

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS NEGRAS SOBRE OS CUIDADOS RECEBIDOS NO PARTO

PERCEPTION OF BLACK PUERPERAL WOMEN ABOUT THE CARE RECEIVED IN CHILDBIRTH

PERCEPCIÓN DE LAS PUÉRPERAS NEGRAS SOBRE LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL PARTO

Thaís Emanuelle Bomfim Aragão¹
Amália Nascimento do Sacramento Santos²

Como citar este artigo: Aragão TEB, Santos ANS. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. Rev baiana enferm. 2023;37:e46421.

Objetivo: descrever as percepções de puérperas negras acerca dos cuidados recebidos durante o parto. **Método:** pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma maternidade pública da Bahia no período de março a agosto de 2019, mediante entrevista semiestruturada com dez mulheres. A sistematização dos dados ocorreu pela análise de Conteúdo. **Resultados:** emergiram duas categorias analíticas: Humanização e boas práticas de atenção ao parto; e Vulnerabilidades no cuidado obstétrico. As percepções foram positivas em relação ao acolhimento, acompanhante no parto e ocorrência de algumas tecnologias de relaxamento corporal, porém foram percebidas vulnerabilidades, como peregrinação no parto, demora no atendimento, cultura da cesárea e cuidado inseguro. **Considerações finais:** as percepções de puérperas negras trouxeram elementos positivos no âmbito do cuidado recebido, porém também foram apontadas percepções de vulnerabilidades indicando injustiças reprodutivas.

Descritores: Parto. Parto humanizado. Período Pós-Parto. Enfermagem Obstétrica. Pesquisa Qualitativa.

Objective: to describe the perceptions of black puerperal women about the care received during childbirth. Method: descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, developed in a public maternity hospital in Bahia from March to August 2019, through semi-structured interviews with ten women. The systematization of data occurred by content analysis. Results: two analytical categories emerged: Humanization and good childbirth care practices; and Vulnerabilities in obstetric care. The perceptions were positive regarding the embracement, companion in childbirth and occurrence of some body relaxation technologies, but vulnerabilities were perceived, such as pilgrimage in childbirth, delay in care, culture of cesarean section and unsafe care. Final considerations: the perceptions of black puerperal women brought positive elements in the care received, but perceptions of vulnerabilities indicating reproductive injustices were also pointed out.

Descriptors: Parturition. Humanizing Delivery. Postpartum Period. Obstetric Nursing. Qualitative Research.

Objetivo: describir las percepciones de crías negras acerca de los cuidados recibidos durante el parto. Método: investigación descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo, desarrollada en una maternidad pública de Bahía en el período de marzo a agosto de 2019, mediante entrevista semiestruturada con diez mujeres. La sistematización de los datos se llevó a cabo mediante el análisis de Contenido. Resultados: surgieron dos categorías analíticas:

Autora Correspondente: Thaís Emanuelle Bomfim Aragão, aragaoaragao510@gmail.com

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4528-3289>.

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Ba, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4536-867X>.

Humanización y buenas prácticas de atención al parto; y Vulnerabilidades en el cuidado obstétrico. Las percepciones fueron positivas en relación al acogimiento, acompañante en el parto y ocurrencia de algunas tecnologías de relajación corporal, pero fueron percibidas vulnerabilidades, como peregrinación en el parto, demora en la atención, cultura de la cesárea y cuidado inseguro. Consideraciones finales: las percepciones de puérperas negras trajeron elementos positivos en el ámbito del cuidado recibido, pero también se señalaron percepciones de vulnerabilidades indicando injusticias reproductivas.

Descriptor: Parto. Parto Humanizado. Periodo Posparto. Enfermería Obstétrica. Investigación Cualitativa.

