

Artigo original



## Vulnerabilidade e sofrimento psíquico: condições de acesso em saúde durante o pré-natal

## Vulnerability and psychic suffering: conditions of access to healthcare during prenatal

## Vulnerabilidad y sufrimiento psíquico: condiciones de acceso a la salud durante la atención prenatal

Juliana Bittencourt das Neves<sup>1</sup>   
Ivete de Souza Yavo<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Autor para correspondência. Universidade Municipal de São Caetano do Sul (São Caetano do Sul). São Paulo, Brasil. julianabittencourt.psic@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Municipal de São Caetano do Sul (São Caetano do Sul). São Paulo, Brasil.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** Observa-se nas últimas décadas a necessidade cada vez maior de repensarmos os modelos de atenção à saúde, bem como a criação de políticas públicas efetivas para parcelas significativas da população brasileira em condições de maior vulnerabilidade, visando assim melhoria de oferta de produtos e serviços que favoreçam melhora na qualidade de vida especialmente no âmbito da saúde. Tal demanda é reforçada principalmente quando atravessada pelo racismo estrutural que circunda o acesso à assistência em saúde da mulher negra. **OBJETIVO:** Desta forma, o presente estudo pretendeu compreender a vivência psicológica de mulheres gestantes frente ao atendimento que receberam durante o pré-natal, bem como conhecer possíveis fatores geradores de sofrimento psíquico. **MÉTODO:** Para tal, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo através de um questionário com questões semi abertas e um questionário sócio-demográfico. A amostra foi composta por seis mulheres. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados foram compreendidos à luz da teoria psicanalítica associada a teóricos que abordam questões transversais em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência Pré-natal. Racismo. Violência de Gênero. Racismo Obstétrico.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** In recent decades, there has been an increasing need to rethink healthcare models, as well as the creation of effective public policies for significant portions of the Brazilian population in conditions of greater vulnerability, thus aiming to improve the supply of products and services that promote improvements in quality of life, especially in the area of health. This demand is reinforced mainly when crossed by the structural racism that surrounds access to health care for black women. **OBJECTIVE:** In this way, the present study intended to understand the psychological experience of pregnant women in relation to the care they received during prenatal care, as well as to understand possible factors that generate psychological distress. **METHOD:** To this end, qualitative research was carried out using a questionnaire with semi-open questions and a socio-demographic questionnaire. The sample consisted of six women. **FINAL CONSIDERATIONS:** The data were understood in light of psychoanalytic theory associated with theorists who address cross-cutting health issues.

**KEYWORDS:** Prenatal Care. Racism. Gender-based Violence. Obstetric Racism



**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** En las últimas décadas, existe una creciente necesidad de repensar los modelos de atención de salud, así como la creación de políticas públicas efectivas para sectores importantes de la población brasileña en condiciones de mayor vulnerabilidad, con el objetivo de mejorar la oferta de productos y servicios. que promuevan mejoras en la calidad de vida, especialmente en el área de la salud. Esta demanda se ve reforzada principalmente cuando se cruza con el racismo estructural que rodea el acceso a la atención médica de las mujeres negras. **OBJETIVO:** De esta manera, el presente estudio pretendió comprender la experiencia psicológica de las mujeres embarazadas en relación con los cuidados que recibieron durante el control prenatal, así como comprender posibles factores que generan malestar psicológico. **MÉTODO:** Para ello se realizó una investigación cualitativa mediante un cuestionario con preguntas semiabiertas y un cuestionario sociodemográfico. La muestra estuvo compuesta por seis mujeres. Los datos fueron entendidos a la luz de la teoría psicoanalítica asociada a teóricos que abordan cuestiones transversales de salud.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Prenatal. Racismo. Violencia de Género. Racismo Obstétrico.

## Introdução

O começo do tráfico de negros africanos para o Brasil data de 1539, na Capitania de Pernambuco. Neste período, o país passou por um momento no qual o negro era desvalorizado desde sua cultura até sua aparência física, sendo o racismo algo explícito devido ao processo de escravidão (Oliveira & Kubiak, 2019). Dentro dessa realidade, a mulher negra vivia uma intersecção de violações. Como pessoa escravizada, era castigada e forçada ao trabalho compulsório e enquanto mulher era sexualizada, sendo alvo de estupros. Sobre essa temática Hooks (1981, p. 19) afirma:

*“A exploração racista das mulheres negras como trabalhadoras quer nos campos ou como domésticas na casa grande não era tão desumanizada e desmoralizante como a exploração sexual. O sexismo colonial dos homens brancos patriarcais poupou os homens negros escravos da humilhação da violação homossexual e outras formas de assalto sexual. Enquanto o sexismo foi um sistema social que protegeu a sexualidade dos homens negros, ele (socialmente) legitimou a exploração sexual das mulheres negra”*

Entende-se, portanto, que apesar de ambos serem negros, a mulher negra possuía uma vivência enquanto escravizada que a diferenciava de seus companheiros, exatamente pela sua condição de gênero. Entretanto, ainda que compartilhasse o mesmo sexo biológico que as mulheres brancas, houve, na época, uma separação entre as mulheres baseada na raça. Tal aspecto é aprofundado na obra de Borges (2019) onde é discutida a relação tensa entre as brancas, sinhás, e as pretas, ainda escravizadas. Na sua obra *Encarceramento em massa*, a autora afirma que é necessário um olhar para outra dimensão, ou seja, o conflito que a exploração sexual gerava piorava a relação com as mulheres brancas e os homens proprietários. Sendo assim, além de terem seu corpo violado, estas mulheres tinham que conviver com o ódio e ciúmes das mulheres brancas. Ainda segundo a autora, estes corpos eram rebaixados e subalternizados, vistos inclusive como capazes de suportar dores intensas.

Neste ponto, mostra-se importante trazer uma reflexão sobre como o Brasil classifica atualmente as questões de raça e cor. De acordo com IBGE (2022), o Censo Demográfico de 2022 demonstrou que o Brasil apresenta 45,3% de habitantes pardos, 10,2% de habitantes pretos e 43,5% de habitantes brancos. Uma vez que pretos e pardos estão dentro da categoria de pessoas negras, compreende-se que a maior parte da população brasileira é negra. Apesar deste fato, o país ainda possui uma grande dificuldade em entender o indivíduo pardo como um indivíduo negro, possivelmente resquícios do grande processo de miscigenação do Brasil. Vale ressaltar que, embora muitos brasileiros compreendam a miscigenação como algo positivo, esse termo, bem como o termo mestiço, é problemático uma vez que existe a partir de um processo de alienação e de fragmentação da comunidade negra (Lago et al., 2021).

As construções acima citadas dão margem para o racismo institucional, uma vez que suas consequências ainda estão presentes na sociedade brasileira. Aliás, melhor definindo-o, pode ser entendido como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Batista et al., 2007, citado em Oliveira & Kubiak, 2019, p. 940).

Compreendendo, portanto, esta definição, pode-se enxergar o racismo institucional como uma forma de manter a vulnerabilidade dos negros em diversos âmbitos, quer seja nos altos índices de violência, onde jovens negros são as maiores vítimas de homicídio (Ferreira, 2023), bem como na pandemia do COVID-19, onde a inclusão das categorias raça/cor nos boletins e questionários foi tardia, denotando prejuízo nas ações pautadas junto à esta parcela da população (Santos et al., 2020).

Essa forma de racismo é muito comum dentro das áreas da saúde, prejudicando o atendimento e o cuidado para com pessoas negras. O setor da saúde é um dos principais agentes de discriminação, sendo possível verificar relatos de rejeição, zombaria e fala agressiva (Silva et al., 2020). Esse tratamento pode dificultar a permanência e o acesso de pessoas negras à saúde pública.

As mulheres negras, como já dito anteriormente, apresentam dificuldades oriundas tanto de seu gênero quanto pela cor de sua pele. O racismo institucional na vivência delas está presente também ao precisarem de atendimento em hospitais públicos durante a gravidez, chegando a trazer questões relacionadas a violência. É importante ressaltar que um bom pré-natal é importante não só para garantir a saúde da mãe durante a gestação, mas também, é importante para assegurar a boa saúde do bebê (Marques et al., 2021).

Ao investigarmos a ocorrência desses casos na assistência ao pré-natal de mulheres pretas e pardas nos deparamos com dados que chamam a atenção, como por exemplo a frequente queixa de possíveis procedimentos mal realizados e a elevada taxa de mortalidade materna. Estes casos são reflexos não só do ideal racista de que “pessoas negras são mais resistentes à dor” como também da dificuldade de acesso e baixa qualidade no atendimento dessas mulheres (Oliveira & Kubiak, 2019).

Vale ressaltar que tais questões relacionadas ao atendimento, corroboram a definição de violência obstétrica que pode ser compreendida como a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres por meio de relações desumanizadoras, o que inclui o uso abusivo de medicalização e a patologização de processos naturais. Esta realidade acaba por retirar autonomia das mulheres sobre seus corpos (Diniz, 2014, citado em Oliveira & Kubiak, 2019)

Nesta perspectiva, ainda no que diz respeito à apropriação do corpo de mulheres negras, é importante considerar o que Kilomba (2008) aponta, ou seja, de que este é um corpo passível de invasão. Essa compreensão se dá pelo fato de que as negras são vistas como as diferentes: as “outras”, em oposição às “normais”, as brancas. Essa diferença é usada como uma marca para legitimar a invasão e a desigualdade de cuidados na gestação.

Observa-se que esses dados vão na contramão do que propõe Maldonado (2017) ao afirmar que os cuidados do pré-natal devem ocorrer desde o começo da gravidez, sendo essenciais para um bom desenvolvimento do bebê durante os nove meses. Para a autora, os três trimestres da gravidez são de extrema importância, mas é no segundo em que se percebe maior alteração emocional, e no terceiro um medo maior de parir, sendo assim, é necessário para auxiliar a gestante uma forte rede de apoio baseada nas relações familiares e profissional.

Nesta perspectiva, somos levados a refletir sobre o fato de que mulheres negras têm mais dificuldade de acesso e de encontrar serviços que prestem uma boa qualidade, portanto, possuem menos apoio. Sendo assim, pode-se compreender que elas possuem um quadro maior de vulnerabilidade e, dessa forma, o medo descrito por Maldonado (2017) deixa de ser apenas relacionado ao último trimestre e passa a ser um medo fundamentado nas condições sociais e raciais dessas mulheres.

Convém sublinhar que ao fazermos um levantamento sobre o assunto em outros países, observa-se que o cenário apresentado acima não é vivenciado apenas por mulheres negras brasileiras. É algo possível de ser encontrado até mesmo em países como os Estados Unidos da América. Em terras norte americanas, Dána-Ain Davis (2018, p. 2) traz em seu artigo “Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing” casos de mulheres negras que sofreram alguma espécie de violência durante o parto ou durante o pré-natal. Há também no artigo a apresentação do termo “racismo obstétrico”. Esse termo é descrito pela autora como algo que “...está na intersecção da violência obstétrica e do racismo médico”, ou seja, a violência obstétrica é passível de ocorrer com qualquer mulher, entretanto o racismo obstétrico, uma vez ligado aos conflitos de raça presentes na medicina,

diz respeito a situações específicas vivenciadas por mulheres não brancas. Ao procurarmos esse termo nas bibliografias brasileiras, nota-se que ele é raramente utilizado nas discussões acerca da violência obstétrica com negras. Entretanto, foi possível localizar a cartilha “Violência Obstétrica em pessoas negras” (Barreto, 2022) que não só utiliza o termo como discute os atravessamentos suscitados pela pandemia, dentre os quais as tratativas diferentes observadas nas intervenções para mulheres brancas e negras neste período.

No que se refere a essa diferenciação, Oliveira & Kubiak (2019) fazem uma revisão bibliográfica sobre o assunto, trazendo dados nos quais 12% de mulheres pretas (participantes de uma amostra de 2.719 pessoas) e 11% de mulheres pardas (participantes de uma amostra de 1.765 pessoas), afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência durante o momento do parto. Dessa forma, pode-se observar que a maior parte das mulheres negras em algum momento experienciou alguma forma de violência seja ela física ou verbal.

Compreendendo, então, que a violência obstétrica é uma forma de agressão multifatorial, pode-se notar que as mulheres negras, possuindo uma intersecção de diferentes opressões sociais, são as maiores vítimas. Daí é possível trazer o conceito do “racismo obstétrico” para a realidade brasileira, discutindo então as diferentes formas da manifestação do racismo obstétrico e sua forma de violar mulheres brancas, pardas e pretas de modo distinto

## Objetivos

### Objetivo geral

Neste trabalho buscamos compreender a vivência psicológica às mulheres negras gestantes frente ao atendimento que recebem durante o pré-natal, bem como conhecer possíveis fatores geradores de sofrimento psíquico.

### Objetivos específicos

Conhecer aspectos emocionais de gestantes durante o pré-natal.

Conhecer as condições de enfrentamento desenvolvido pelas gestantes para lidar com as emoções presentes neste contexto.

Investigar a existência de possível sofrimento psíquico advindo da discriminação racial e possível violência obstétrica.

Discutir comparativamente aspectos psicológicos presentes no discurso de mulheres negras e brancas frente ao atendimento que recebem.

Desenvolver uma investigação que possa contribuir para a elaboração de protocolos de atendimento que atuem como preventivos na ocorrência da violência obstétrica.

## Justificativa

Estudos recentes apontam que a discriminação racial é ainda observada em serviços de saúde, prejudicando o atendimento e o cuidado principalmente de mulheres negras causando sentimento de desamparo e humilhação no período do pré-natal e parto.

Nesta perspectiva, retomando Maldonado (2017), pode-se compreender que o quadro emocional das mulheres durante a gravidez é cercado por mudanças de humor, medos e inseguranças. Neste sentido, somos levadas a pensar que as vivências citadas anteriormente neste artigo podem adoecer mulheres durante a gestação uma vez que a violência obstétrica pode estar ligada à depressão pós-parto e a estresse pós-traumático, entre outras questões ligadas à ansiedade (Leite et al., 2022). Desta forma, nasce a necessidade de uma pesquisa que se debruce sobre gestantes negras de forma mais específica e atenta, já que estas estariam possivelmente mais vulneráveis vivenciando experiências com forte potencial traumático passíveis de influenciar negativamente a relação mãe-bebê. Assim, ao compreender o racismo como um fator gerador de adoecimento de mulheres, faz-se necessário desenvolver projetos que viabilizem a conscientização dos profissionais da saúde bem como a criação de uma rede de apoio psicossocial.

## Referencial Teórico

Partindo-se do pressuposto de que, a vulnerabilidade de exposta no cenário acima descrito está possivelmente arraigada na maneira como estas mulheres também percebem sua subjetividade, no presente estudo, optamos em desenvolver uma pesquisa de caráter qualitativo. Nesta, compreende-se que há uma grande possibilidade de aprofundamento e aproximação de fenômenos ainda subjacentes à temática proposta, que podem ser explorados em profundidade (Turato, 2000).

Para melhor abordagem dos dados, este estudo também se apoia em autores que abordam temas voltados para a psicologia, em especial a psicanálise, questões de raça, gênero e vulnerabilidade social.

## Método

Como já descrito anteriormente, esta foi uma pesquisa qualitativa, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 34142020.3.0000.5510.

Ao todo foram entrevistadas 5 (cinco) participantes. Como critérios de inclusão para participação no estudo, foram considerados o fato de ter dado à luz nos últimos dois anos, ter realizado o parto em um hospital público e ser moradora da região do ABC paulista.

Devido à pandemia do COVID19, o contato com as participantes foi realizado de forma remota através da plataforma digital *WhatsApp*. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para manter a segurança das participantes, foram escolhidos nomes fictícios para descrição, sendo estes escolhidos de maneira aleatória.

No primeiro encontro com as participantes, houve uma breve apresentação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na sequência ocorreu a entrevista. Nestas, foram utilizados dois questionários: um sobre as condições sociodemográficas (contendo perguntas sobre moradia, família e saúde) e outro questionário com perguntas norteadoras (tais como pedir para falar sobre: se a gravidez foi planejada ou não, o momento em que soube que

estava grávida, como sua família está lidando com a vinda de mais um membro, a qualidade da sua saúde e a do bebê, como está sendo seu atendimento na Unidade de Saúde e se tem conseguido seguir as orientações do médicas).

Quanto à análise dos dados, as entrevistas foram examinadas utilizando-se o método da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), destacando-se as seguintes categorias e subcategorias: traumas em relação a função vivida, medo de engravidar novamente, dificuldade para nomear sentimentos, gênero e racismo estrutural, importância da família, insegurança para dialogar com profissional da saúde, saber médico como soberano e retirada do protagonismo da paciente, falta de escuta profissional, possíveis erros de diagnóstico e trocas de profissionais.

## Resultados e discussão

A primeira entrevistada, aqui chamada de Sarah, é uma mulher branca, solteira de 23 (vinte e três) anos. Na época da entrevista não possuía uma profissão, afirmando estar desempregada. A gravidez relatada na entrevista foi sua primeira e a bebê possuía um ano de idade.

A segunda participante é Carla, uma mulher preta de 24 anos. Mora com o companheiro, mas afirma ser solteira (segundo ela, não há papel). A gravidez relatada foi sua segunda gestação, onde o filho possuía um ano e um mês. Também comentou que não estava trabalhando.

Eduarda, a terceira entrevistada, é uma mulher parca de 28 anos. É casada e trabalha como atendente. A gravidez mencionada na entrevista também foi a segunda, cujo filho tem sete meses.

Isa, a quarta entrevistada, se autodeclara preta. Possui 30 anos e é casada. Na época da entrevista atuava como coordenadora administrativa. A gestação relatada foi sua primeira e na época sua filha possuía seis meses. Isa, quando grávida, morava em um município próximo à São Paulo. Porém, foi atendida também em outro município, em outro hospital, que por sua vez não foi o local de realização do parto. Este ocorreu em São Paulo.

A última entrevistada é Ingrid. Ela se autodeclarou branca, possui 34 anos e é casada. Mora e foi atendida no mesmo município. Atualmente está desempregada.

## **Análise de dados**

### ***Um olhar para cada história***

#### **Sarah - sentindo-se pouco apoiada.**

Sarah, no momento da entrevista, mostrou-se muito interessada em participar. Respondeu a todas as perguntas com muita rapidez e disposição. Fez questão de enviar fotos e vídeos de seus momentos no hospital.

Relatou ter tido pouco apoio do hospital durante o parto. Relatou situações que viveu, compreendendo-as como erradas. Segundo ela, no momento do parto, ocorreram diversas trocas de profissionais (inclusive médicos), dificultando a realização de vários exames. No momento do parto, foi necessária a realização de uma episiotomia. Referiu complicações graves em função disto no pós-parto. Foi acompanhada nas consultas e no parto pela mãe.

#### **Carla - sentindo-se vulnerável.**

Durante a entrevista, Carla também se mostrou disposta a participar. Porém sua entrevista foi marcada por esquecimento de palavras, confusão e, em muitos momentos, ela se perdia em seu próprio raciocínio.

Relatou ter tomado anticoncepcional injetável, o que para ela dificultou perceber a gravidez. Foi ao médico diversas vezes reclamando de dores, porém os mesmos compreendiam suas dores como algo muscular, medicando-a para isso. Carla diz que percebeu estar com infecção urinária, pois havia apresentado o mesmo problema na primeira gravidez. Foi ao Posto de Saúde pedir medicação para esta queixa, mas novamente não foi atendida. Depois de três meses, fez um ultrassom e descobriu a gravidez, o que a deixou extremamente preocupada com as medicações tomadas durante o primeiro trimestre da gravidez.

Junto com o parto iria realizar outro procedimento: uma laqueadura. Levou documentos com a orientação, e no momento de ir para o centro cirúrgico, contou que uma enfermeira recolheu tais documentações com as informações que não foram apresentadas para a médica.

Segundo Carla, como consequência, a médica que realizou o parto foi informada sobre a laqueadura após o nascimento do seu filho e fez o procedimento "com os efeitos da anestesia já acabando" (sic), causando-lhe sensações bastante desagradáveis. Apresentou sequelas posteriores a esse procedimento. Segundo ela, um ponto ficou para dentro de seu útero e ela comenta que sente muita dor quando se movimenta. Conta ainda que fez a laqueadura sem que seu marido (e acompanhante) soubesse.

#### **Eduarda - uma gravidez tranquila.**

Durante a entrevista, Eduarda demonstrou-se tímida e desconfortável em falar sobre os momentos do pré-natal e do parto. Demonstrou ter nutrido grande expectativa e forte desejo sobre querer ser mãe antes dos trinta anos, comentando ter tido grande apoio familiar e do esposo. No que diz respeito às perguntas feitas na pesquisa, Eduarda relatou não ter tido nenhuma intercorrência, tendo passado uma gravidez bastante tranquila.

#### **Isa - um pedido negado.**

Isa, no momento da entrevista, mostrou-se um pouco tensa, porém respondeu todas as perguntas com interesse, relatando suas vivências. Iria fazer o parto em um hospital público de sua cidade, porém ao ir realizar um exame de urina e ver as condições pelas quais as gestantes eram submetidas no local, resolveu mudar de instituição. Realizou seu parto em um hospital na cidade de São Paulo, que, segundo ela, era reconhecido como humanizado. Relatou sentir muitas dores, pois não possuía passagem o suficiente para o tamanho de seu bebê. Apesar de pedir anestesia, disse não ter sido administrada (sic), ficando com alguns problemas no pós-parto em função do esforço feito para poder dar à luz. Manifestou receio em ser mãe novamente e passar pelas mesmas situações no hospital.

#### **Ingrid - acolhimento.**

Ingrid mostrou-se disposta para conversar, relatando suas experiências na última gravidez sem dificuldades para falar. Ao relatar sobre a ocorrência de um aborto, demonstrou vivenciar ainda o luto e a perda, porém compartilhou a história com a pesquisadora.

Apesar de ter nascido em um município baiano, Ingrid morava na época da entrevista em uma cidade do ABC paulista. Relatou ter tido um grande apoio do hospital público no qual foi atendida, mencionando até mesmo apoio psicológico por parte de sua ginecologista e um encaminhamento a um psiquiatra.

Ingrid relatou ter tido um aborto antes da gravidez do terceiro filho, o que a fez desejar engravidar de novo após perder o feto. Temeu novamente um aborto, afirmando ter sido este seu conflito maior durante o período da terceira gestação.

**Quadro 1.** Categorias de análise e subcategorias

Traumas em função da situação vivida	Medo de engravidar novamente
Dificuldade para nomear sentimentos	Gênero e racismo estrutural Importância da estrutura familiar
Insegurança para dialogar com profissionais da saúde	Saber médico como soberano e a retirada do protagonismo da paciente
Pouca falta de escuta profissional	Possíveis erros de diagnóstico Trocias de profissional

Fonte: os autores (2024).

### **Traumas em função da situação vivida**

#### **Medo de engravidar novamente.**

Ao ouvir os relatos trazidos pelas entrevistadas, notou-se a dificuldade em relatar situações difíceis e dolorosas vividas durante as consultas e momento do parto. As participantes mostravam-se tensas, agitadas ou até com dificuldade em manter um discurso lógico e coerente quando entravam nestas questões.

Nesta perspectiva, podemos inferir que, possivelmente, tais acontecimentos podem ter se transformado em um evento traumático na vida dessas mulheres. O que corrobora com o ideal de que a violência obstétrica ou, neste caso, o racismo obstétrico, pode auxiliar na manifestação de um pós-parto influenciado negativamente pelas ações dos profissionais da saúde, levando a mulher a desenvolver até mesmo depressão.

De acordo com Isa e Sarah, elas foram atendidas em hospitais que garantiam a segurança da mãe e do bebê, entretanto passaram por situações que consideraram delicadas e complicadas. Ou seja, nenhuma delas se encontrava preparada para lidar com aquelas experiências. Atualmente nenhuma das duas apresentam desejo de engravidar novamente. Sarah afirma:

*“Hoje não penso em ter filhos mesmo. Se falassem, quer tirar o útero? Eu falava sim, sem pensar duas vezes. Doeu tanto físico, quanto psicológico.”*

Observando a fala da participante pode-se observar clareza sobre os eventos vivenciados, compreendendo a maneira como foi tratada como inadequada, tendo uma avaliação bastante negativa.

Nota-se que ao dizer da dor física e psicológica que sentiu, Sarah afirma não querer mais ter filhos, justificando com bastante ênfase a retirada do útero. Observa-se que ela não verbaliza nenhum outro motivo para sua decisão além do que ocorreu no parto de sua primeira filha. Isa, cuja experiência se deu em um hospital humanizado, também relata que não gostaria de passar pela situação novamente. Ela diz:

*“...Mas o fato de ter se estendido né por prejudicar o assoalho pélvico, é... trazer muita dor pra depois do parto, eu penso em... eu penso que não quero passar por essa parte e aí estender mais dor por um período. E aí eu... não teria pelo parto normal ou próximos filhos, por enquanto.”*

No seu caso, Isa associa a violência sofrida ao parto natural e ao fato de não ter realizado a cesariana, entretanto ao observarmos casos como o de Sarah, por exemplo, nota-se que a presença de médicos ou enfermeiros não é o que garante a segurança psicológica da paciente. Porém, no que diz respeito ao trauma psicológico, observa-se nas lembranças de Isa há também uma junção entre a situação vivenciada e seu medo de sofrer no parto, uma vez em que o que a fez buscar esse hospital era a possibilidade de não se sentir vulnerável frente à equipe médica.

Retomando [Maldonado](#) (2017), o medo de gerar pode levar a problemas de infertilidade ou de fecundação. A autora pontua que esse temor pode gerar tanto abortos de repetição como até mesmo uma “psicose corporal” conhecida como gravidez fantasma. Dessa forma, compreende-se que o medo oriundo das violências vividas pelas participantes pode se manifestar de diversas formas, prejudicando a qualidade de vida delas.

### **Dificuldade para nomear sentimentos**

#### **Gênero e Racismo Estrutural.**

No que diz respeito ao recorte racial, é possível identificar nas participantes a interferência do estereótipo da mulher negra forte. Como vimos na introdução do presente trabalho, essa compreensão de que mulheres negras são capazes de aguentar qualquer tipo de dor, seja física ou psíquica é oriunda dos tempos da escravidão. Porém, ainda nos tempos atuais, podemos inferir que este preconceito é responsável pela falta de sensibilidade demonstrada diante da queixa das dores sentidas pelas mulheres, haja visto o ocorrido com Carla:

*“E quando eu tava fazendo assim a... a laqueadura, tava acabando o efeito da anestesia. Então a metade dela foi meio que... vamos dizer assim ‘a frio’. Por que acabou... acabou a anestesia e eu comecei a sentir a... conforme a médica. Ela enfiou os dedos assim na... Ela fez um buraco e enfiou os dedos pra ir abrindo assim e eu sentindo, sentindo a dor.”*

Vale ressaltar que, durante o relato, foi perceptível a dificuldade da participante de falar sobre o caso. As palavras saíram com dificuldade; Carla gagueja diversas vezes ao mencionar a laqueadura, entretanto ao final da entrevista relatou não sentir vontade de denunciar o ocorrido, compreendendo-o como apenas um erro médico e não como uma forma de violência.

Convém ressaltar que, para além da dificuldade em falar, Carla ainda apresentou consequências físicas desse procedimento em função da rapidez (que segundo ela) a médica agiu para fechar a incisão ao perceber que a paciente sentia dor. Durante a entrevista, ela afirmou ainda sentir dores no local dos pontos sempre que faz o movimento para se abaixar.

Ao contrário, Sarah mostrou-se mais disposta para relatar sobre a sua vivência no pré-natal e no parto, conseguindo nomear o que viveu.

*“É assim é... muito... é... é... acontece muita agressão obstétrica. Independente se é... pequena, se é média, se é grande, se é alguma coisa muito séria, se é uma coisa mais ou menos. Acontece muita. Por erros que não deveriam acontecer. Tem coisas que são acidentes, tem coisas que não são.”*

Percebe-se que mesmo não citando o termo violência, sua fala demonstra em certo aspecto consciência das agressões. No caso, nota-se também a presença do trauma e de consequências físicas, entretanto a participante demonstra não se culpar pelo ocorrido.

Notou-se pontos diferentes no discurso das duas mulheres. No caso de Sarah houve uma troca excessiva de profissionais, com a participante afirmando sobre diferentes enfermeiras a atendendo. Entretanto, os profissionais da saúde ainda se dirigiam a ela e prestavam o mínimo de assistência. A forma de falar desses médicos e enfermeiros, ainda que pouco acolhedora e às vezes grosseira, ocorria como diálogos. Entretanto, no caso de Carla não houve contato ou diálogo real entre ela, a enfermeira e a médica. Destaca-se aqui o fato que Sarah é uma mulher branca enquanto Carla é uma mulher negra.

Temos aqui uma situação bastante dual: os estereótipos que circulam entre elas são diferentes. Enquanto Carla é vista como forte e capaz de aguentar tudo, inclusive, segundo ela, uma cirurgia sem anestesia e acompanhante, Sarah foi informada sobre alguns

procedimentos e, segundo ela, estava acompanhada durante todo o processo do parto. No caso do ideal da mulher negra forte, coloca-se uma sobrecarga física e emocional em cima destas pessoas, silenciando-as quando tentam falar de suas dores, porém no caso da mulher branca o ideal da mulher frágil, defende a passividade e a não autodefesa das mesmas, subestimando a importância da compreensão de que elas são donas de seu próprio corpo.

Essas diferenças se tornam significativas ao lembrarmos a contribuição da psicanalista Grada Kilomba (2008). A autora não só traz a compreensão de que as mulheres negras são vistas como “outras” e, portanto, vítimas dessa retirada de autonomia como marca o toque sem permissão como invasão ligado à negação da subjetividade negra, ou seja, aquele que sente dor, que se incomoda e que pode manifestar descontentamento. A autora traz em seu trabalho o quanto essa relação é enraizada desde a escravidão, preenchendo o inconsciente branco. Foi esse o caso de Carla. Pelo tom de sua pele, foi marcada como diferente de forma negativa pelo inconsciente dos profissionais de saúde e invadida tanto pela retirada de sua autonomia quanto literalmente pelo toque da médica. Na fala da participante, ela pontua sobre a dor de sentir os dedos da médica em seu corpo. Deixo aqui novamente o trecho para maior compreensão:

*“Porque acabou... acabou a anestesia e eu comecei a sentir a... conforme a médica. Ela enfiou os dedos assim na... Ela fez um buraco e enfiou os dedos pra ir abrindo assim e eu sentindo, sentindo a dor.”*

Observa-se que a falta de voz, ou seja, a invisibilidade do direito à opinião sobre seu próprio estado de saúde em mulheres negras grávidas vem desde antes do pré-natal. É o que podemos observar ao ouvir Carla. Além de realizar o procedimento sem anestesia, também relata ter sido ignorada por médicos ao reclamar de dores no pré-natal. A entrevistada, inclusive, demorou meses para descobrir a gravidez, pois ao ir ao médico falando de infecção de urina, sua fala não tinha validade e, dessa forma, foi diagnosticada com dores musculares.

Estes episódios também exemplificam as dificuldades que as mulheres negras vão ter nos acessos à saúde, impactando inclusive nas suas permanências nesses espaços, como citado anteriormente.

### **Importância da estrutura familiar**

A necessidade de um apoio durante o pré-natal, o parto e os momentos após o nascimento do bebê é defendido por Maldonado (2017), pois é sabido que a mulher se encontra em um momento de extrema vulnerabilidade. A autora ainda pontua sobre como o nascimento de um novo membro da família modifica a vivência de todos os seus integrantes. Sugere-se assim, que quando este apoio falta, sentimentos como solidão, angústia e medo são exacerbados.

Sarah relatou ter vivenciado problemas com sua família e parceiro. Revelou ter sido expulsa de casa pelo pai, que não aceitava sua gravidez, precisando ir passar alguns dias na casa de uma parente. No que diz respeito ao namorado, Sarah disse que ele a deixava sozinha para ir a festas e que a sogra duvidou da paternidade da filha deles. No momento da entrevista, eles não estavam mais juntos. Sobre essa situação, ela apresentou sentimentos fortes de solidão. Em suas palavras:

*“É uma coisa, é uma dor que eu não... não desejo nem pra pior mulher do mundo, sabe? Ter um... Tá grávida e tá sozinha por que... é... a gente... passa tudo pro neném né. A minha... A minha filha era muito agitada na minha barriga por que eu só chorava né (...) Parece que você vai morrer, sabe? Parece que você vai... acabar seu ar e você vai... sufocar e vai morrer. Porque... Quando a gente se sente sozinha, é... na gravidez é... Você se sente abandonada, excluída, é... Sem apoio. E você chora.”*

Com essa fala, Sarah evidencia a dura realidade das mulheres que não possuem apoio na época da gravidez. É notável que a participante tem dificuldade para nomear o que sente a respeito desse momento. Com a voz embargada, com dificuldade para falar e parece temer dar nome ao que de fato viveu. Nesse momento, Sarah não possuía apoio e havia sido abandonada pelo pai de sua filha, que segundo ela, foi o que mais lhe causou dor. Entretanto, ao ter o apoio do próprio pai, um apoio maior do companheiro e da mãe, Sarah passou a ter mais força para encarar as situações violentas que viveu.

Vale ressaltar que, de todas as participantes da pesquisa, foi a única que apontou o que ocorreu no próprio parto como errado, como demonstrado na fala dela no tópico anterior. Sarah afirmou entender o ocorrido como algo muito sério que não deveria ter acontecido.

Já Carla, foi privada de ter o acompanhamento de seu parceiro durante seu parto, mas alegou ter tido muito apoio familiar em ambas suas gestações. Ela vê o que ocorreu em seu pré-natal e parto como um descaso do SUS, entretanto na entrevista traz que seus familiares a aconselharam a denunciar. Ela afirma:

*“Carla: (...) Falaram assim pra eu processar o hospital por... como fala? Quando é violência no parto?”*

*Entrevistadora: Violência obstétrica?*

*Carla: Isso! Falaram para mim processar, só que falaram assim: ‘ah você tem tempo pra processar’. Só que é igual eu falei assim pra mim não compensa...”*

Ao relatar esta experiência, Carla parecia ter dificuldade em lembrar das palavras, se confundindo com as informações, demonstrando incômodo para prosseguir com o assunto, sugerindo que a situação ainda a incomodava psicologicamente. Apesar disso, podemos perceber que atualmente encara a situação como um simples descaso, possivelmente por ter sido apoiada para consequências de denunciar os fatos à justiça, mas escolhendo não o fazer. Entretanto, é importante observar que, apesar de sua dificuldade, Carla consegue entender a situação como errada a partir das falas de seus familiares.

É importante salientar, nesse aspecto, que a experiência de Sarah pode ser caracterizada como violência obstétrica, e o vivido por Carla como racismo obstétrico, já definido anteriormente neste artigo. Ao fazermos o recorte racial, nos debruçamos novamente sobre o estereótipo do negro forte, aquele que não deve sentir dor e nem se incomodar. Sobre o tema, retomo [Kilomba](#) (2008), pois a autora nos traz a compreensão de que essa ideia não só é uma estratégia política para separar brancas e negras como também aprisiona as mulheres negras em um ideal onde elas nunca podem se queixar ou manifestar suas feridas mais profundas, inclusive as feitas pelo racismo. Ela também afirma sobre como essa ideia é uma medida adotada para manter outro ideal racista, o da família negra danificada, onde a mulher não tem apoio, e sendo forte, nem precisa ter. Ao olharmos para a situação vivida por Carla, podemos entender sua dificuldade de denunciar como manifestação do estereótipo da negra forte, entretanto o apoio da sua família a ajuda a tentar nomear essa situação.

Por outro lado, ao ouvirmos o relato de Ingrid, somos levados a olhar mais a fundo sobre o apoio, ou seja, a importância para que o período gestacional e pós-parto seja vivido de forma tranquila. Sobre sua relação com a médica, ela diz:

*“Sim, a minha médica, a minha médica sim porque... A minha médica do pré-natal todo, ela... Eu não tenho o que queixar dela, ela foi uma médica excelente.”*

No decorrer da entrevista, Ingrid relata que a médica ainda observou que ela estava tendo problemas para dormir devido à ansiedade e a encaminhou para um psiquiatra, tomando conta também de sua saúde mental. Agora, no que diz respeito ao marido, ela afirmou ter tido o apoio dele o tempo todo. Afirma:

*“Sim, sim! Foi... Eu tive apoio tanto é que quem me acompanhava... quem me acompanhou na verdade na maternidade na primeira consulta foi o meu marido, aí na segunda como ele tinha que trabalhar quem me acompanhou foi minha cunhada”.*

Com essa fala, Ingrid demonstra não só apoio do companheiro como também do restante da família, algo importante para a saúde e o bem-estar das gestantes. Entretanto, novamente se mostra importante fazer o marcador racial: Ingrid é uma mulher branca.

Apesar das diferenças nas situações vivenciadas pelas participantes, é possível observar que os relatos possuem manifestações de ansiedade (dificuldade para falar, gaguejar, sentimento de que a solidão está ligada à morte). De acordo com [Maldonado](#) (2017) esse estado físico constante acarreta mudanças endócrinas e metabólicas no corpo das mulheres, o que pode influenciar em futuros problemas emocionais e cognitivos na criança. Sendo assim, nota-se que estar em um ambiente acolhedor, seguro e saudável não é importante só para a mãe como também para a saúde do bebê.

### ***Insegurança para dialogar com profissional da saúde***

#### **Saber médico como soberano e a retirada do protagonismo da paciente.**

A relação entre o profissional de saúde e as pacientes se mostrou conturbada, principalmente para aquelas que se autodeclararam pretas ou pardas. Medo de emitir opiniões ou dúvidas foram percebidos:

*“Ah é... Nesses casos assim eu sou tipo medrosa. Tem certas circunstâncias que eu falo ‘melhor a gente ficar quieta do que cobrar a nossa razão’ por que... tem horas que a gente tá assim... vulnerável em certas situações.”*

Com essa fala, pode-se notar o receio de Carla em se proteger da atitude da profissional que, segundo ela, retirou um documento importante que portava ao ir para o centro cirúrgico.

A participante associa esse medo ao fato de estar em uma condição de vulnerabilidade, isto é, sendo “a paciente” e estando em trabalho de parto. Entretanto, pode-se compreender que, ainda que uma mulher esteja nessas mesmas condições, seria extremamente importante a confiança no profissional. Esse receio, então, está muito mais ligado às práticas médicas observadas nos relatos, que exclui o paciente do próprio caso, e ao racismo e sexismo, que validam a invasão física e psicológica de mulheres negras. Pode-se afirmar que sim, Carla encontrava-se em uma situação de vulnerabilidade, o que por si só, justificaria maior atenção e cuidado a serem despendidos a ela.

Como pontuado anteriormente, existe uma forma com que o corpo negro é visto pelas pessoas brancas, normalmente enxergados como errados. Kilomba (2008) em sua obra nos traz o fato de que “ser negro” é ligado automaticamente na sociedade a um ideal ruim, selvagem e pejorativo. O que leva ao negro ser visto como “Outro”. Dessa forma, entende-se que havia uma diferença social entre as pacientes negras e os médicos. Entretanto, não podemos afirmar que essa situação é mantida apenas pela hierarquia racial, uma vez que Carla não relata a raça de sua médica. Pode-se entender que há uma junção de violência de gênero com a de raça, retomando o conceito de violência obstétrica como aquilo que retira a autonomia e o racismo institucional como o fracasso em garantir um bom serviço a pessoas negras.

Ao levarmos em conta o racismo institucional e as compreensões do negro como o outro, pode-se notar que as pacientes negras também foram silenciadas, apresentando dificuldades de se posicionarem frente à equipe de saúde. Carla traz em sua fala o seguinte:

*“...Eu não conseguia nem mexer o corpo, quando eu achava que minhas pernas estavam abaixando, minhas pernas estavam pra cima. (risos) Então se ela quisesse fazer alguma coisa comigo... faz. E sozinha assim como no parto...”*

Nesse ponto, ela traz o medo de um ataque físico, pressupondo que os profissionais de saúde estavam em uma posição de poder tão grande que poderiam de fato machucar e interferir na integridade física de seus pacientes. O medo se torna compreensível ao lembrarmos da interseccionalidade de Carla.

O mesmo observa-se em Isa, outra mulher negra. Esta afirma ter pedido ajuda, mais especificamente anestesia uma vez que sentia muita dor, entretanto não recebeu nenhuma resposta (mesmo que para justificar o não atendimento de sua solicitação). Ainda nesta perspectiva, convém salientar que este assunto será aprofundado ao abordarmos a categoria seguinte.

### **Falta de escuta profissional**

#### **Possíveis erros de diagnóstico.**

Como já descrito neste estudo, a relação das pacientes com médicos/enfermeiros se mostrou conturbada desde o pré-natal. Relatos de erros de diagnóstico estiveram presentes.

É o caso de Carla, onde um quadro de infecção urinária possivelmente causada pela gravidez foi confundida com dores musculares, levando a entrevistada a tomar remédios para dor no corpo durante o primeiro trimestre da gestação. Ainda em seus relatos, aparece que sua opinião, ao identificar que estava com infecção urinária e não dores musculares, não foi ouvida e respeitada.

Outra participante negra que relatou ter passado por situações similares a esta foi Isa. O caso dela não resulta necessariamente de um erro de diagnóstico, mas de uma situação que talvez pudesse ter um manejo diferente do realizado. Segundo ela, no momento do parto, foi informada pelos médicos que devido ao tamanho de seu bebê, não teria dilatação suficiente para dar à luz. Apesar de ter solicitado anestesia, foi informada que não poderia tomar a medicação naquele momento. Fazendo com que Isa passasse a pensar que nada foi feito em seu auxílio e que suas sequelas físicas são oriundas desse momento.

*“... Mas eu pedi todo momento por anestesia né e aí me explicavam que a anestesia naquele momento não era possível por que tava num grau avançado do trabalho de parto...”*

A situação vivenciada por Isa apresenta dois pontos a serem refletidos: a fala dita e não ouvida e para quem é o protagonista do parto humanizado? No primeiro ponto, compreende-se que Isa conseguiu falar sobre sua dor, sobre sua necessidade de ajuda, mas não sentiu que foi atendida. Assim como Carla, que pontuou suas dores e suas suspeitas, porém não foi ouvida. Ao ser indagada sobre o que os profissionais faziam ao ouvir sua súplica, Isa diz:

*“Nada. Tipo... ficava... eu... É que muito do parto você não ouviu também né, mas meu marido falou que eu não falava nada com nada também (risos). Só falava que tava saindo, que era pra fazer mais força e... esperar a contração para fazer força, a força certa e ai... Foi isso, só, não... Não auxiliaram.”*

O discurso da participante demonstra seus sentimentos de não se sentir acolhida e amparada pelos profissionais presentes no momento. É possível justificar a não intervenção médica ao lembrarmos que ela teve seu parto em um hospital humanizado em São Paulo, porém sua vivência enquanto mulher e negra nos abre a discussão: para quem é o parto humanizado e até que ponto ele ocorre? Se o parto humanizado é feito para que mãe e filho tenham uma experiência mais segura e menos traumática, a intervenção médica não deveria ter caminhado para auxiliar a paciente naquele momento, promovendo uma sensação de segurança?

É importante notar que as duas pacientes que falaram e não se sentiram ouvidas eram negras, corroborando o fato histórico da sociedade, ainda em várias ações, retirar o poder de voz e o direito de receber tratamento igualitário em mulheres negras, como já levantado nos outros tópicos.

### **Trocas de profissionais**

Além dos relatos sobre a falta de escuta dos profissionais da saúde, também se mostraram presentes queixas relacionadas à alta rotatividade de profissionais da saúde. Sarah, por exemplo, não só vivenciou tal situação durante o pré-natal, ao ter seu médico trocado diversas vezes, como também no momento do parto, onde relata que foi orientada e supervisionada no mesmo momento por três enfermeiras diferentes, havendo diferentes diagnósticos para seu quadro. No que diz respeito ao pré-natal, Sarah relatou dificuldades para marcar exames e também sobre não conseguir um acompanhamento fixo com um profissional.

Sarah se diferencia das demais por ter passado pelas trocas de profissionais até mesmo no parto, entretanto Carla também mencionou dificuldade em fazer exames e em ter um médico regular. Justificou tal fato pela ocorrência da pandemia. Entretanto, ao relatar suas dificuldades com o SUS, contou uma experiência marcante de sua primeira gravidez:

*“Agora a gestação, o acompanhamento médico assim foi mais tranquilo apesar das consultas, exames, essas coisas serem muito difíceis né mas foi mais tranquilo. Tanto que a minha primeira filha quando saiu o morfológico dela, ela tava com dois anos. Ela fez dois anos e me ligaram pra fazer o morfológico.”*

A fala acima demonstra que apesar de ter passado por uma gestação fora da pandemia, Carla apresentou também dificuldades com os atendimentos. Já sobre a gestação do segundo filho, a entrevistada relatou:

*“Foi mais difícil porque com a pandemia... o posto tava com o atendimento mais restrito, os exames não estavam fazendo então eu tive que meio que fazer particular todos os exames da gestação...”*

Apesar de compreender suas últimas dificuldades como oriundas da pandemia, Carla afirma ter tido problemas em ambas as gestações, trazendo luz para os problemas da rede pública.

Esses fatos, apesar de não evidenciarem necessariamente uma questão racial, retomam o que já foi dito sobre a dificuldade de acesso e permanência nesses espaços bem como um marcador de classe. Um outro fator para a dificuldade de pessoas negras na saúde é também sua classe econômica e seu poder financeiro (Silva et al. 2020). É importante observar que Carla passa por essa situação com os seus dois filhos.

### **Considerações finais**

A partir deste estudo, foi possível observar que apesar das diretrizes do Sistema Único de Saúde de ofertar uma assistência à população de maneira igualitária, isso não foi mantido no atendimento das mulheres pretas e pardas. Sendo assim, o objetivo de compreender sobre o atendimento oferecido para essas mulheres e seus impactos foi alcançado.

Apesar do artigo se debruçar sobre o pré-natal e a importância do acompanhamento, foi notável o fato de que as participantes apresentavam não só queixas como impactos psicológicos a respeito do parto. Ficou evidente marcas não positivas deixadas por esse momento: sequelas físicas, traumas emocionais e psicológicos, sugerindo a necessidade de maior atenção e acompanhamento especializado no período pós-parto.

Convém sublinhar que, na presente pesquisa, algumas entrevistadas se autodeclararam pardas, não compreendendo a si mesmas como parte do que representa a população negra brasileira, entretanto suas vivências foram atravessadas pelo racismo institucional da mesma forma. O negacionismo presente nessa situação reforça o lugar da temática que envolve diretamente as relações raciais, ou seja, um lugar de invisibilidade, ampliando cada vez mais a lacuna que existe entre a humanização e respeito no parto e violência obstétrica.

Com relação ao contexto descrito pelas entrevistadas, a realidade vivenciada por mulheres pretas e pardas mostrou-se diferente da vivida por mulheres brancas. Situações de desinformação, humilhação e sofrimento estiveram bastante presentes em seus relatos. Desta forma, acreditamos que qualquer discussão sobre violência obstétrica que não considere o fator raça, corre o risco de não favorecer a criação substancial de métodos que garantam a segurança e dignidade das mulheres negras, e claro, a saúde dos filhos, apontando para um cenário bastante amplo que nos arriscamos nomear como racismo obstétrico.

Nesta perspectiva, acreditamos que esse trabalho pode contribuir para compreensões sobre o racismo obstétrico, trazendo mais visibilidade para esta forma em que o racismo estrutural se apresenta dentro de hospitais públicos, dando assim visibilidade a temas em que ações discriminatórias e preconceituosas são utilizadas como uma grande força tarefa para escondê-las.

## Agradecimentos

Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

## Contribuições dos autores

Neves, J. B. participou da concepção da pergunta da pesquisa, delineamento da metodologia, busca e análise dos dados de pesquisa, interpretação dos resultados, redação do artigo. Souza, I. Y. participou da concepção da pergunta da pesquisa, do delineamento da metodologia e interpretação dos resultados. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do artigo e estão de acordo com sua publicação.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



## Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreto, A. C. J. (Coord.). (2022). *Violência obstétrica em pessoas negras*. NEPER/UFF Campos. [https://www.uff.br/sites/default/files/informes/violencia\\_obstetrica\\_em\\_pessoas\\_negras\\_2\\_1.pdf](https://www.uff.br/sites/default/files/informes/violencia_obstetrica_em_pessoas_negras_2_1.pdf)
- Borges, J. (2019). *Encarceramento em massa*. Sueli Carneiro, Pólen Livros.

- Davis, D. A. (2018). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing [Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, parto e nascimento]. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- Ferreira, H. R. S. (2023). *Violência e segurança pública em 2023: cenários exploratórios e planejamento prospectivo*. Ipea. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/114/violencia-e-seguranca-publica-em-2023-cenarios-exploratorios-e-planejamento-prospectivo>
- Hooks, B. (1981). *Não sou eu uma mulher?* (B. Libanio, Trad., 3ª ed.). Rosa dos Tempos.
- IBGE. (2022). *Cor ou raça?*. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>
- Kilomba, G. (2008). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano* (J. Oliveira, Trad.). Cobogó.
- Lago, M. C. S., Montibeler, D. P. S., & Miguel, R. B. P. (2021). Pardismo, colorismo e a “mulher brasileira”: Produção da identidade racial de mulheres negras de pele clara. *Revista de Estudos Feministas*, 29(1), e39482. <https://www.scielo.br/j/ref/a/n3bvrj5QDBdX4pwghWjcMyP/abstract/?lang=pt>
- Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y., & Leal, M. C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: Um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 483-491. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez*. Editora Ideais&Letras.
- Marques, B. L., Tomasi, Y. T., Saraiva, S. S., Boing, A. F., & Geremia, D. S. (2021). Orientações às gestantes no pré-natal: A importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200098. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: Uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, 43(122), 939-948. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>
- Santos, M. P. A. D., Nery, J. S., Goes, E. F., Silva, A. D., Santos, A. B. S. D., Batista, L. E., & Araújo, E. M. D. (2020). População negra e Covid-19: Reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34(99), 225-244. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>
- Silva, N. N., Favacho, V. B. C., Boska, G. A., Andrade, E. C., Mercedes, N. P., & Oliveira, M. A. F. (2020). Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180834. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
- Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>