

Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo

Obstetric racism suffered by black women in prenatal and childbirth care: a qualitative study

Racismo obstétrico sufrido por mujeres negras en la atención prenatal y el parto: un estudio cualitativo

Juliana Cristina Nascimento Guimarães^a 

Adriana Figueiredo Pereira^a 

Juliana Amaral Prata^a 

Diana da Silva Gonçalves^a 

Como citar este artigo:

Guimarães JCN, Pereira ALF, Prata JA, Gonçalves DS. Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240265. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240265.pt>

RESUMO

Objetivo: descrever o racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras a partir de suas percepções e experiências na assistência pré-natal e ao parto.

Método: estudo qualitativo descritivo realizado entre fevereiro e maio de 2021. Participaram 22 mulheres negras que residiam nos municípios do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Salvador, cujo parto normal ou cesariana ocorreu durante o primeiro ano da COVID-19. Estas mulheres foram recrutadas pelas redes sociais. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por videoconferência e/ou videochamada. A Análise Temática e referências sobre o racismo na atenção obstétrica orientaram o processo analítico.

Resultados: as participantes sofreram violências, maus-tratos, negligências, discriminações raciais e preconceitos durante a assistência pré-natal e ao parto, causando experiências negativas em relação ao atendimento dos serviços públicos e privados. As mulheres negras adotaram estratégias frente ao racismo obstétrico: busca pelas maternidades diferenciadas das unidades de referência, mudança do profissional e/ou do serviço da saúde suplementar e contratação de profissionais para o parto.

Conclusão: o racismo obstétrico se manifesta como violências, discriminações e preconceitos sofridos pelas mulheres negras durante a assistência pré-natal, ao parto e ao pós-parto. O enfrentamento do racismo requer ações coletivas e colaborativas dos segmentos políticos, assistenciais, profissionais e educacionais da saúde.

Descritores: Racismo; Cuidado pré-natal; Parto; Assistência obstétrica; Enfermagem; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To describe the obstetric racism suffered by black women as from their perceptions and experiences in prenatal and childbirth care.

Method: A descriptive qualitative study was conducted from February to May 2021. The participants were 22 black women who lived in the municipalities of Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, and Salvador, who had a natural birth or cesarean section during the first year of the COVID-19. The semi-structured interviews were conducted via video conference and/or video call. These women were recruited through social networks. Thematic Analysis and references on racism in obstetric care guided the analytical process.

Results: the participants suffered violence, mistreatment, negligence, racial discrimination, and prejudice during prenatal and childbirth care, causing negative experiences with attendance in public and private services. The black women adopted strategies in the face of obstetric racism: seeking maternity hospitals other than the reference units, changing the health professional and/or service of private health insurance, and hiring professionals for childbirth.

Conclusion: obstetric racism manifests itself as violence, discrimination, and prejudice suffered by black women during prenatal, childbirth, and postpartum care. The confrontation of racism requires collective and collaborative actions from political, healthcare, professional, and educational health.

Descriptors: Racism; Prenatal care; Parturition; Obstetric care; Nursing; COVID-19.

^a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Describir el racismo obstétrico sufrido por mujeres negras a partir de sus percepciones y experiencias en la atención prenatal y al parto.

Método: Investigación cualitativa descriptiva realizada de febrero a mayo de 2021. Las participantes fueron 22 mujeres negras que vivían en los municipios de Río de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre y Salvador, cuyo parto normal o cesárea ocurrió durante el primer año de la COVID-19. Estas mujeres fueron reclutadas a través de las redes sociales. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron por videoconferencia y/o videollamada. El Análisis Temático y referentes cerca del racismo en la atención obstétrica orientaron el proceso analítico.

Resultados: las participantes sufrieron violencia, maltrato, negligencia, discriminación racial y prejuicio durante la atención prenatal y del parto, lo que provocó experiencias negativas con la asistencia en servicios públicos y privados. Las mujeres negras adoptaron estrategias frente al racismo obstétrico: busca por las maternidades diferenciadas de las unidades de referencia, cambiando el profesional y/o servicio de salud suplementaria y contratando profesionales para el parto.

Conclusión: el racismo obstétrico se manifiesta en forma de violencia, discriminación y prejuicios que sufren las mujeres negras durante la atención prenatal, el parto y el posparto. El enfrentamiento del racismo requiere acciones colectivas y colaborativas de los segmentos políticos, asistenciales, profesionales y educativos de la salud.

Descriptores: Racismo; Atención prenatal; Parto; Atención obstétrica; Enfermería; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem enfrentando medidas de austeridade econômica, subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e tentativas de desmonte das políticas sociais, como as de saúde sexual e reprodutiva⁽¹⁾. Esse contexto adverso têm colocado em evidência as desigualdades sociais, de classe e de gênero, assim como a misoginia, a violência e o racismo⁽²⁾.

Em consequência, estas desigualdades repercutem negativamente na saúde das mulheres grávidas, especialmente as que vivem em condições de vida desfavoráveis e pertencem aos grupos populacionais marginalizados, a exemplo das mulheres negras. As disparidades sociais e raciais ficaram mais evidentes durante a COVID-19, quando houve um aumento significativo dos óbitos maternos, e essas mortes foram mais prevalentes nas mulheres negras^(2,3).

As mulheres negras são mais predispostas a enfrentar disparidades no acesso e nos resultados de saúde, assim como as violações de direitos e violências durante a assistência obstétrica. A violência obstétrica é considerada uma violência institucional praticada por profissionais e pelos serviços de saúde, sendo um abuso que decorre das relações de poder desiguais e das atitudes relacionadas às questões de gênero em saúde reprodutiva^(2,4).