Introdução

A percepção de mulheres sobre a assistência obstétrica recebida vem sendo bastante discutida no Brasil e no mundo e é importante para medir a qualidade da assistência e melhor atender suas expectativas e necessidades. Relaciona-se com diversos aspectos intrínsecos ao cuidado, como o apoio e atitudes dos profissionais envolvidos, recursos materiais e físicos, possibilidade de participação da família, atrelando às perspectivas de acolhimento, escuta e da sua participação nas decisões, bem como do respeito à cultura⁽¹⁾.

Conforme achados de estudos nacional⁽²⁾ e internacional⁽³⁾, a maioria das mulheres se mostra satisfeita com o acolhimento e a postura dos profissionais de saúde ou com a prática do parto e os cuidados recebidos, quando culturalmente adequados, pois a equipe deve abordar de forma afetuosa e assistir a mulher de forma individualizada, visando uma assistência de qualidade.

Em que pese a satisfação dita pelas mulheres, outros estudos que também trazem as percepções de usuárias dos serviços obstétricos demonstram vulnerabilidades no conhecimento delas sobre o trabalho de parto, visto que muitas das práticas a que foram submetidas são desnecessárias e prejudiciais; mesmo avaliadas como positivas, não podem ser caracterizadas como humanizadas⁽⁴⁾. Nesse sentido, outras pesquisas referem que mulheres sofrem abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto. Esse tratamento ameaça o direito à vida, pois toda mulher tem direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso⁽⁵⁻⁷⁾.

Destaca-se a Pesquisa Nascer no Brasil, que traz evidências das barreiras devido às desigualdades sociais que persistem no Brasil até os dias atuais, a exemplo da dificuldade de acesso

às mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas Regiões Norte e Nordeste. A pesquisa também evidencia maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras (pretas e pardas), com menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto vaginal e que não tiveram acompanhantes durante a internação, comparadas às mulheres brancas⁽⁵⁾. Essas situações corroboram a discussão sobre *distopia reprodutiva*, entendida como perspectivas dos aspectos da reprodução, que, em sua maioria, giram em torno de uma feminilidade branca idealizada⁽⁶⁾.

Na atenção à saúde, o racismo pode se manifestar de diversas formas, como o institucional, que quase sempre ocorre de forma implícita, sendo denominado de viés racial implícito quando a sociedade mantém e reproduz um conjunto de estereótipos sociais negativos sobre a população negra⁽⁸⁻⁹⁾. Os preconceitos implícitos são os estereótipos ou preferências a favor ou contra grupos de pessoas⁽¹⁰⁾, de acordo com os quais trabalhadoras(es) da saúde determinam como será o atendimento, a atenção e o cuidado das pessoas, dado o seu pertencimento racial, criando-se uma hierarquia no atendimento, deixar viver, deixar morrer. Dessa forma, situa-se o racismo estrutural que se consolida culturalmente nas relações sociais, políticas, jurídicas e econômicas, fazendo com que a responsabilização individual e institucional por atos racistas não anulem a reprodução da desigualdade racial⁽¹¹⁾.

Esses cenários adversos não compactuam com a humanização do atendimento no parto,

enquanto política pública, que busca resgatar a autonomia feminina sobre o próprio corpo no momento de parir, deixando-a livre para interferir nas decisões de cuidado, para que possa se locomover, alimentar-se, e se posicionar da forma mais confortável possível, respeitando as limitações impostas quando há risco na gravidez e parto⁽¹²⁾.

Diante disso, o objetivo deste artigo é descrever as percepções de puérperas negras acerca dos cuidados recebidos durante o parto.

Método

Trata-se de um subprojeto de uma pesquisa mais ampla intitulada *Caracterização do Cuidado Obstétrico na Perspectiva Política da Rede Cegonha em uma Maternidade do Recôncavo da Bahia*. A pesquisa é do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, assegurando a obtenção do objetivo proposto, e segue os critérios recomendados para a pesquisa qualitativa de acordo com *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O estudo foi realizado em um Hospital Maternidade do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, no período de março a agosto de 2019. As participantes do estudo foram mulheres puérperas. Esse grupo foi escolhido por corresponder ao objeto de estudo e por já terem vivido a experiência do parto de forma recente, até 24 horas, e assim expressaram suas percepções sobre esse fenômeno. A definição do número de participantes ocorreu mediante o critério de saturação de respostas. Foram incluídas no estudo, puérperas, maiores de 18 anos, que pariram na instituição, que não estavam em restrição de visitas ou com alguma intercorrência no pós-parto e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram puérperas que apresentassem algum déficit cognitivo e/ou de linguagem. Foi perguntada a cor autodeclarada das participantes, conforme categorização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), preta, parda, amarela, branca e indígena, sendo considerada negra

a que se autodeclarou preta ou parda. Todas as participantes se autodeclararam negras.

A técnica de coleta foi a entrevista semiestruturada, sendo utilizado um formulário com perguntas sequenciadas. Neste subprojeto, foram utilizadas as respostas dadas pelas puérperas às perguntas focadas nas suas percepções sobre o parto.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽¹³⁾. Foram atendidas as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Para melhor estruturação dos processos de análise, usou-se um *software* para análise de dados qualitativos, o programa atlas.ti, versão 9 desktop Trial e gratuita.

Tratando-se de um estudo envolvendo a participação de seres humanos, houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 95102318.6.0000.0056, respeitando as Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o TCLE antes da entrevista, sendo orientadas sobre o procedimento a ser realizado para obtenção de dados para a pesquisa, como também os benefícios esperados e possíveis riscos. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade, as participantes foram identificadas com a letra “E”, de entrevistadas, seguida de um número cardinal, relacionado à ordem de ocorrência da entrevista.

Resultados

Participaram do estudo dez puérperas, adultas, com idade variando entre 18 e 35 anos, com média de 26 anos de idade. Quanto à situação conjugal, 60% das puérperas tinham companheiro que morava no domicílio, 20% eram solteiras e 20% não informaram o estado civil. Em relação a escolaridade, 60% possuíam ensino médio completo, 30% ensino fundamental incompleto, 10% ensino superior incompleto. Quanto à ocupação, 20% relataram trabalhar com área administrativa, 10% como lavradora,

40% como *donas de casa* e 30% optaram por não responder. Em relação à moradia, 60% das mulheres moram em domicílio próprio, 30% optaram por não responder e 10% em domicílio alugado.

No processo de análise dos dados, emergiram duas categorias: Humanização e boas práticas de atenção ao parto e Vulnerabilidades no cuidado obstétrico.

Humanização e boas práticas de atenção ao parto

Esta categoria apresenta as percepções positivas das puérperas em relação ao atendimento no parto. As falas referentes às percepções das puérperas sobre humanização e boas práticas podem ser vistas pela perspectiva da atenção recebida, pelo acolhimento e a assistência prestada pelos profissionais de saúde:

Foi ótimo meu parto, foi super atencioso, o médico, os enfermeiros, e pós-parto também, foi tudo bem. (E1).

Eles toda hora estão lá perguntando se estão precisando de alguma coisa. (E3).

Durante o parto foi tranquilo e os médicos explicaram bastante, tiveram bastante atenção. Não tenbo que reclamar não. (E9).

Nessa perspectiva de satisfação no atendimento, mais de um profissional de saúde foi descrito na linha do cuidado, como médico, enfermeiras e trabalhadores da recepção. Notou-se a percepção sobre o funcionamento do serviço, o instrumento da regulação, além de valorização do serviço público, do Sistema Único de Saúde (SUS) na preparação e durante o parto.

Foi boa. Experiência boa, gostei das enfermeiras, da recepcionista, da recepção. Fiquei satisfeita, a atenção do médico que fez minha cirurgia, principalmente que ele perguntou toda hora e veio me olhar também. (E2).

[...] na hora do parto, pra eles ia precisar ser uma cesariana, aí fez uma regulação pra cá [...]. (E3).

O atendimento ótimo [...] não tenbo o que falar, tive um excelente atendimento e indico a qualquer pessoa. Fui acompanhada durante a gestação no setor particular e no SUS, vou lbe falar, minhas dúvidas foram sanadas no SUS. (E5).

Ab! o meu foi bom, pelo menos pela primeira vez que eu passei por aqui foi bom, todas as enfermeiras que me atenderam [...] o parto foi com a enfermeira. (E8).

Nesse contexto, a presença do acompanhante foi relatada como um processo importante no encorajamento da mulher na parturição. Nota-se a percepção da dor como um evento passageiro.

Foi bom, foi tranquilo, sempre apoiando, sempre me dando coragem e força. Foi tranquilo. Teve a presença da minha irmã, pra mim foi bom. Doer, doeu. Doeu só naquela hora ali. Fez exercício, sempre mandava tomar banho, fazer agachamento é bom. Subir e abaixar, naquele agachamento lá. (E8).

Observou-se também neste relato, o uso de técnicas que permitem o relaxamento corporal e a livre movimentação da mulher que favorecem o desenvolver do parto natural, como o agachamento e o estímulo ao banho.

Vulnerabilidades no cuidado obstétrico

Esta categoria apresenta as percepções negativas das puérperas em relação a aspectos que não agradaram durante o parto, descritas como vulnerabilidade institucional, vulnerabilidade do corpo feminino e cultura de cesárea, e cuidado inseguro.

Observou-se as percepções de puérperas sobre a demora na espera para o atendimento, bem como a peregrinação na hora do parto. Registrou-se a dificuldade de acesso a serviços específicos no local de residência, sendo necessária resolução do problema em outro município.

[...] eu cbeguei no Hospital às 8 da manhã, só demorei para ser atendida, mas fui atendida às 12h30 [...]. (E1).

Só foi um pouco de demora na triagem lá. Na portaria lá. (E4).

Tava pra eu ir em outro lugar, mas eu não fui. Eu achava que eu ia ser normal. Na cidade que eu fui não faz não, eu ia ser encaminhada pra outra cidade, mas lá não faz, por isso que eu vim pra cá. Eu ia para Nazaré. (E2).

Eu fui para o hospital de [...] que é a cidade da região que a gente mora. Mas cbegando lá o atendimento foi muito péssimo. Como minha tia já tinha ganhado neném aqui duas vezes, aí ela me disse que ia me trazer pra cá. (E9).

As falas, a seguir, demonstraram a percepção das puérperas quanto à resolução da sua situação de parto, na maioria pela forma cirúrgica. Foram vistos decisão e encaminhamento do profissional para o parto cesáreo sem comunicação efetiva com a mulher, referência do toque vaginal como exame precedente à resolução da cesariana e,

ainda, a percepção de mulheres sobre a rapidez na decisão e realização desse tipo de parto, por parte do médico. Notou-se na fala de E3, divergência na avaliação profissional sobre o tipo de parto para o desfecho da gestação.

Fez o toque, disse que só tinha dois cm de dilatação e que se eu não evoluísse ia fazer uma cesárea. Não evoluiu, ele fez a cesárea. (E1).

A questão foi na hora do parto, pra eles ia precisar ser uma cesariana, aí fez uma regulação pra cá, aí o médico avaliou e viu que poderia ser possível o normal. (E3).

[...] aqui eu cheguei, ele só fez fazer o toque, disse que eu ia ficar internada para fazer a cesárea e não me explicou mais nada. (E6).

Eu vim porque eu tava com o problema de 41 semanas, né e dizem que a partir de 41 semanas, já se induz o parto hoje em dia, que antigamente não, como estava completando 41 semanas, aí eu cheguei e já fiquei [...] Foi muito tranquilo, foi muito rápido [...] já fui logo fazendo cesárea, acho que cheguei foi uma 8 e 20 por aí, da manhã, foi tão rápido. Eu pensei que ia ser cesáreo à noite, foi tá rápido, eu lembro que a hora que tirou o neném foi 10h10, foi super rápido. (E7).

Sobre o cuidado inseguro, observou-se a percepção de uma puérpera quanto à falha na qualidade do atendimento recebido. Nesse contexto, foi expressa a insegurança da mulher pela orientação técnica profissional e o desrespeito à privacidade no momento da parturição.

Não foi uma experiência muito boa não. Eu fui internada na terça-feira, estava perdendo líquido, o médico me internou, o outro, na terça-feira me liberou. Aí eu fui pra casa, quando eu voltei ontem, já tinha perdido mais, quando o médico fez a ultrassom, o neném já estava quase sem líquido nenhum, é tanto que meu bebê está todo despelando, uns diziam que eu tinha capacidade para ter cesário, outros diziam que eu ia ter que ter normal. Se eu esperasse mais um pouco era capaz de meu filho nascer morto [...] Durante o parto, a sala muito cheia, o povo sem paciência, mas depois do pós-parto, aí sim, as coisas melhorou muito, O atendimento, o jeito de falar com a gente, medicar até. (E10).

Discussão

A percepção de puérperas que sinalizaram satisfação no atendimento recebido relaciona-se com algumas práticas discutidas no contexto da humanização do parto. São citados mais de um profissional na linha do cuidado recebido, a exemplo da recepção, sinalizando existir uma maneira de cuidar atenta às necessidades da usuária. Nesse sentido, o cuidado prestado e a

atenção da equipe fazem diferença nesse processo. Durante o trabalho de parto, a gestante deverá contar com o apoio de toda a equipe de saúde, pois o acompanhamento qualificado, a experiência e o comprometimento dos profissionais humanizados e éticos asseguram um parto sem sofrimento⁽¹²⁾.

Assim, humanizar o parto não significa apenas fazer acontecer o nascimento, é relevante desempenhar as técnicas dos processos, dando à mulher liberdade de escolha nas decisões sobre o seu corpo⁽¹⁴⁾. Em que pese apenas uma participante do estudo ter relatado a presença de acompanhante, vê-se a necessidade de estimular essa prática, inclusive ampliando para a assistência pré-natal⁽¹⁵⁾.

Considerada boa prática, a presença do acompanhante traz apoio, segurança e redução de intervenções obstétricas, como infusão de ocitocinas e manobra de *Kristeller*, diminui a dor e a sensação de solidão das puérperas, resultando no aumento do estímulo à coragem para enfrentamento de desconfortos. Um estudo realizado com 3580 puérperas no Brasil revelou que a presença de acompanhantes está associada a maior qualificação da assistência, por favorecer maiores prevalências de outras boas práticas assistenciais, como amamentação na primeira hora de vida, utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor, maior movimentação e escolha de posição no período de expulsão⁽¹⁵⁾.

Além disso, boas práticas, como livre movimentação e agachamento, percebida por mulheres neste estudo, provocam relaxamento da musculatura pélvica e progressão mais rápida do feto no trajeto do parto; o banho também pode gerar esse bem-estar na puérpera. Essas e outras tecnologias não farmacológicas favorecem a desmedicalização do corpo e auxiliam a mulher a relaxar, aliviam a dor e trazem sensação de acolhimento e aconchego⁽¹⁶⁾. Contudo, muitas outras tecnologias, enquanto práticas integrativas e complementares, a exemplo da acupuntura, hipnose, massagens, es-calda-pés, musicoterapia, cromoterapia, têm seus benefícios reconhecidos e recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), porém

não aparecem na realidade local. Logo, observa-se a necessidade de um avanço sobre essas práticas reconhecidas que, conseqüentemente, vão contribuir para a melhora do serviço e o cuidado com essas mulheres.

Os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, podem avançar na qualificação desse cuidado, compartilhar informações e escuta ativa, de forma que o parto seja humanizado e que a violência obstétrica seja prevenida.

Esses aspectos positivos percebidos podem ser resultados da política da Rede Cegonha, dentre outras iniciativas e movimentos que têm potencializado mudanças no modelo de atenção, em favor de um cuidado mais humanizado e respeitoso⁽¹⁵⁾. Entretanto, apesar dos avanços para a redução de violência obstétrica, o alto índice de cesáreas sem indicação clínica é um desafio.

A cultura de cesárea destacada neste estudo corrobora as estatísticas mundiais que inferem uma tendência de alta nesse procedimento, embora um estudo de metanálise de evidência moderada sinalize que mulheres com esse tipo de parto apresentam maiores chances para infecções pós-parto e mortalidade materna⁽¹⁷⁾. Contudo, há previsões crescentes vistas até 2030, ultrapassando a recomendação da OMS de limitação desse procedimento em até 15% do total de partos. Apesar da reconhecida importância dessa tecnologia na prevenção da morbimortalidade, a cesárea tem sido ofertada de forma desigual pelo mundo, visto que, em caso de necessidade por evidentes risco materno e neonatal na África, ela é menos acessível para mulheres negras naquele lugar, deixando-as mais vulneráveis à morte. Revela-se ainda que, na América Latina e no Caribe, observou-se um aumento importante de cesáreas de 22,8% em 1990 para 42,2% em 2014 e que um total de 850.000 cesáreas ocorreram de forma desnecessária⁽¹⁸⁾.

No Brasil, esse percentual é de 55,5%, quase quatro vezes mais da taxa aceitável. Hospitais particulares chegam a apresentar até cerca de 90% dos partos cesáreos⁽¹⁹⁾. Trata-se portanto de uma faceta da violência obstétrica, por corresponder à medicalização desnecessária do corpo

feminino na parturição e associado ao risco aumentado de resultados maternos desfavoráveis. Dessa forma, tornam-se imprescindíveis estratégias enérgicas para coibi-la, incluindo treinamento técnico profissional para manejo qualificado do trabalho de parto, discussões éticas e fortalecimento das puérperas pelo desejo de um parto normal, pela ótica da educação oportuna durante a assistência pré-natal⁽²⁰⁾, além de ampliação do cuidado por enfermeiras/os obstétricas/os na equipe de assistência ao parto, tendo sua atuação associada ao desenvolvimento de boas práticas e melhores resultados perinatais⁽²¹⁾.

A decisão e execução rápida do parto cesáreo pelos profissionais médicos, citado por algumas mulheres, e a orientação satisfatória não recebida antes do procedimento denotam a existência de demanda por mais informações por parte das puérperas e remetem a questões éticas. A falta de acesso às informações tem influência sobre a autonomia das escolhas^(20,22). Outros relatos sinalizam a satisfação de algumas puérperas diante da resolução do parto, ao mesmo tempo que suas falas trazem poucas evidências para a indicação do procedimento, revelando vulnerabilidade individual das mulheres no que tange ao seu conhecimento e à cultura local da cesariana. Observa-se que a conduta geral para experiências de partos positivos, incluindo a decisão pela cesárea, não segue um raciocínio clínico sistemático baseado em protocolos clínicos do Brasil e da Organização Mundial de Saúde, pois há uma baixa implantação desses dispositivos⁽²¹⁾.

A percepção de demora no atendimento e persistência de peregrinação na hora do parto, vista pela dificuldade de acesso a serviços específicos no local de residência, revelam vulnerabilidade institucional e necessidade de qualificação e ampliação do atendimento em rede, proposto pelas políticas vigentes, em que pese ocorra também a descrição da regulação do atendimento de um serviço para outro, revelando indícios de articulação de serviços em rede.

Neste estudo, as puérperas se autodeclararam negras, com baixo perfil socioeconômico,

muito semelhante à maioria da clientela que tem acesso apenas ao SUS. O Brasil apresenta enorme desigualdade racial e socioeconômica, o que reflete nos altos índices de mortalidade materna de mulheres negras. No caso de saúde reprodutiva, há forte ligação com a falta de acesso aos serviços assistenciais de qualidade. Existem evidências de que as mulheres negras e de baixo poder aquisitivo estão submetidas a maior risco de morrer por causas obstétricas ligadas à cor da pele⁽²³⁾, desvelando ainda o racismo obstétrico e a injustiça reprodutiva, termos contemporâneos importantes para evidenciar as necessidades de enfrentamento das experiências violentas de profissionais e de sistemas de saúde que caminham contrárias às essenciais demandas de mulheres negras⁽⁶⁻⁷⁾.

O cuidado inseguro e o desrespeito à privacidade e autonomia da mulher no momento da parturição, igualmente descrita por puérperas deste estudo, têm sido relatados em diversas realidades brasileiras e mundiais e também constituem situações de violência e racismo obstétricos. Isso tem sido uma bandeira de luta de feministas, movimentos sociais e antropólogos, em busca da mudança pela forma de nascer, e denuncia a necessidade de melhoria da qualidade da assistência, de insistência e ampliação de ações do estado e do controle social, já que estudos robustos no Brasil evidenciam que políticas públicas bem conduzidas podem aumentar a satisfação das mulheres com o cuidado recebido e mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, promovendo a redução de cesarianas desnecessárias e de desfechos maternos e neonatais negativos⁽²¹⁾.

As limitações deste estudo são referentes ao momento da entrevista, em que puérperas tinham acabado de vivenciar o parto, e não foram ampliadas investigação sobre o serviço, por meio de um olhar observacional.

O estudo contribui na avaliação da implementação da política da Rede Cegonha local e na necessidade de fortalecer eixos vulneráveis da política. Dessa forma, a articulação em rede e de consórcio de municípios pequenos da região precisam ser revisitados pelas gestões

locais e regionais. Também descortina a demanda de ações de extensão universitária que poderão ser planejadas para formação de novas experiências na humanização da assistência prestada às puérperas e favorecer a disseminação de cuidados exitosos, bem como ações estratégicas para a ampliação do debate local sobre a Política das Boas Práticas da Humanização do parto, nascimento e puerpério.

Considerações Finais

As percepções das puérperas negras acerca dos cuidados recebidos durante o parto trouxe elementos positivos no âmbito do acolhimento, presença de acompanhante e da ocorrência de algumas práticas não farmacológicas para relaxamento corporal. Entretanto, os achados também apontam percepções de vulnerabilidades no cuidado recebido, indicando injustiças reprodutivas e possibilidades de racismo obstétrico que requerem confirmações por outros estudos, sobretudo pela demora no atendimento em saúde, peregrinação na hora do parto, muitas ocorrências de cesáreas e existência de cuidados inseguros.

O fortalecimento do cuidado em rede e da estratégia de educação permanente com foco no amplo leque de tecnologias, na competência cultural e na abordagem do racismo são ações necessárias que poderão gerar melhor qualidade no acolhimento, na humanização e no avanço de boas práticas que ainda aparecem de forma incipiente na realidade local, fortalecendo as políticas públicas vigentes. Também é necessário que se promova maior acesso às informações para as mulheres, contribuindo no processo de seu empoderamento e potencializando a sua autonomia nas decisões do parto.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto:
Amália Nascimento do Sacramento Santos;

2 – análise e interpretação dos dados:
Thaís Emanuelle Bomfim Aragão;

3 – redação e/ou revisão crítica: Thaís Emanuelle Bomfim Aragão e Amália Nascimento do Sacramento Santos;

4 – aprovação da versão final: Thaís Emanuelle Bomfim Aragão e Amália Nascimento do Sacramento Santos.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Fontes de financiamento

Bolsas de Iniciação científica.

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Agradecimentos

Aos bolsistas de iniciação científica e integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Mulher (GESAM/UFRB).

Referências

- Sabino VGRS, Costa NS, Bracarense CF, Duarte JMG, Simões ALA. A percepção das puérperas sobre a assistência recebida durante o parto. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 07];11(10):3913-17. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031896>
- Santana AR. Percepção de puérperas sobre a assistência de enfermagem durante trabalho de parto: uma revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. [Internet]. Brasília (DF): Centro Universitário de Brasília; 2019 [cited 2021 Sep 07]. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13587/1/21464895.pdf>
- Rodriguez YG, González JLA, Limaico MBA, Moreno LMA, Aguilar EL, Figueroa TIV. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 08];42(4):485-92. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400006
- Tavares NVS, Silva MGG, Dantas NPM, Rocha VMS, Lopes RF. Desvelando as vivências de puérperas durante o processo parturitivo. *Braz J Develop*. 2020;6(12):103475-89. DOI:10.34117/bjdv6n12-739
- Oliveira EHSA. Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
- Tempesta GA. DAVIS Dána Ain. 2019. Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth. *Sex, Salud Soc (Rio J)*. 2021;(37):e21400. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21400.r>
- Scott KA, Davis DA. Obstetric Racism: Naming and Identifying a Way Out of Black Women's Adverse Medical Experiences. *American Anthropologist*. 2021;123:681-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/aman.13559>
- Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60-76. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302903
- Dehon E, Weiss N, Jones J, Faulconer W, Hinton E, Sterling S. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Acad Emerg Med*. 2017;24(8):895-904. DOI: 10.1111/acem.13214
- Milam AJ, Furr-Holden D, Edwards-Johnson J, Webb B, Patton JW, Ezekwemba NC, et al. Are Clinicians Contributing to Excess African American COVID-19 Deaths? Unbeknownst to Them, They May Be. *Health Equity*. 2020;4(1):139-41. DOI: 10.1089/heq.2020.0015
- Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
- Leas RE, Cifuentes DJ. Parto Humanizado: Contribuições do Enfermeiro Obstetra. *Rev Ciênc Cidadania* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 10];2(1):74-90. Available from: <http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/view/64>
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

14. Nascimento FCV, Silva MP, Viana MRP. Assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev Pre Infec e Saúde*. 2018;4:6887. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.6821>
15. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delzivo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2020383. DOI: [10.1590/S1679-49742021000100014](https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014)
16. Marins RB, Cecagno S, Gonçalves KD, Braga LR, Ribeiro JP, Soares MC. Care techniques for pain relief in birthing. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2020;12:276-81. DOI: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8502](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8502)
17. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saúde Pública*. 51:105. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>
18. Kluthcovsky ACGC, Amari VCS, Esperidião CR, Ciriaco EM, Freitas NB, Vernizi BT. Tendência e fatores associados as cesarianas no Brasil e Unidades da Federação entre 2001 2015. *Mundo Saude*. 2019;43(4):1044-6. DOI: [10.15343/0104-7809.2019430410441063](https://doi.org/10.15343/0104-7809.2019430410441063)
19. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-48. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
20. Lopéz JJV, Lizárraga AP. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. 2021;27(1):119-26. DOI: [10.4067/S1726-569X2021000100119](https://doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100119)
21. Leal MC, Bittencourt AS, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Tomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
22. Fernandes ETBS, Ferreira SL, Ferreira CSB, Santos EA. Autonomy in the reproductive health of quilombolas women and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 4):e20190786. DOI: [10.1590/0034-7167-2019-0786](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786)
23. Carvalho D, Meirinho D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2020;14(3):656-80. DOI: [10.29397/reciis.v14i3.1905](https://doi.org/10.29397/reciis.v14i3.1905)

Recebido: 19 de setembro de 2021

Aprovado: 13 de setembro de 2023

Publicado: 26 de outubro de 2023



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos