [Dissertação Mestrado]. Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.
33. Corbett JS. (2016). Grupos de Apoio a Gestantes e Casais e Seus Efeitos na Jornada para o Protagonismo das Mulheres no Parto. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas – Campinas SP, Brasil.



34. Medina ET, et al. (2020). Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. [internet] Research, Society and Development, 9 (9) [Citado em 2021 abr. 13]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>
35. Vargens OMC, Silva ACV, Progiant JM. (2017). Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. [internet] Esc Anna Nery, 21, (1) 1-8. [Citado em 2021 mar. 17]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>
36. Palma CC, Donelli TMS. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. [internet] Psico, 48, (3), 216-230. [Citado em 2021 abr. 03]. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>
37. Enkin M, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
38. D'orsi E, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. S154-S168, 2014. Suplemento 1.
39. Diniz CSG, et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional nascer no brasil (2011-2012). Saúde e Sociedade, [internet] [S.L.], v. 25, n. 3, p. 561-572, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). [Citado em 2021 mar. 11]. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/561-572/>