A violência institucional direcionada às mulheres negras reflete o racismo que permeia as relações e as práticas sociais em saúde, denota a sobreposição do racismo com a violência obstétrica. Em razão disso, a intersecção entre o racismo, a violência de gênero e a violência obstétrica vem sendo designada como racismo obstétrico, por constituir múltiplos eixos de desigualdade social, consequentes aos sistemas de

opressão interligados e reforçados mutuamente^(5,6). O cruzamento desses sistemas de opressão das mulheres negras se releva na discriminação sexista e racista que elas estão submetidas nos espaços sociais, incluindo nas políticas, nos sistemas, nos serviços e nas práticas em saúde^(7,8).

Destaca-se que o racismo está profundamente incorporado e enraizado na estrutura e nos sistemas sociais, a exemplo dos sistemas, redes de atenção e instituições de saúde. Como um fenômeno estrutural e sistêmico, o racismo é fundante das desigualdades raciais e causa consequências negativas para a vida e para a saúde das pessoas negras. No âmbito dos sistemas e instituições de saúde, este fenômeno gera discriminação, opressão e injustiças baseadas na raça, resultando em disparidades no acesso aos recursos e às oportunidades de cuidado à saúde⁽⁹⁾.

No que tange às mulheres negras, elas são mais predispostas a enfrentar as barreiras no acesso aos serviços de saúde e às iniquidades na qualidade da assistência no pré-natal, parto e no pós-parto^(6,8,9). No Brasil, verificou-se que as gestantes negras realizam menos exames de rotina e recebem menos orientações nas consultas de pré-natal, inclusive sobre a maternidade referência, refletindo-se na peregrinação em busca de maternidades para o parto. Nesse momento reprodutivo, estas mulheres são expostas às violações de direitos e discriminações associadas com a raça/cor, que se somam às inadequações da assistência e ao uso de práticas de intervenções não recomendadas para o parto, causando-lhes danos à saúde^(4,5,7).

Ao considerar que o racismo é um fenômeno complexo e invisibilizado nas estruturas sociais, operado por meio dos sistemas de opressão interligados e determinante das disparidades raciais em saúde e na

assistência obstétrica, questionou-se: Como o racismo obstétrico se manifesta nas percepções e experiências vivenciadas pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto?

Este estudo objetivou descrever o racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras a partir de suas percepções e experiências na assistência pré-natal e ao parto.

A compreensão do racismo obstétrico, a partir da realidade vivida pelas mulheres negras, de modo a privilegiar as suas vivências, pontos de vistas e perspectivas, tem o potencial de favorecer a visibilidade da problemática, subsidiar a reflexão e o debate sobre os impactos do racismo na saúde reprodutiva feminina, contribuir com novos *insights* sobre o tema e estimular novas perspectivas de pesquisa nesta área da saúde.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que analisou uma amostra por conveniência de 22 mulheres negras que residiam nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Salvador.

Os critérios de inclusão foram: ser mulher que se autoidentifica como negra e que teve parto normal ou cesariana durante o primeiro ano da COVID-19, de março de 2020 a fevereiro de 2021. Excluíram-se as mulheres menores de 18 anos e que tiveram o óbito fetal ou neonatal como desfecho do parto, tendo em vista que a participação na pesquisa poderia mobilizá-las emocionalmente e, assim, prejudicar o seu bem-estar.

O recrutamento das participantes ocorreu por meio da divulgação do estudo em grupos de aplicativo de mensagens e páginas das redes sociais destinadas ao debate de temas sobre a saúde, maternidade, feminismo e direitos das mulheres negras. Esses meios foram selecionados pela primeira pesquisadora por serem espaços de diálogo, debate e troca de informações sobre os temas de interesse da população feminina.

Cabe esclarecer que a primeira autora já sabia da existência de grupos e páginas das redes sociais com usuários que compartilhavam conteúdos sobre estas temáticas, em razão do seu interesse e da implicação pessoal como mulher negra e enfermeira obstétrica, seguidora de algumas páginas de acesso aberto. Os agrupamentos e as comunidades foram selecionados quando a mobilização dos conteúdos era aderente

aos temas acima mencionados e, posteriormente, a pesquisadora buscou se inserir nos mesmos, para viabilizar a divulgação do estudo.

Para tanto, uma carta foi enviada aos moderadores destes grupos e destas páginas para a autorização do uso deles como meio de recrutamento de voluntárias à pesquisa. Mediante à concordância, divulgou-se um cartaz com o título, objetivos e o público-alvo do estudo, que abarcava o convite de participação e o *link* de um formulário virtual, do tipo *Google Forms*®.

Além das explicações sobre os propósitos e os procedimentos éticos do estudo, esse formulário virtual questionava sobre a data do último parto, o endereço eletrônico e o número telefônico da voluntária, viabilizando a comunicação com a equipe de pesquisa e a verificação dos critérios de elegibilidade. No total, 32 mulheres responderam o formulário, mas duas voluntárias foram excluídas por não atenderem ao critério de inclusão. Além dessas, oito voluntárias não retornaram os contatos das pesquisadoras e foram consideradas como perdas amostrais.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e maio de 2021, por meio de entrevistas e conforme um roteiro semiestruturado, com perguntas sobre a caracterização das participantes e mais três questões sobre o objeto de estudo: “Fale-me sobre as suas experiências com o atendimento pré-natal”; “Conte-me as suas vivências durante a assistência ao parto, desde que chegou na maternidade até a sua alta hospitalar”; “Explique-me as situações que você considerou relacionadas com a sua cor/raça durante o atendimento pré-natal e ao parto”.

Cabe ressaltar que o roteiro foi testado com três mulheres negras que não compuseram o grupo participante, visto que foi necessário incluir a terceira questão para favorecer o resgate das perspectivas da assistência relacionadas com a cor/raça.

As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora e foram realizadas por videoconferência e/ou videochamadas por causa da COVID-19. Esse meio virtual foi particularmente útil e seguro para as participantes e pesquisadoras, pois, propiciou a continuidade das pesquisas no decorrer da pandemia⁽¹⁰⁾.

A maioria das participantes optou pelo uso do *smartphone* para as entrevistas por videoconferência/videochamada, que ocorreram nos dias e horários que elas informaram disponibilidade, mas os reagendamentos

foram recorrentes. Após a concordância, as entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação de áudio, tipo *mp3*, tiveram a duração média de 38 minutos e foram transcritas na sequência.

Optou-se pela Análise Temática para identificar, analisar, organizar, descrever e relatar os temas encontrados no material transcrito das entrevistas, o que possibilitou explorar as questões complexas da pesquisa a partir de um percurso analítico de seis fases: familiarização com seus dados; geração dos códigos iniciais; detecção dos temas; revisão e nomeação dos temas; e, por fim, elaboração do relatório⁽¹¹⁾.

O processo de análise iniciou pela transcrição, organização e ordenação das entrevistas, seguindo pela leitura cuidadosa, familiarização com os dados e a apreensão das ideias gerais. Em sequência, a codificação ocorreu por meio do recorte e a extração dos trechos de interesse ao estudo. Os códigos iniciais, com os seus respectivos extratos, foram numerados, transportados para uma planilha do *Microsoft Office Excel*® e agrupados em temas potenciais, conformando um conjunto de códigos. Após o refinamento, a definição e a nomeação dos temas, visaram capturar a essência dos códigos agrupados, e procedeu-se com a verificação dos temas em relação à homogeneidade interna (coerência, consistência e poder explicativo) e à heterogeneidade externa (distinções entre eles)⁽¹¹⁾.

As inferências e as interpretações dos dados foram realizadas com base em referências sobre o tema do racismo obstétrico, com perspectiva teórica crítica sobre o racismo na saúde e a abordagem interseccional das desigualdades de gênero, raça e classe na saúde reprodutiva da população feminina negra^(6,8,9,12).

A saturação dos dados foi identificada quando nenhum código novo emergiu da análise, sendo alcançada na vigésima entrevista e confirmada com a realização de mais duas entrevistas. Por fim, três categorias temáticas foram construídas, a saber: "Violências, maus-tratos e negligências"; "Discriminações raciais e preconceitos" e "Estratégias adotadas frente ao racismo obstétrico".

O estudo respeitou as legislações de ética em pesquisa e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o parecer nº 4.457.912 e CAAE nº

40786920.3.0000.5282. Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por mensagem eletrônica e, após a assinatura de próprio punho ou por meio digital, elas retornaram a mensagem com o envio da foto do documento em anexo. Adotou-se um código numérico para os depoimentos de acordo com a ordem de concessão da entrevista (E), como E1, E2, E3, assim por diante.

RESULTADOS

As 22 mulheres negras entrevistadas residiam em capitais das Regiões Sudeste, Sul e Nordeste do Brasil: Rio de Janeiro (15), São Paulo (quatro), Porto Alegre (duas) e Salvador (uma). A idade média das participantes foi de 31,9 anos, com variação entre 23 e 40 anos. O estado civil predominante foi de casada (10), seguido das solteiras (nove), separadas/divorciadas (duas) e, em união estável (uma). A maioria delas (12) completou o Ensino Superior, sendo que cinco entrevistadas estavam cursando o Ensino Superior e cinco concluíram o Ensino Médio. As trabalhadoras do setor privado (sete) predominaram, seguidas das servidoras públicas (quatro) e autônomas (duas). Além dessas, havia as desempregadas (sete) e as estudantes (duas). Quanto à renda familiar, adotou-se como referência o valor do salário-mínimo (SM) nacional vigente em 2021, R\$ 1.045,00, sendo informada a seguinte renda: acima de cinco SM (quatro); de três a cinco SM (oito); de dois a um SM (sete); e de um SM (três).

Ao considerar o perfil obstétrico, 10 entrevistadas eram primíparas e 12 mulheres tiveram dois (10) ou três partos (duas) anteriores. Em relação à gestação e ao parto ocorridos durante a COVID-19, quase a totalidade delas (21) realizou mais de seis consultas pré-natais e uma completou cinco consultas. O atendimento no pré-natal foi realizado em serviço público de saúde (10) predominantemente, enquanto nove mulheres realizaram em unidade privada e três delas optaram pelo atendimento simultâneo em unidade pública e privada. O local da assistência ao parto foi o hospital público (10), hospital privado (10) e domicílio da mulher (duas). As cesarianas (12) predominaram sobre os partos normais (10). As participantes estavam com dois a 12 meses de pós-parto, por ocasião da coleta de dados.

■ VIOLÊNCIAS, MAUS-TRATOS E NEGLIGÊNCIAS

As mulheres negras externaram as suas percepções e suas experiências com a violência na assistência pré-natal e ao parto. Elas ajuizaram que as violências são comumente observadas nas unidades obstétricas, o que lhes ocasionou temores sobre a assistência que receberiam nas unidades de saúde. Para elas, o medo de sofrer violência obstétrica era recorrente, e envolvia as experiências traumáticas em partos anteriores, que afetaram o seu bem-estar. Essas percepções emergiram nos seguintes depoimentos:

Eu sofri um trauma no meu primeiro parto. Eles subiram em cima de mim, e me cortaram [episiotomia] sem pedir a minha permissão. Eu tinha a visão do parto normal como um terror. (E-6)

Hoje, eu relaciono a minha pressão [arterial] alta com o medo da violência obstétrica. Eu não me sentia acolhida, [...] e acredito que isso tudo contribuiu para o meu medo durante a gestação. (E-12)

O medo permeou também as experiências das mulheres negras que receberam o diagnóstico de gravidez de risco, pois, alguns profissionais verbalizaram discursos amedrontadores sobre as repercussões de sua condição de risco. Essas mulheres negras utilizaram esses discursos profissionais como exemplos da violência que sofreram:

Quando ocorreu o diagnóstico de diabetes gestacional, me fizeram um terror psicológico, e me deixaram com medo. Eles [profissionais] não explicavam direito, ou melhor, não explicavam nada. (E-1)

No pré-natal, eu sofri violência pela médica. Ela fazia um terror psicológico, violência psicológica ao dizer que eu poderia ficar paraplégica e até morrer [hipertensão arterial sistêmica]. (E-22)

As mulheres negras se deparam com descaso e maus tratos durante a assistência pré-natal e ao parto. Elas mencionaram que havia profissionais que se comportavam com descaso, rispidez e desinteresse pelas suas demandas e necessidades de saúde. Essas situações as fizeram sentir ignoradas, desvalorizadas, inseguras e descuidadas, refletindo-se na avaliação negativa da assistência recebida.

As posturas de indiferença de alguns profissionais foram reportadas, pois, havia aqueles que se comportavam de forma grosseira e desinteressada. Eles não ofereciam esclarecimentos sobre as condutas e as intervenções realizadas, inclusive quando realizavam procedimentos dolorosos, a exemplo dos toques vaginais e episiotomia, fazendo com que elas se sentissem desrespeitadas, e com os seus corpos invadidos, como explica a participante:

Eu nunca tive acolhimento e empatia da profissional [do pré-natal] [...]. A bolsa [amniótica] rompeu, e eu fui atendida na emergência da maternidade [...]. Depois de pedir muito, eles decidiram me dar a chance para tentar ter o parto normal. Mas, foi uma coisa mais fria e absurda da minha vida [...]. Eu não tive nenhum acolhimento. A primeira médica foi péssima e a segunda só ficava no celular. De vez em quando, ela ouvia o coração do bebê e dava toque [...]. A outra profissional foi verificar quanto eu estava de dilatação, mas ela foi super grosseira. Eu falei que estava sentindo vontade de fazer força e, daí, ela já me cortou [episiotomia]. (E-8)

Além dessas situações de violência, as entrevistadas explicaram que o contexto pandêmico lhes causou insegurança pelo risco de adoecimento pela COVID-19. No entanto, elas se depararam com comportamentos negligentes dos profissionais, quanto às medidas de prevenção e controle em relação à COVID-19, ou seja, uma doença altamente contagiosa, corroborando para que elas se percebessem desprotegidas e insatisfeitas com a assistência pré-natal e ao parto, como elas explicaram:

Então, quem trabalha na área da saúde deveria ter consciência e, no mínimo, usar uma máscara, mas ela [profissional do pré-natal] não utilizava, e eu tinha que pedir para passar álcool nas mãos, mas ela achava ruim. (E-10)

Eu achei que as medidas contra a COVID-19 estavam muito frouxas. Sinceramente, eu não me sentia protegida no hospital. Eu estava no quarto junto com outra mulher, e ela e o acompanhante não usavam a máscara. Em nenhum momento, eu vi isso ser cobrado deles. Era como se nada estivesse acontecendo. (E-11)

Além das experiências negativas com as negligências ocorridas, as mulheres negras, que tiveram os seus filhos no primeiro ano da pandemia, relataram a lentidão das autoridades de saúde em decidir pela inclusão das gestantes entre os grupos de risco para a COVID-19, e as proibições em relação à presença do acompanhante ou da doula nas maternidades durante o parto, causando-lhes tensões e decepções pela privação de direitos, como mencionaram os seguintes depoimentos:

O momento ruim foi quanto à presença do acompanhante e da doula como eu queria, mas eu não pude ter devido à pandemia. (E-16)

Os hospitais estavam com aquela política que não podia ter doula. Eu estava sem doula, apesar de ter contratado. Então, já havia ali um clima de tensão. (E-12)

A gestante demorou muito para ser enquadrada ou relacionada no grupo de risco para a COVID-19. Então, nós ficamos nessa situação e impasse, vivendo uma tensão por isso. Não era nem a questão do atendimento pré-natal, mas sim, de estar grávida durante a pandemia. (E-11)

■ DISCRIMINAÇÕES RACIAIS E PRECONCEITOS

As participantes vivenciaram discriminações e preconceitos relacionados à raça/cor na assistência pré-natal e ao parto. Para elas, as gestantes negras recebem menos atenção dos profissionais de saúde em comparação às mulheres brancas. Essa diferença racial foi recorrente nos depoimentos, os quais emergiram as atitudes e os comportamentos dos profissionais que se caracterizaram pela grosseria, rispidez e descaso, como relataram as participantes:

Eu senti a diferença no tratamento médico [...]. Ele [profissional] foi ríspido, grosseiro, e me deu um toque violento, enquanto tratava as gestantes brancas com calma e paciência. (E-16)

Quando a enfermeira foi me dar banho, ela também foi muito grossa e falava como se eu já soubesse das coisas, de tudo. Ela só reclamava. Eu fui pedir algo, mas ela reclamou novamente. (E-20)

Além dessas diferenças percebidas durante a assistência, as mulheres negras sofreram ofensas e humilhações decorrentes das atitudes e dos comentários preconceituosos dos profissionais, julgando-as como preguiçosas, descuidadas e desobedientes, juntamente pela presunção de que elas teriam uma “natureza” mais apta a parir. Na visão delas, as discriminações e os preconceitos refletiam o racismo enraizado na sociedade, no qual as mulheres negras são as mais penalizadas e invisibilizadas pela sociedade, como manifestaram nos depoimentos:

Houve aquelas microagressões do tipo que sugerem que as pessoas negras são preguiçosas: “Você precisa emagrecer! Você precisa fazer isso e aquilo!” (E-12)

Uma situação racista foi quando, durante a consulta, a médica falou: “Você tem a cara daquelas mulheres parideiras, e que o bebê vai sair com muita facilidade!” Então, para mim, ela foi claramente racista, e me senti ofendida. (E-2)

Já vivemos em uma sociedade onde a mulher negra é deixada de lado e, nesse momento da gestação, você também é deixada de lado. (E-21)

Os comportamentos discriminatórios ocorreram também durante a permanência provisória de uma das participantes em um país europeu. Para ela, ser mulher preta e imigrante acentuou mais a discriminação racial sofrida, como explicou:

Eu iniciei o meu pré-natal fora do país e, depois, dei continuidade numa clínica da família do Rio de Janeiro [...]. Por você ser estrangeira, brasileira e preta é um pouco pior, pois lá a xenofobia é muito grande [...]. Como eu era a única preta da sala [de espera], escreveram apenas “africana” no documento. Então, eles [profissionais] simplesmente me identificaram pela minha cor. (E-10)

As características físicas das mulheres negras e dos seus filhos recém-nascidos foram objeto de atenção e de comentários inoportunos da equipe de saúde, relacionados ao tipo de cabelo, ao formato do nariz e à cor da pele, que incluíram as comparações entre as características maternas e dos recém-nascido. Para as participantes, essas posturas dos trabalhadores de

saúde exibiram o despreparo deles para prestarem assistência à população negra, como manifestaram as seguintes falas:

Às vezes, eu uso trança e a médica falou que seria melhor deixar o meu cabelo natural. Só que na hora do meu filho nascer, ela falou do meu cabelo [...], e isso foi um desconforto porque eu não perguntei nada para ela. (E-5)

Ela [profissional] sempre me julgou, mas não sei se foi pela minha cor da pele, meu dinheiro [condição econômica] ou minha aparência. (E-20)

Entre as mulheres negras beneficiárias de plano de saúde, emergiram os depoimentos sobre as discriminações sofridas durante o atendimento nas unidades privadas. Diante dessas experiências negativas vivenciadas, elas reconheceram que o seu poder aquisitivo não foi suficiente para protegê-las do racismo como supunham, conforme explicou uma entrevistada:

Eu agendei a cesárea com a minha médica em um hospital [privado] modelo, onde até as famosas tiveram o seu parto. Eu queria que o meu filho nascesse lá, também. Mas, deixando bem claro, eu não tinha noção do recorte racial até então. Eu acreditava que as pessoas tratavam todos iguais, e que a única diferença era o dinheiro [poder aquisitivo], mas não era. (E-18)

■ ESTRATÉGIAS ADOTADAS FRENTE AO RACISMO OBSTÉTRICO

As participantes adotaram estratégias para se protegerem das violências, discriminações e dos preconceitos presentes nos serviços de saúde. Para tanto, buscaram as informações sobre a gestação e o parto, custearam alguns exames do pré-natal ausentes nas unidades de saúde por ocasião da COVID-19, e optaram pela assistência ao parto em maternidades diferenciadas da referência para o parto, como emergiram nos seguintes depoimentos:

Eu não me senti acolhida nessa maternidade [de referência]. Então, a minha irmã me sugeriu ir para outra maternidade, onde eu tive meu filho e fui muito mais acolhida! (E3)

Eu decidi ter o meu filho na capital [do estado] porque esse tipo de assistência [ao parto] é mais fácil. [...] eu recorri ao [serviço] particular para fazer ultrassonografia e os exames de sangue durante o pré-natal. Então, eu tive um gasto e um desgaste! (E21)

As participantes mais escolarizadas reconheceram que desfrutaram de privilégios por disporem de recursos econômicos para mudar de profissional e/ou serviços credenciados pelo plano de saúde durante o pré-natal, e contratar profissionais a fim de obter os cuidados humanizados no parto, ou viabilizar a sua opção pelo parto domiciliar. Para essas mulheres, estes recursos lhes possibilitaram ter acesso a uma assistência respeitosa, livre de discriminações e violências, assim como, para concretizar o seu desejo pelo parto normal, como mencionaram:

Eu tenho total noção do tamanho do privilégio que eu tive nessa assistência. Eu fiz o curso de doula, atendi muitas mulheres no SUS e tenho noção da questão racial na assistência. Eu tive acesso ao plano de saúde, a um bom profissional e a tudo mais. (E11)

Eu tive o privilégio de poder trocar de médico diversas vezes, e encontrei a equipe de parto com quem eu acabei parindo, era um coletivo de enfermeiras obstétricas e médicos. O atendimento da equipe foi tranquilo, e não ocorreu violência obstétrica ou racismo, mas eu precisei pagar por isso. (E12)

Além dessas estratégias, as características raciais da clientela e do pessoal de saúde da unidade de saúde utilizada e do acompanhante da mulher negra durante os atendimentos foram percebidas como contribuintes para a menor exposição ao racismo. As participantes que externaram essas percepções consideraram que se sentiram menos expostas ao racismo quando estavam acompanhadas pelo parceiro da cor branca e o serviço de saúde tinha uma clientela com perfil racial diversificado, e dispunha de profissionais de saúde negros, como explicaram:

Eu ganhei [se referindo ao local do nascimento do filho] na região central, [da cidade] e não é um lugar muito glamoroso e de status. Então, eu acredito que, por ser um lugar mais simples, e ter um público diverso, eu não fui pega pelo racismo ou sofri preconceito. (E5)

Acredito que não senti muito, [discriminação] pela questão do meu marido ser branco. Quando eu estou com ele, eles [profissionais] pensam: "Tudo bem, ela está com um cara branco!" (E17)

DISCUSSÃO

As mulheres negras revelaram que a violência obstétrica e o racismo estavam presentes na assistência pré-natal e ao parto, sendo manifestados pelos comportamentos e condutas profissionais de opressão de gênero e raça, que violaram a sua dignidade e os seus direitos de autonomia, informação, integridade física e psíquica, assim como, de receber uma assistência qualificada e baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.

A violência obstétrica compreende qualquer abordagem às gestantes, às parturientes e às puérperas como a demora do atendimento, humilhação, ofensa, negligência e indiferença na assistência, juntamente com as posturas de julgamento e deboche do profissional, fazendo com que as mulheres se sintam abandonadas, ignoradas e desrespeitadas diante do uso de procedimentos não consentidos ou realizados sob a coerção^(4,5,7,13), como emergiram nos resultados aqui descritos.

Nessa perspectiva, a violência institucional é atravessada pela cultura medicalizada que permeia a assistência à saúde reprodutiva feminina, silencia a voz das mulheres, invisibiliza os seus direitos e as colocam em uma posição de subordinação, conformando-se em uma violência de gênero^(2,5,13). Esse tipo de violência decorre de relações de poder desiguais entre os homens e as mulheres, ancoradas em valores patriarcais que organizam a sociedade, a partir da hierarquização dos papéis sociais orientada pelo sexo biológico, culminando na dominação do feminino pelo masculino^(4,5,13).

Consequentemente, evidencia-se que a atenção obstétrica permanece ancorada na dominação do saber biomédico, e em relações hierarquizadas, que resultam na patologização da reprodução e na apropriação dos corpos das mulheres pelos profissionais de saúde, com o potencial para causar iatrogenias maternas e neonatais, em detrimento das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento^(4,5,7,13).

Estes desafios da assistência à saúde são anteriores à pandemia e envolvem ideários vinculados à deslegitimação dos direitos humanos, às biopolíticas vinculadas à razão neoliberal e ao negacionismo científico, que acentuaram o subfinanciamento crônico do SUS, prejudicaram as políticas de saúde prioritárias, a exemplo da saúde sexual e reprodutiva, e limitaram a capacidade de resposta do sistema de saúde à COVID-19, ocasionando um excesso de mortes registradas, inclusive dos óbitos maternos, especialmente, entre as mulheres negras^(1,2,3). Esses desafios emergiram nos depoimentos das participantes, quando elas relataram as dificuldades dos serviços em prover os exames no pré-natal e presenciaram os comportamentos negligentes dos profissionais quanto às medidas de prevenção recomendadas.

Ressalta-se que as mulheres negras têm mais chances de apresentar comorbidades e complicações na gravidez, sendo mais propensas a peregrinar à procura de serviços obstétricos; receber menos informações; ser menos vinculadas à maternidade de referência e sofrer as repreensões pelos seus comportamentos, sob o argumento de não cooperação^(4,14,15). Além disso, estas mulheres estão mais expostas aos riscos de desfechos maternos negativos, como morbidade grave e óbito materno, e de terem filhos com baixo peso ao nascer e outras complicações neonatais⁽¹⁶⁾. Estes riscos estão associados com o viver em contextos sociais desfavoráveis e à exposição às violências relacionadas ao gênero e à raça^(6,7,8).

Estas iniquidades decorrem do racismo, por ser um sistema social complexo, baseado na construção social da categoria "raça", e que classifica as pessoas de acordo com suas características físicas e culturais, a exemplo da cor da pele, textura do cabelo, linguagem e práticas religiosas, produzindo diferenças nas condições de existência^(7,17). Este sistema cria e perpetua rótulos distorcidos (estereótipos), atitudes negativas

(preconceitos) e tratamentos injustos (discriminações), como forma de hierarquização, subordinação e opressão, por meio de práticas e estruturas racializadas, de relações desiguais de poder e de ideologias ancoradas em concepções de superioridade branca, que legitimam as desigualdades étnico-raciais, inclusive no acesso à saúde^(7,17,18).

As desigualdades de gênero e raça na saúde são reportadas na literatura científica nacional^(2,4,5,7,15) e internacional^(6,8,9,16,18). Em consideração à saúde reprodutiva das mulheres negras, há relatos de que elas são objetificadas e desumanizadas, se sentem abandonadas, ignoradas, ameaçadas, coagidas e discriminadas, considerando a sua assistência como desrespeitosa e negligente por receberem cuidados desprovidos de empatia e geradores de danos físicos e emocionais, impelindo-as a questionar o comprometimento profissional com a sua saúde e seu bem-estar^(2,5,6,16,18).

Em convergência, o racismo é considerado um componente estressor para as gestantes, parturientes e puérperas negras pelas discriminações direcionadas à sua raça, e que causam a perda de sua autonomia e dignidade, bem como determina as experiências de insegurança e insatisfação pela falta de empatia dos profissionais^(6,8,15,17). Elas sofrem com os julgamentos sobre o seu caráter, a suposta predisposição à maternidade e de que as negras têm muitos filhos, possuem baixa renda, são mães solteiras, dentre outros estereótipos racistas que interferem negativamente na qualidade da assistência oferecida^(8,18,19).

Por essas questões, compreende-se que a violência obstétrica por si só não é suficiente para evidenciar as iniquidades em saúde enfrentadas pelas mulheres negras^(6,20). Assim, o termo racismo obstétrico designa a intersecção entre a violência e o racismo, que se manifesta no ambiente e nas relações de cuidado à saúde dessas mulheres, e possibilita desvelar a complexa sobreposição de identidades sociais, de raça, gênero e classe que atravessam suas experiências reprodutivas e impactam de modo desfavorável os desfechos da gestação e do parto^(5,6,18,20).

Cabe ponderar que o racismo obstétrico é invisível, velado e normalizado nas relações sociais. Dessa forma, analisar o entrelaçamento entre a classe e a raça permite colocar o racismo em sobreposição e como

fator operante e independente da categoria da classe social^(6,18,19). Nesse sentido, ao considerar as mulheres com renda média e alta, observa-se que, tanto as brancas, quanto as negras sofrem discriminações de gênero, mas essas últimas são expostas ao racismo concomitantemente^(6,15,19). Contudo, os níveis de educação e renda mais favorecidos podem conferir certa proteção desse grupo social em comparação às negras de renda baixa, as quais têm experiências mais difíceis, pela baixa posição social e maior restrição de direitos^(8,17,21).

A intersecção do racismo com o nível de renda foi encontrada nos resultados aqui descritos. Essa perspectiva de cruzamento de fatores sociais deriva do conceito de interseccionalidade. Esse conceito foi cunhado pela jurista Kimberlé Crenshaw para o reconhecimento, a caracterização e a análise das estruturas de opressão que marginalizam as mulheres negras, as quais enfrentam as vulnerabilidades que refletem o intercruzamento de marcadores de desigualdade social, como a raça, o gênero, a classe, dentre outros⁽¹²⁾.

Neste estudo, o capital econômico propiciou às mulheres negras beneficiárias de plano de saúde a buscarem por outras opções de assistência, com intento de evitar o racismo obstétrico e de obter um atendimento qualificado e respeitoso às suas necessidades e preferências, especialmente em relação aos cuidados no parto. Diferentemente, as usuárias dos serviços públicos de saúde adotaram estratégias conforme as suas possibilidades de renda, como a busca por outros serviços públicos para não utilizar a maternidade de referência, e que as proporcionassem uma experiência de assistência mais satisfatória e acolhedora.

Destaca-se que as mulheres se sentem mais acolhidas quando a interação com os profissionais é respeitosa e livre de preconceitos e discriminação^(18,19). No entanto, as mulheres negras tendem a suprir as barreiras de acesso por iniciativa própria, recorrendo, por exemplo, às relações de parentesco ou às amizades com pessoas da área da saúde, para a vinculação ao pré-natal e à admissão na maternidade para o parto^(16,20).

As mulheres negras americanas de classe média também perceberam que os seus seguros privados de saúde eram recursos estratégicos para se protegerem dos

estereótipos classistas, sexistas e racistas nos cuidados de saúde reprodutiva, inclusive para terem acesso aos médicos e às enfermeiras mais qualificados. Essa suposta proteção conferida pela classe social se dissipou quando estas mulheres se depararam com os incidentes de racismo, ao se sentirem objetivadas, estereotipadas e desconsideradas nos cuidados. Portanto, nem a vantagem de classe e nem as estratégias de proteção adotadas foram capazes de mitigar completamente os danos causados pelo racismo, microagressões de gênero e injustiças reprodutivas⁽⁸⁾.

Por vezes, as pessoas negras de classe média enxergam as suas relações inter-raciais pela ótica da classe, pois tendem a referir os privilégios dos brancos e manifestar a consciência de suas prerrogativas de classe^(20,22). Apesar desses pontos de vista, mesmo ocupando espaços sociais da classe média, as entrevistadas neste estudo, vivenciaram o preconceito racial.

Nesse contexto, casais inter-raciais de classe mais favorecida podem optar em classificar os seus filhos como brancos, configurando-se, assim, em uma estratégia de “clareamento” do seu *status* social para a garantia do acesso aos espaços da elite branca^(20,23). Essa perspectiva decorre da política de branqueamento da população brasileira, da normalização da branquitude e dos seus privilégios, fazendo com que as pessoas negras que ascenderam na esfera social sejam impulsionadas a incorporar os ideários de consumo da classe média. A compreensão da raça e classe como determinantes segregados corrobora para a identificação social da pobreza, como eminentemente constituída por pessoas da cor negra, contribuindo para a presunção de que o racismo atinge apenas as mulheres negras e pobres^(6,8,23), como aqui foi identificado.

As mulheres negras estudadas reportaram que se sentiram menos expostas às situações discriminatórias, quando havia concordância racial entre elas e os profissionais da assistência. A concordância racial vem sendo estudada pela sua possibilidade de favorecer a comunicação, a confiança, o respeito e a satisfação com o parto, mas a associação entre a concordância racial e a melhoria nos resultados de saúde carece de evidências e requer mais estudos sobre a sua viabilidade e os seus efeitos na rede assistencial de saúde^(23,24),

inclusive sobre as implicações de se criar serviços de saúde segregados pela raça/cor.

Portanto, abordar o racismo em saúde é uma tarefa complexa pela tendência de ocultá-lo pela pobreza e outras desigualdades sociais. O racismo obstétrico deve ser claramente reconhecido como um importante problema de saúde pública e, por conseguinte, debatido e enfrentado pela sociedade, pelo sistema e pelos profissionais da saúde, como revelaram as entrevistadas. O enfrentamento dessa problemática depende dos esforços de todos os atores sociais comprometidos com os valores democráticos, humanísticos e da justiça social.

Os resultados aqui descritos denotaram que as políticas de saúde precisam ser mais propositivas, articuladas e efetivas na redução das iniquidades raciais em saúde, inclusive com o envolvimento dos movimentos sociais, universidades, gestores e profissionais de saúde. Enfim, todos aqueles que almejam os cuidados de saúde equitativos e qualificados para a população brasileira, cuja maioria é de pessoas negras e classificadas com a cor da pele parda, ou seja, com descendência negra majoritariamente⁽²⁰⁾.

Adverte-se que os limites deste estudo devem ser levados em consideração na apreciação dos seus resultados. O recrutamento das mulheres negras em páginas das redes sociais que abordavam as problemáticas da saúde vivenciadas por esse grupo feminino pode ter implicado em participantes com visões semelhantes. A amostra estudada também foi composta por mulheres negras com nível de escolaridade elevado, com predomínio do Ensino Superior.

Assim, embora os resultados possam ser aplicáveis para grupos sociais com experiências semelhantes, os achados podem não ser transferíveis para os contextos em que as mulheres negras têm um nível educacional mais baixo, pois, as suas percepções e experiências podem ser diferenciadas e contemplar nuances não capturadas neste estudo.

Portanto, pesquisas adicionais são necessárias para uma compreensão mais ampla do racismo obstétrico e de sua magnitude na vida reprodutiva dessas mulheres, inclusive entre aquelas que vivem em localidades distantes dos grandes centros urbanos ou em regiões rurais.

■ CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que o racismo obstétrico se manifesta por meio do intercruzamento das violências baseadas no gênero, direcionadas às mulheres, com o racismo contra às mulheres negras durante a assistência obstétrica em instituições de saúde, públicas e privadas, causando-lhes o sofrimento físico e emocional, discriminações e os preconceitos fundamentados na raça/cor, violações dos direitos humanos e de saúde reprodutiva.

O racismo apresentou uma magnitude nas percepções e nas experiências insatisfatórias das mulheres negras entrevistadas sobre a assistência pré-natal e ao parto. Um fator adicional de tensão e frustração para as participantes foi a restrição dos direitos durante o primeiro ano da pandemia. Em face da realidade assistencial adversa, elas buscaram alternativas e adotaram estratégias de enfrentamento de acordo com os seus recursos socioeconômicos. As mulheres negras com condição econômica mais favorecida consumiram serviços privados com a intenção de obterem uma assistência respeitosa e qualificada, mas os seus privilégios de classe não foram suficientes para protegê-las do racismo obstétrico.

O enfrentamento do racismo requer medidas de saúde pública consistentes e coordenadas para reduzir as iniquidades raciais, exigindo ações coletivas e colaborativas dos segmentos políticos, assistenciais, profissionais e educacionais do setor da saúde, a fim de obter melhorias efetivas nos resultados de saúde das mulheres negras.

■ REFERÊNCIAS

1. Caponi S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estud Av.* 2020;34(99):209–24. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>
2. Diniz CSG, Cabral CDS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Glob Public Health.* 2022;17(11):3175–88. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1995463>
3. Guimarães RM, Reis LGC, Gomes MASM, Magluta C, Freitas CM, Portela MC. Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):22. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05338-y>
4. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):483–491. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>
5. Williamson KE. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. *Anthropol Med.* 2021;28(2):172–187. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416>
6. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Med Anthropol.* 2019;38(7):560–73. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
7. Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira AMN, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. A violência obstétrica na percepção das multiparas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
8. Howell FM. Resistance and gendered racism: middle-class black women's experiences navigating reproductive health care systems. *Psychol Women Q.* 2023; 47(4): 494–509. <https://doi.org/10.1177/03616843231168113>
9. Braveman PA, Arkin E, Proctor D, Kauh T, Holm N. Systemic and structural racism: definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. *Health Aff (Millwood).* 2022;41(2):171–8. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01394>
10. Gray LM, Wong-Wylie G, Rempel GR, Cook K. Expanding qualitative research interviewing strategies: zoom video communications. *Qual Rep.* 2020;25(5):1292–301. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psicol.* 2006;3(2):77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
12. Abrams JA, Tabaac A, Jung S, Else-Quest NM. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. *Soc Sci Med.* 2020;258:113138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113138>
13. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Cien Saude Colet.* 2019;24(8):2811–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
14. Slaughter-Acey JC, Sneed D, Parker L, Keith VM, Lee NL, Misra DP. Skin tone matters: racial microaggressions and delayed prenatal care. *Am J Prev Med.* 2019;57(3):321–9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.014>
15. Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 3):4909–18. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>
16. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health.* 2022;22(1):988. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
17. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health.* 2019;40:105–25. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
18. Boakye PN, Prendergast N, Bandari B, Anane Brown E, Oduyoy AA, Salami S. Obstetric racism and perceived quality of maternity care in Canada: voices of black women. *Womens Health (Lond).* 2023;19:17455057231199651. <https://doi.org/10.1177/17455057231199651>
19. Sim W, Lim WH, Ng CH, Chin YH, Yaow CYL, Cheong CWZ, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. *PLoS One.* 2021;16(8):e0255936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255936>
20. Hogan VK, Araujo EM, Caldwell KL, Gonzalez-Nahm SN, Black KZ. “We black women have to kill a lion everyday”: an intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. *Soc Sci Med.* 2018;199:96–105. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.008>

21. Leal MDC, Gama SGND, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(Suppl 1):e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
22. Silva GM, Leão LS, Grillo B. Seeing whites: views of black Brazilians in Rio de Janeiro. *Ethn Racial Stud*. 2019;43(4): 632–51. <https://doi.org/10.1080/01419870.2019.1585897>
23. Bogdan-Lovis E, Zhuang J, Goldbort J, Shareef S, Bresnahan M, Kelly-Blake K, *et al*. Do Black birthing persons prefer a Black health care provider during birth? race concordance in birth. *Birth*. 2023;50(2):310-8. <https://doi.org/10.1111/birt.12657>
24. Adams C, Francone N, Chen L, Yee LM, Horvath M, Premkumar A. Race/ Ethnicity and Perception of Care: does patient-provider concordance matter? *Am J Perinatol*. 2022;10.1055/s-0042-1755548. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755548>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Curadoria de dados: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Análise formal: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata.
Pesquisa: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata.
Metodologia: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Administração de projeto: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.
Supervisão: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata.
Validação de dados e experimentos: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata.
Design da apresentação de dados: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata, Diana da Silva Gonçalves.
Redação do manuscrito original: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata, Diana da Silva Gonçalves.
Redação - revisão e edição: Juliana Cristina Nascimento Guimarães, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Juliana Amaral Prata, Diana da Silva Gonçalves.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Juliana Cristina Nascimento Guimarães
julianacristinna3@gmail.com

Recebido: 06.08.2024

Aprovado: 16.12.2024

Editor associado:

Gisele Knop Aued

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira