

Artículo original



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

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

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

Juliana Bittencourt das Neves¹ Ivete de Souza Yavo² ¹Autora correspondiente. Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Paulo, Brasil. julianabittencourt.psic@gmail.com²Universidade Municipal de São Caetano do Sul (São Caetano do Sul). São Paulo, Brasil.

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.

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 Género. 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.

Introducción

El tráfico de negros africanos a Brasil comenzó en 1539, en la Capitanía de Pernambuco. Durante este período, el país pasó por una época en que los negros eran desvalorizados, desde su cultura hasta su apariencia física, y el racismo era explícito debido al proceso de esclavitud (Oliveira & Kubiak, 2019). Dentro de esta realidad, la mujer negra experimentó una intersección de violaciones. Como esclava, era castigada y obligada a trabajos forzados, y como mujer era sexualizada y violada. A este respecto, Hooks (1981, p. 19) afirma:

“La explotación racista de las mujeres negras como trabajadoras en el campo o como empleadas domésticas en la casa grande no era tan deshumanizadora y desmoralizadora como la explotación sexual. El sexismo colonial de los hombres blancos patriarcales evitó a los esclavos negros la humillación de la violación homosexual y otras formas de agresión sexual. Mientras que el sexismo era un sistema social que protegía la sexualidad de los hombres negros, legitimaba (socialmente) la explotación sexual de las mujeres negras”.

Se entiende, por tanto, que aunque ambos eran negros, la mujer negra tenía una experiencia como esclava que la diferenciaba de sus compañeros, precisamente por su condición de género. Sin embargo, aunque compartían el mismo sexo biológico que las mujeres blancas, existía, en aquella época, una separación entre las mujeres basada en la raza. Este aspecto es explorado en profundidad en el trabajo de Borges (2019), que aborda la tensa relación entre las mujeres blancas, sinhás, y las negras, que aún eran esclavas. En su trabajo *Encarceramento em massa*, la autora afirma que es necesario mirar otra dimensión, o sea, el conflicto que la explotación sexual generaba, agravando la relación con las mujeres blancas y los hombres propietarios. Además de tener sus cuerpos violados, estas mujeres tenían que vivir con el odio y los celos de las mujeres blancas. Según la autora, esos cuerpos eran degradados y subordinados, incluso vistos como capaces de soportar dolores intensos.

En este punto, es importante reflexionar sobre cómo Brasil clasifica actualmente las cuestiones de raza y color. Según el IBGE (2022), el Censo Demográfico de 2022 mostró que Brasil tiene un 45,3% de habitantes pardos, un 10,2% de habitantes negros y un 43,5% de habitantes blancos. Como negros y pardos entran en la categoría de negros, se puede entender que la mayoría de la población brasileña es negra. A pesar de este hecho, el país aún tiene grandes dificultades para entender a los pardos como negros, posiblemente como resultado del gran proceso de mestizaje de Brasil. Cabe destacar que, aunque muchos brasileños entiendan el mestizaje como algo positivo, este término, así como el de mestizo, es problemático, ya que existe a partir de un proceso de alienación y fragmentación de la comunidad negra (Lago et al., 2021).

Las construcciones mencionadas dan lugar al racismo institucional, ya que sus consecuencias siguen presentes en la sociedad brasileña. De hecho, la mejor manera de definirlo es como “la incapacidad colectiva de una organización para prestar un servicio adecuado y profesional a las personas debido a su color, cultura u origen étnico” (Batista et al, 2007, citado en Oliveira & Kubiak, 2019, p. 940).

Entendiendo esta definición, el racismo institucional puede ser visto como una forma de mantener la vulnerabilidad de las personas negras en diversas áreas, ya sea en los altos índices de violencia, donde los jóvenes negros son las mayores víctimas de homicidios (Ferreira, 2023), o en la pandemia del COVID-19, donde la inclusión de las categorías

raza/color en los boletines y cuestionarios fue tardía, denotando perjuicios a las acciones dirigidas a esta parte de la población (Santos et al., 2020).

Esta forma de racismo es muy común en el sector de la salud, poniendo en riesgo la atención y el cuidado de las personas negras. El sector de la salud es uno de los principales agentes de discriminación, con denuncias de rechazo, burlas y discursos agresivos (Silva et al., 2020). Este trato puede dificultar la permanencia y el acceso de las personas negras a la sanidad pública.

Como ya se ha mencionado, las mujeres negras se enfrentan a dificultades tanto por su género como por el color de su piel. El racismo institucional en su experiencia también está presente cuando necesitan atención en los hospitales públicos durante el embarazo, planteando incluso cuestiones relacionadas con la violencia. Es importante destacar que una buena atención prenatal es importante no sólo para garantizar la salud de la madre durante el embarazo, sino también para asegurar la buena salud del bebé (Marques et al., 2021).

Cuando investigamos la ocurrencia de estos casos en la atención prenatal de mujeres negras y morenas, nos encontramos con datos que llaman la atención, como la queja frecuente de posibles procedimientos mal realizados y la alta tasa de mortalidad materna. Estos casos son un reflejo no sólo del ideal racista de que "los negros son más resistentes al dolor", sino también de la dificultad de acceso y la mala calidad de la atención a estas mujeres (Oliveira & Kubiak, 2019).

Cabe destacar que estas cuestiones relacionadas con la atención corroboran la definición de violencia obstétrica, que puede ser entendida como la apropiación de los procesos reproductivos de las mujeres a través de relaciones deshumanizantes, que incluyen el uso abusivo de la medicalización y la patologización de los procesos naturales. Esta realidad termina por arrebatar a las mujeres la autonomía sobre sus cuerpos (Diniz, 2014, citado en Oliveira & Kubiak, 2019).

Desde esta perspectiva, siempre en relación con la apropiación del cuerpo de las mujeres negras, es importante considerar lo que señala Kilomba (2008), a saber, que se trata de un cuerpo que puede ser invadido. Esta toma de conciencia proviene del hecho de que las mujeres negras son vistas como diferentes: "otras", a diferencia de las mujeres blancas "normales". Esta diferencia se utiliza como marca para legitimar la invasión y los cuidados desiguales durante el embarazo.

Se puede observar que estos datos van en contra de lo que propone Maldonado (2017) cuando afirma que la atención prenatal debe darse desde el inicio del embarazo y es fundamental para el buen desarrollo del bebé durante los nueve meses. Para la autora, los tres trimestres del embarazo son sumamente importantes, pero es en el segundo trimestre cuando se percibe el mayor cambio emocional, y en el tercer trimestre existe un mayor miedo al parto, por lo que es necesaria una fuerte red de apoyo basada en las relaciones familiares y profesionales para ayudar a la embarazada.

Desde esta perspectiva, nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que las mujeres negras tienen más dificultades para acceder y encontrar servicios de calidad y, por lo tanto, cuentan con menos apoyo. Como tal, podemos entender que son más vulnerables y, en consecuencia, el miedo descrito por Maldonado (2017) ya no se relaciona solo con el último trimestre, sino que se basa en las condiciones sociales y raciales de estas mujeres.

Cabe destacar que, cuando analizamos el tema en otros países, vemos que el escenario presentado anteriormente no sólo lo viven las mujeres negras brasileñas. Se encuentra incluso en países como los Estados Unidos de América. En Estados Unidos, Dána-Ain Davis (2018, p. 2) presenta en su artículo "Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labour, and Birthing" casos de mujeres negras que sufrieron algún tipo de violencia durante el parto o la atención prenatal. El artículo también introduce el término "racismo obstétrico". Este término es descrito por la autora como algo que "...se encuentra

en la intersección entre la violencia obstétrica y el racismo médico”, es decir, la violencia obstétrica puede ocurrirle a cualquier mujer, pero el racismo obstétrico, una vez vinculado a los conflictos de raza presentes en la medicina, se refiere a situaciones específicas vividas por mujeres no blancas. Cuando buscamos este término en la bibliografía brasileña, notamos que es raramente utilizado en discusiones sobre violencia obstétrica contra mujeres negras. Sin embargo, fue posible localizar el folleto ‘Violencia Obstétrica en personas negras’ (Barreto, 2022) que no sólo utiliza el término, sino que también discute los cruces causados por la pandemia, incluyendo los diferentes tratamientos observados en las intervenciones para mujeres blancas y negras durante este período.

Con respecto a esta diferenciación, Oliveira & Kubiak (2019) ofrecen una revisión bibliográfica sobre el tema, con datos que muestran que el 12% de las mujeres negras (de una muestra de 2.719 personas) y el 11% de las mujeres pardas (de una muestra de 1.765 personas) afirmaron no haber sufrido ningún tipo de violencia durante el parto. Esto demuestra que la mayoría de las mujeres negras han sufrido algún tipo de violencia en algún momento, ya sea física o verbal.

Entendiendo, entonces, que la violencia obstétrica es una forma multifactorial de agresión, se puede ver que las mujeres negras, al tener una intersección de diferentes opresiones sociales, son las mayores víctimas. Es posible entonces llevar el concepto de “racismo obstétrico” a la realidad brasileña, discutiendo las diferentes formas en que el racismo obstétrico se manifiesta y cómo viola de diferentes maneras a las mujeres blancas, morenas y negras.

Objetivos

Objetivo general

En este trabajo buscamos comprender la experiencia psicológica de las mujeres negras embarazadas en relación con la atención que reciben durante el control prenatal, así como conocer los posibles factores que generan malestar psicológico.

Objetivos específicos

Conocer los aspectos emocionales de las gestantes durante los cuidados prenatales;

Conocer las condiciones de afrontamiento desarrolladas por las gestantes para lidiar con las emociones presentes en este contexto;

Investigar la existencia de posible malestar psicológico resultante de la discriminación racial y posible violencia obstétrica.

Discutir comparativamente los aspectos psicológicos presentes en el discurso de las mujeres negras y blancas en relación con la atención que reciben.

Desarrollar investigaciones que puedan contribuir al desarrollo de protocolos de atención que actúen como preventivos en la incidencia de la violencia obstétrica.

Justificación

Estudios recientes demuestran que la discriminación racial sigue observándose en los servicios de salud, perjudicando la atención de las mujeres negras en particular, provocando sentimientos de impotencia y humillación durante la atención prenatal y el parto. Desde esta perspectiva, tomando a Maldonado (2017), podemos entender que el estado emocional de las mujeres durante el embarazo está rodeado de cambios de humor, miedos e inseguridades. En este sentido, nos lleva a pensar que las experiencias mencionadas anteriormente en este artículo pueden enfermar a las mujeres durante el embarazo, ya que la violencia obstétrica puede estar relacionada con la depresión posparto y el estrés postraumático, entre otras cuestiones relacionadas con la ansiedad (Leite et al., 2022). De esta forma, es necesario realizar investigaciones que se centren en las gestantes negras de forma más específica y atenta, ya que posiblemente son más vulnerables a experiencias con un fuerte potencial traumático que pueden influir negativamente en la relación madre-bebé. Por lo tanto, al entender el racismo como un factor que enferma a las mujeres es necesario desarrollar proyectos que permitan sensibilizar a los profesionales de la salud y crear una red de apoyo psicosocial.

Marco teórico

Partiendo del supuesto de que la vulnerabilidad expuesta en el escenario antes descrito posiblemente esté arraigada en la forma en que estas mujeres también perciben su subjetividad, en este estudio optamos por realizar una investigación cualitativa. En este caso, se entiende que hay una gran posibilidad de profundizar y acercarse a fenómenos que aún subyacen al tema propuesto, los cuales pueden ser explorados en profundidad (Turato, 2000).

Para una mejor aproximación a los datos, este estudio también cuenta con autores que abordan temas relacionados con la psicología, especialmente el psicoanálisis, cuestiones de raza, género y vulnerabilidad social.

Método

Como se ha descrito anteriormente, se trata de un estudio cualitativo, presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con el número CAAE 34142020.3.0000.5510.

Se entrevistó a un total de 5 (cinco) participantes. Los criterios de inclusión para participar del estudio fueron haber dado a luz en los últimos dos años, haber dado a luz en un hospital público y ser residente de la región ABC de São Paulo.

Debido a la pandemia de COVID-19, el contacto con las participantes se hizo a distancia a través de la plataforma digital *WhatsApp*. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Para mantener la seguridad de los participantes, se eligieron nombres ficticios al azar.

En la primera reunión con las participantes se hizo una breve presentación de la investigación y se entregó el formulario de consentimiento informado, tras lo cual se procedió a la entrevista. Para las entrevistas se utilizaron dos cuestionarios: uno sobre condiciones sociodemográficas (que contenía preguntas sobre vivienda, familia y salud) y otro cuestionario con preguntas orientadoras (como pedirles que hablaran sobre: si el embarazo fue planificado o no, el momento en que se enteraron de que estaban embarazadas, cómo está afrontando su familia la llegada de otro

miembro, la calidad de su salud y la del bebé, cómo está siendo su atención en la Unidad de Salud y si han sido capaces de seguir las indicaciones del médico).

En cuanto al análisis de los datos, las entrevistas fueron examinadas mediante el método de análisis de contenido (Bardin, 2011), destacando las siguientes categorías y subcategorías: traumas en relación al rol vivido, miedo a volver a quedarse embarazada, dificultad para nombrar los sentimientos, racismo de género y estructural, importancia de la familia, inseguridad para dialogar con los profesionales sanitarios, el saber médico como soberano y supresión del protagonismo del paciente, falta de escucha profesional, posibles errores de diagnóstico y cambios de profesionales.

Resultados y debate

La primera entrevistada, a la que nos referiremos aquí como Sarah, es una mujer blanca y soltera de 23 (veintitrés) años. En el momento de la entrevista no tenía trabajo y dijo estar desempleada. El embarazo relatado en la entrevista era el primero y el bebé tenía un año.

La segunda participante es Carla, una mujer negra de veinticuatro años. Vive con su pareja, pero afirma ser soltera (según ella, no tiene papeles). El embarazo que relató era el segundo, y su hijo tenía un año y un mes. También comentó que no trabajaba.

Eduarda, la tercera entrevistada, es una mujer parda de 28 años. Está casada y trabaja como auxiliar. El embarazo mencionado en la entrevista fue también el segundo, y su hijo tiene siete meses.

Isa, la cuarta entrevistada, se declara negra. Tiene 30 años y está casada. En el momento de la entrevista trabajaba como coordinadora administrativa. El embarazo relatado fue el primero y, en aquel momento, su hija tenía seis meses. Cuando estaba embarazada, Isa vivía en una ciudad cercana a São Paulo. Sin embargo, también fue atendida en otro municipio, en otro hospital, que a su vez no fue el lugar donde dio a luz. El parto tuvo lugar en São Paulo. La última entrevistada fue Ingrid. Declaró ser blanca, tener 34 años y estar casada. Vive y fue atendida en el mismo municipio. Actualmente está desempleada.

Análisis de los datos

Un vistazo a cada historia

Sarah - sentirse sin apoyo.

Sarah se mostró muy dispuesta a participar en la entrevista. Respondió a todas las preguntas con rapidez y buena disposición. No dudó en enviar fotos y vídeos de su estancia en el hospital.

Contó que había recibido poco apoyo del hospital durante el parto. Relató situaciones que había vivido, entendiéndolas como equivocadas. Según ella, durante el parto hubo varios cambios de profesionales (incluidos médicos), lo que dificultó la realización de diversas pruebas. Durante el parto hubo que practicar una episiotomía. Tras el parto, sufrió graves complicaciones. Su madre la acompañó a las consultas y durante el parto.

Carla - sentirse vulnerable.

Durante la entrevista, Carla también se mostró dispuesta a participar. Sin embargo, su entrevista se vio empañada por el olvido de palabras, la confusión y, en muchos momentos, se perdió en sus propios razonamientos.

Afirmó que tomaba anticonceptivos inyectables, lo que le dificultó darse cuenta de que estaba embarazada. Fue varias veces al médico quejándose de dolor, pero entendieron su dolor como algo muscular y la medicaron para ello. Carla dice que se dio cuenta de que tenía una infección urinaria, ya que había tenido el mismo problema durante su primer embarazo. Fue al centro de salud a pedir medicación para esta dolencia, pero se la volvieron a negar. Al cabo de tres meses, se hizo una ecografía y descubrió que estaba embarazada, lo que la preocupó enormemente por la medicación que había estado tomando durante el primer trimestre de embarazo.

Junto con el parto, le iban a practicar otra intervención: una ligadura de trompas. Llevaba documentos con las instrucciones y, cuando fue al quirófano, dijo que una enfermera recogió los documentos con la información que no se había presentado al médico.

Según Carla, como consecuencia el médico que realizó el parto fue informado de la ligadura de trompas tras el nacimiento de su hijo y realizó la intervención "con los efectos de la anestesia ya desaparecidos" (sic), provocándole sensaciones muy desagradables. Sufrió secuelas tras la intervención. Según ella, le quedó un punto dentro del útero y comenta que siente mucho dolor cuando se mueve. También dice que se hizo la ligadura de trompas sin que su marido (y cuidador) lo supiera.

Eduarda - un embarazo tranquilo.

Durante la entrevista, Eduarda se mostró tímida e incómoda al hablar del periodo prenatal y del parto. Mostró que había albergado grandes expectativas y un fuerte deseo de ser madre antes de los 30 años, y comentó que había tenido mucho apoyo de su familia y de su marido. En cuanto a las preguntas de la encuesta, Eduarda afirmó que no había tenido complicaciones y que había tenido un embarazo bastante tranquilo.

Isa - una petición denegada.

Isa estaba un poco tensa en el momento de la entrevista, pero respondió a todas las preguntas con interés, relatando sus experiencias. Iba a dar a luz en un hospital público de su ciudad, pero cuando fue a hacerse un análisis de orina y vio las condiciones a las que estaban sometidas allí las mujeres embarazadas, decidió cambiar de institución. Dio a luz en un hospital de la ciudad de São Paulo, reconocido como humanizado, según ella. Contó que sintió mucho dolor, porque no tenía un pasillo lo suficientemente grande para su bebé. A pesar de pedir anestesia, dijo que no se la administraron (sic), dejándola con algunos problemas posparto como consecuencia del esfuerzo realizado para dar a luz. Expresó su temor a volver a ser madre y vivir las mismas situaciones en el hospital.

Ingrid - bienvenida.

Ingrid se mostró dispuesta a hablar, relatando sus experiencias durante su último embarazo sin ninguna dificultad. Cuando nos contó sobre su aborto espontáneo, demostró que aún vivía el duelo y la pérdida, pero compartió su historia con la investigadora.

Aunque nacida en un municipio de Bahía, en el momento de la entrevista Ingrid vivía en una ciudad de la región ABC de São Paulo. Refirió haber tenido un gran apoyo del hospital público donde fue atendida, mencionando incluso el apoyo psicológico de su ginecólogo y la derivación a un psiquiatra.

Ingrid relató haber sufrido un aborto espontáneo antes de tener a su tercer hijo, lo que le hizo desear volver a quedarse embarazada después de perder el feto. Temía volver a abortar, y afirmó que éste fue su mayor conflicto durante su tercer embarazo.

Cuadro 1. Categorías de análisis y subcategorías

Traumas como consecuencia de la situación vivida	Miedo a quedarse embarazada de nuevo
Dificultad para nombrar los sentimientos	Género y racismo estructural Importancia de la estructura familiar
Inseguridad para hablar con los profesionales de la salud	El saber médico como soberano y supresión del protagonismo del paciente
Falta de escucha profesional	Posibles errores de diagnóstico Cambios de profesional

Fuente: los autores (2024).

Traumas como consecuencia de la situación vivida

Miedo a volver a quedarse embarazada.

Escuchando los relatos de las entrevistadas, les resultaba difícil relatar situaciones difíciles y dolorosas vividas durante las consultas y en el momento del parto. Las participantes se mostraban tensas, agitadas o incluso tenían dificultades para mantener un discurso lógico y coherente cuando hablaban de estos temas.

Desde esta perspectiva, podemos inferir que estos acontecimientos pueden haberse convertido en un evento traumático en la vida de estas mujeres. Esto corrobora la idea de que la violencia obstétrica o, en este caso, el racismo obstétrico, pueden contribuir a manifestar un estado postnatal influenciado negativamente por la actuación de los profesionales de la salud, llevando a las mujeres a desarrollar incluso depresión.

Según Isa y Sarah, fueron atendidas en hospitales que garantizaban la seguridad de la madre y del bebé, pero pasaron por situaciones que consideraron delicadas y complicadas. En otras palabras, ninguna de las dos estaba preparada para afrontar esas experiencias. Actualmente, ninguna de las dos quiere volver a quedarse embarazada. dice Sarah:

“Hoy en día no pienso en tener hijos. Si me dijeran, ¿quieres extirparte el útero? diría que sí, sin pensármelo dos veces. Me dolió tanto física como psicológicamente”.

Observando el discurso de la participante, podemos ver claridad sobre los acontecimientos que vivió, entendiendo la forma en que fue tratada como inadecuada, teniendo una evaluación muy negativa.

Cuando habla del dolor físico y psicológico que sintió, Sarah dice que ya no quiere tener hijos, justificando la extirpación del útero con gran énfasis. No verbaliza ninguna razón para su decisión, aparte de lo ocurrido durante el nacimiento de su primera hija.

Isa, cuya experiencia tuvo lugar en un hospital humanizado, también dice que no le gustaría volver a pasar por esa situación. Dice:

“...Pero el hecho de que se extienda, correcto, porque está dañando el suelo pélvico, está... trayendo mucho dolor para después del parto, pienso en... pienso que no quiero pasar por esa parte y luego extender más dolor durante un periodo. Y entonces... no tendría un parto normal mis siguientes niños, no por el momento.”

En su caso, Isa asocia la violencia que sufrió con el parto natural y el hecho de que no le practicaran una cesárea, pero cuando analizamos casos como el de Sara, por ejemplo, nos damos cuenta de que la presencia de médicos o enfermeras no es lo que garantiza la seguridad psicológica de la paciente. Sin embargo, en lo que respecta al trauma psicológico, los recuerdos de Isa también muestran una combinación entre la situación vivida y su miedo a sufrir en el parto, ya que lo que le hizo acudir a este hospital fue la posibilidad de no sentirse vulnerable ante el equipo médico.

Volviendo a [Maldonado \(2017\)](#), el miedo a dar a luz puede provocar infertilidad o problemas de fecundación. La autora señala que este miedo puede llevar a abortos de repetición o incluso a una “psicosis corporal” conocida como embarazo fantasma. De esta forma, se entiende que el miedo derivado de la violencia vivida por las participantes puede manifestarse de diversas formas, perjudicando su calidad de vida.

Dificultad para nombrar los sentimientos

Género y racismo estructural.

Con relación a la raza, es posible identificar en las participantes la interferencia del estereotipo de la mujer negra fuerte. Como vimos en la introducción de este estudio, esta concepción de que la mujer negra es capaz de soportar cualquier tipo de dolor, ya sea físico o psicológico, viene de la época de la esclavitud. Sin embargo, incluso hoy en día, podemos inferir que este prejuicio es responsable de la falta de

sensibilidad mostrada cuando las mujeres se quejan del dolor que sienten, dado lo que le ocurrió a Carla:

“Y cuando me hicieron la... la ligadura de trompas, la anestesia estaba desapareciendo. Así que la mitad fue un poco... digamos ‘fría’. Porque la anestesia desapareció y empecé a sentir... según la doctora. Metió los dedos en el... Hizo un agujero y metió los dedos para abrirlo y lo sentí, sentí el dolor”.

Cabe destacar que durante la entrevista a la participante le costó hablar del caso. Las palabras salían con dificultad; Carla tartamudeó varias veces al mencionar la ligadura de trompas, pero al final de la entrevista dijo que no tenía ganas de denunciar lo que había ocurrido, entendiéndolo apenas como un error médico y no como una forma de violencia.

Cabe destacar que, además de la dificultad para hablar, Carla también tuvo secuelas físicas del procedimiento debido a la rapidez con la que (según ella) el médico actuó para cerrar la incisión cuando se dio cuenta de que la paciente sentía dolor. Durante la entrevista, también dijo que sentía dolor en el lugar de los puntos cada vez que se agachaba.

Por otro lado, Sarah estaba más dispuesta a hablar de sus experiencias durante los cuidados prenatales y el parto, y era capaz de nombrar lo que había experimentado.

“Es así... son muchas... son... ocurren muchas agresiones obstétricas. Independientemente de si es... pequeña, mediana o grande, si es algo muy grave, o algo menor. Ocurre mucho. Por errores que no deberían ocurrir. Hay cosas que son accidentes, hay cosas que no lo son.”

Se percibe que aunque no menciona el término violencia, su discurso muestra cierta conciencia de las agresiones. Además, se observa la presencia de trauma y consecuencias físicas, aunque la participante no se culpa por lo ocurrido.

Se notaron puntos diferentes en el discurso de las dos mujeres. En el caso de Sarah, hubo un alto índice de rotación de profesionales, con la participante mencionando que diferentes enfermeras la atendieron. Sin embargo, los profesionales de la salud aún se dirigían a ella y proporcionaban la mínima asistencia. La forma de comunicarse de estos médicos y enfermeros, aunque poco acogedora y a veces brusca, implicaba diálogo. En cambio, en el caso de Carla, no hubo contacto ni un verdadero diálogo entre ella, la enfermera y la médica. Aquí se destaca el hecho de que Sarah es blanca mientras que Carla es negra.

Aquí tenemos una situación bastante dual: los estereotipos que circulan entre ellas son diferentes. Mientras Carla es vista como fuerte y capaz de resistirlo todo, incluyendo, según ella, una operación sin anestesia y un acompañante, Sarah fue informada de algunos de los procedimientos y, según ella, estuvo acompañada durante todo el proceso del parto. En el caso del ideal de la mujer negra fuerte, se impone una carga física y emocional a estas personas, silenciándolas cuando intentan hablar de su dolor, pero en el caso de las mujeres blancas, el ideal de la mujer frágil defiende su pasividad y falta de autodefensa, subestimando la importancia de comprender que son dueñas de su propio cuerpo.

Estas diferencias se vuelven significativas cuando recordamos la contribución de la psicoanalista Grada [Kilomba](#) (2008). La autora no sólo aporta la comprensión de que las mujeres negras son vistas como "otras" y, por lo tanto, víctimas de esa retirada de autonomía, sino que también marca los tocamientos no autorizados como una invasión vinculada a la negación de la subjetividad negra, es decir, de aquello que siente dolor, es incómodo y puede expresar descontento. En su obra, la autora muestra lo arraigada que está esta relación desde la esclavitud, llenando el inconsciente blanco. Este fue el caso de Carla. Debido a su tono de piel, fue marcada como diferente de forma negativa por el inconsciente de los profesionales de la salud e invadida tanto por la retirada de su autonomía como, literalmente, por el tacto del médico. En el discurso de la participante, destaca el dolor de sentir los dedos del médico sobre su cuerpo. He aquí de nuevo el extracto para una mayor comprensión:

"Porque terminó... terminó la anestesia y empecé a sentir el... según el médico. Metió los dedos así... Hizo un agujero y metió los dedos para abrirlo y lo sentí, sentí el dolor".

Podemos ver que la falta de voz, en otras palabras, la invisibilidad del derecho a opinar sobre su propio estado de salud para las mujeres negras embarazadas se remonta a antes de la atención prenatal. Esto es lo que vemos cuando escuchamos a Carla. Además de someterse a la intervención sin anestesia, relata haber sido ignorada por los médicos cuando se quejaba de dolor durante los cuidados prenatales. La entrevistada incluso tardó meses en saber que estaba embarazada, porque cuando fue al médico hablando de una infección de orina, sus palabras no eran válidas, por lo que le diagnosticaron dolor muscular.

Estos episodios también ejemplifican las dificultades que tendrán las mujeres negras para acceder a la sanidad, repercutiendo incluso en su permanencia en estos espacios, como se ha mencionado anteriormente.

La importancia de la estructura familiar

[Maldonado](#) (2017) defiende la necesidad de apoyo durante el cuidado prenatal, el parto y los momentos posteriores al nacimiento del bebé, pues se sabe que la mujer se encuentra en un momento de extrema vulnerabilidad. La autora también señala cómo el nacimiento de un nuevo miembro de la familia cambia la experiencia de todos sus miembros. Sugiere que cuando falta este apoyo, se exacerban sentimientos como la soledad, la angustia y el miedo.

Sarah contó que había tenido problemas con su familia y su pareja. Dijo que había sido echada de casa por su padre, que no aceptaba su embarazo, y tuvo que pasar unos días en casa de un familiar. En cuanto a su novio, Sarah dijo que la dejaba sola para ir a fiestas y que su suegra dudaba de la paternidad de su hija. En el momento de la entrevista, ya no estaban juntos. Sobre esta situación, presentó fuertes sentimientos de soledad. Según sus palabras:

“Es algo, es un dolor que no... no se lo desearía ni a la peor mujer del mundo, ¿sabes? Tener un... Estás embarazada y estás sola porque... es... nosotros... pasamos todo al bebé, cierto. Mi... Mi hija estaba muy agitada en mi barriga porque sólo lloraba, ya sabes (...) Se siente como si fueras a morir, ¿sabes? Se siente como si fueras a... quedarte sin aire y fueras a... asfixiarte y morir. Porque... Cuando te sientes sola, es... en el embarazo es... Te sientes abandonada, excluida, es... Sin apoyo. Y lloras”.

Con este discurso, Sarah pone de manifiesto la dura realidad de las mujeres que no tienen apoyo durante el embarazo. Se nota que a la participante le cuesta expresar lo que siente en ese momento. Tiene la voz ronca, le cuesta hablar y parece tener miedo de nombrar lo que realmente ha vivido. En aquel momento, Sarah no tenía ningún apoyo y había sido abandonada por el padre de su hija, quien, según ella, le causó el mayor dolor. Sin embargo, al contar con el apoyo de su propio padre, un mayor apoyo de su pareja y de su madre, Sarah empezó a tener más fuerza para enfrentarse a las situaciones violentas que había vivido.

Cabe destacar que, de todas las participantes en la investigación, fue la única que señaló lo sucedido en su propio parto como algo incorrecto, como se muestra en su intervención en el tema anterior. Sarah dijo que entendía lo ocurrido como algo muy grave que no debería haber sucedido.

Carla, por su parte, se vio privada del apoyo de su pareja durante el parto, pero afirmó haber tenido mucho apoyo familiar durante sus dos embarazos. Considera que lo ocurrido durante la atención prenatal y el parto fue una negligencia del SUS, aunque en la entrevista dice que su familia le aconsejó que lo denunciara. Dice:

“Carla:(...) Me dijeron que demandara al hospital por... ¿cómo se dice? ¿Cuándo es violencia en el parto?

Entrevistador: ¿Violencia obstétrica?

Carla: ¡Sí! Me dijeron que demandara, pero me dijeron: ‘Oh, tienes tiempo para demandar’. Pero es lo mismo que cuando les dije que no vale la pena...”

Cuando relató esta experiencia, Carla parecía tener dificultades para recordar las palabras, se confundía con la información y se sentía incómoda al seguir hablando de ello, lo que sugiere que la situación seguía molestándola psicológicamente. A pesar de esto, podemos ver que actualmente ella ve la situación como una simple negligencia, posiblemente porque fue apoyada en las consecuencias de denunciar los hechos a la justicia, pero decidió no hacerlo. Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de sus dificultades, Carla es capaz de entender la situación como incorrecta, basándose en lo que le han dicho sus familiares.

Es importante señalar a este respecto que la experiencia de Sarah puede calificarse de violencia obstétrica, y la de Carla de racismo obstétrico, tal como se ha definido anteriormente en este artículo. Al hacer la distinción racial, nos enfrentamos una vez más al estereotipo del negro fuerte, el que no debe sentir dolor ni ser molestado. Sobre este tema, vuelvo a [Kilomba](#) (2008), ya que nos hace ver que esta idea no sólo es una estrategia política para separar a las mujeres negras de las blancas, sino que también encarcela a las mujeres negras en un ideal en el que nunca pueden quejarse ni expresar sus heridas más profundas, incluidas las causadas por el racismo. También afirma cómo esta idea es una medida adoptada para mantener otro ideal racista: “el de la familia negra dañada”, donde la mujer no tiene apoyo y, al ser fuerte, ni siquiera lo necesita. Viendo la situación de Carla, podemos entender su dificultad para denunciarla como una manifestación del estereotipo de la mujer negra fuerte, pero el apoyo de su familia la ayuda a intentar nombrar esta situación.

Por otro lado, cuando escuchamos el relato de Ingrid, nos sentimos inducidos a profundizar en el apoyo, es decir, en lo importante que es que el periodo de gestación y posparto se vivan en paz. Sobre la relación con su médico, dice:

“Sí, mi médico, mi médico sí porque... Mi médico prenatal, ella... No tengo nada que quejarme de ella, era una doctora excelente”.

En el transcurso de la entrevista, Ingrid cuenta que el médico también se dio cuenta de que tenía problemas para dormir debido a la ansiedad y la derivó a un psiquiatra, que también se ocupó de su salud mental. En cuanto a su marido, dice que tuvo su apoyo todo el tiempo. Afirma:

“¡Sí, sí! Fue... Tuve tanto apoyo que la persona que me acompañó... la persona que realmente me acompañó a la maternidad para la primera cita fue mi marido, luego para la segunda cita, como él tenía que trabajar, la persona que me acompañó fue mi cuñad”.

Con esta afirmación, Ingrid demuestra no sólo el apoyo de su pareja, sino también el del resto de la familia, lo cual es importante para la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas. Sin embargo, de nuevo es importante señalar el marcador racial: Ingrid es una mujer blanca.

A pesar de las diferencias en las situaciones vividas por las participantes, es posible observar que los relatos tienen manifestaciones de ansiedad (dificultad para hablar, tartamudeo, sensación de que la soledad está ligada a la muerte). Según [Maldonado](#) (2017), este estado físico constante provoca cambios endocrinos y metabólicos en el organismo de las mujeres, lo que puede influir en futuros problemas emocionales y cognitivos en los hijos. Esto significa que estar en un ambiente acogedor, seguro y saludable no solo es importante para la madre, sino también para la salud del bebé.

Inseguridad al hablar con profesionales de la salud

El saber médico como soberano y quitar protagonismo al paciente.

La relación entre los profesionales sanitarios y las pacientes era problemática, sobre todo para los que se declaraban pardas o morenas. Se percibía miedo a expresar opiniones o dudas:

“Sí... En estos casos tengo un poco de miedo. Hay ciertas circunstancias en las que digo ‘es mejor callarse que dar la cara’ porque... hay veces que eres vulnerable en ciertas situaciones”.

En esta declaración se puede apreciar el miedo de Carla a protegerse de la actitud del profesional que, según ella, le quitó un documento importante que llevaba cuando entró en el quirófano.

La participante asocia este miedo al hecho de encontrarse en una posición vulnerable, es decir, ser “la paciente” y estar de parto. Sin embargo, se puede entender que aunque una mujer estuviera en las mismas condiciones, la confianza en el profesional sería extremadamente importante. Este miedo, entonces, está mucho más vinculado a las prácticas médicas observadas en los informes, que excluyen a la paciente del propio caso, y al racismo y al sexismo, que validan la invasión física y psicológica de las mujeres negras. Se puede decir que sí, que Carla estaba en una situación de vulnerabilidad, lo que en sí mismo justificaría que se le prestase mayor atención y cuidados.

Como se mencionó anteriormente, hay una forma en que el cuerpo negro es visto por los blancos, por lo general visto como incorrecto. [Kilomba](#) (2008) señala que “ser negro” está automáticamente vinculado en la sociedad a un ideal malo, salvaje y peyorativo. Esto lleva a que las personas negras sean vistas como “Otros”. De este modo, se puede entender que hubiera una diferencia social entre los pacientes negros y los médicos. Sin embargo, no podemos decir que esta situación se mantenga sólo por la jerarquía racial, ya que Carla no menciona la raza de su médico. Se puede entender que hay una combinación de violencia de género y racial, retomando el concepto de violencia obstétrica como aquella que quita autonomía y racismo institucional como la no garantía de un buen servicio a las personas negras.

Si tenemos en cuenta el racismo institucional y la concepción de las personas negras como el otro, podemos ver que los pacientes negros también han sido silenciados y han tenido dificultades para posicionarse ante el equipo sanitario. Carla dice lo siguiente:

“...no podía ni mover el cuerpo, cuando pensaba que me bajaban las piernas, me subían las piernas. (risas) Así que si quería hacerme algo... lo hacía. Y sola, como en el parto...”.

En este punto, saca a relucir el miedo a una agresión física, asumiendo que los profesionales sanitarios estaban en una posición de poder tal que realmente podían herir e interferir en la integridad física de sus pacientes. Este miedo se hace comprensible cuando recordamos la interseccionalidad de Carla.

Lo mismo puede decirse de Isa, otra mujer negra. Dijo que había pedido ayuda, concretamente anestesia

porque tenía mucho dolor, pero no recibió respuesta (aunque fuera para justificar su petición). Aún desde esta perspectiva, vale la pena subrayar que este tema se explorará con mayor profundidad cuando analicemos la siguiente categoría.

Falta de escucha profesional

Posibles errores de diagnóstico.

Como ya se ha descrito en este estudio, las relaciones de las pacientes con los médicos/enfermeras han sido problemáticas desde la atención prenatal. Se denunciaron errores de diagnóstico.

Este es el caso de Carla, en el que una infección urinaria posiblemente causada por el embarazo se confundió con dolor muscular, lo que la llevó a tomar medicación para el dolor corporal durante el primer trimestre de embarazo. Todavía en sus relatos, parece que su opinión, cuando identificó que tenía una infección urinaria y no dolor muscular, no fue escuchada ni respetada.

Otra participante negra que declaró haber vivido situaciones similares fue Isa. Su caso no fue necesariamente el resultado de un diagnóstico erróneo, sino más bien una situación que quizás podría haberse manejado de otra manera. Según ella, en el momento del parto los médicos le dijeron que, debido al tamaño de su bebé, no estaría lo suficientemente dilatada para dar a luz. A pesar de solicitar anestesia, le dijeron que no podía tomar la medicación en ese momento. Esto llevó a Isa a pensar que no se había hecho nada por ayudarla y que sus secuelas físicas provenían de ese momento.

“... Pero yo seguía pidiendo anestesia, vale, y entonces me explicaron que la anestesia no era posible en ese momento porque estaba en una fase avanzada del parto...”

La situación vivida por Isa presenta dos puntos sobre los que reflexionar: ¿qué se dice y no se escucha y quién es el protagonista del parto humanizado? El primer punto es que Isa pudo hablar de su dolor y de su necesidad de ayuda, pero no se sintió escuchada. Al igual que Carla, que señaló su dolor y sus sospechas, pero no fue escuchada. Cuando se le preguntó qué hicieron los profesionales al oír su súplica, Isa dijo:

“Nada. Es que mucho parto tampoco se oye, vale, pero mi marido me dijo que yo tampoco le dije nada a nada (risas). Sólo le dije que estaba saliendo, que empujara más fuerte y... esperar a la contracción antes de empujar, la cantidad correcta de fuerza, y entonces... Eso fue todo, no... No me ayudaron”.

El discurso de la participante muestra sus sentimientos de no sentirse acogida y apoyada por los profesionales presentes en ese momento. Es posible justificar la falta de intervención médica recordando que dio a luz en un hospital humanizado de São Paulo, pero su experiencia como mujer negra abre el debate: ¿para quién es el parto humanizado y en qué medida tiene lugar? Si el parto humanizado está pensado para que madre e hijo tengan una experiencia más segura y menos traumática, ¿no debería la intervención médica haber tenido como objetivo ayudar a la paciente en ese momento, promoviendo una sensación de seguridad?

Es importante destacar que las dos pacientes que hablaron y no se sintieron escuchadas eran negras, lo que corrobora el hecho histórico de que la sociedad, todavía en muchos aspectos, quita a las mujeres negras el poder de la voz y el derecho a recibir un trato igualitario, como ya se ha mencionado en los otros temas.

Intercambios de profesionales

Además de las denuncias sobre la falta de escucha por parte de los profesionales sanitarios, también hubo quejas sobre la elevada rotación de los profesionales sanitarios. Sarah, por ejemplo, no sólo experimentó esta situación durante los cuidados prenatales, cuando su médico fue cambiado varias veces, sino también durante el parto, cuando relata que fue orientada y supervisada al mismo tiempo por tres enfermeras diferentes, con diagnósticos distintos para su estado. En cuanto a los cuidados prenatales, Sarah señaló dificultades para reservar pruebas y también por no poder tener un seguimiento fijo con un profesional.

Sarah se diferencia de las demás en que ha tenido que cambiar de profesional incluso durante el parto, pero Carla también mencionó dificultades para hacerse pruebas y tener un médico fijo. Lo justificó por la aparición de la pandemia. Sin embargo, al relatar sus dificultades con el SUS, contó una experiencia notable de su primer embarazo:

“Ahora el embarazo, el seguimiento médico así fue más tranquilo a pesar de que las consultas, los exámenes, estas cosas son muy difíciles, cierto, pero fue más tranquilo. Tanto es así que cuando a mi primera hija le hicieron la exploración morfológica, tenía dos años. Cumplió dos años y me llamaron para hacer el examen morfológico”.

El discurso anterior muestra que, a pesar de haber tenido un embarazo fuera de la pandemia, Carla también tuvo dificultades con la atención recibida. En relación con el embarazo de su segundo hijo, la entrevistada dijo:

“Fue más difícil porque con la pandemia... el centro de salud tenía la atención más restringida, no estaban haciendo los exámenes, así que tuve que hacer prácticamente todos los exámenes del embarazo de manera particular...”

A pesar de entender sus últimas dificultades como derivadas de la pandemia, Carla afirma haber tenido problemas con ambos embarazos, lo que arroja luz sobre los problemas del sistema sanitario público.

Aunque estos hechos no destaquen necesariamente una cuestión racial, reiteran lo ya dicho sobre la dificultad de acceso y permanencia en estos espacios, así como un marcador de clase. Otro factor que influye en la dificultad de las personas negras para acceder a la asistencia sanitaria es también su clase económica y su poder financiero (Silva et al., 2020). Es importante destacar que Carla pasa por esta situación con sus dos hijos.

Consideraciones finales

A partir de este estudio, fue posible observar que, a pesar de las directrices del Sistema Único de Salud de ofrecer atención igualitaria a la población, esto no se mantuvo en la atención a las mujeres negras y pardas. Por lo tanto, se alcanzó el objetivo de comprender la atención ofrecida a esas mujeres y sus impactos.

Aunque el artículo se centró en la atención prenatal y la importancia del seguimiento, fue notable que las participantes no sólo tenían quejas, sino también impactos psicológicos sobre el parto. Quedó claro que quedaron marcas desafortunadas de ese momento: secuelas físicas, traumas emocionales y psicológicos,

lo que sugiere la necesidad de mayor atención y seguimiento especializado en el período posparto.

Cabe destacar que, en este estudio, algunas de las mujeres entrevistadas se declararon morenas, no entendiéndose como parte de lo que representa la población negra brasileña, pero sus experiencias fueron atravesadas por el racismo institucional de la misma forma. El negacionismo presente en esta situación refuerza el lugar de la cuestión que involucra directamente las relaciones raciales, es decir, un lugar de invisibilidad, ampliando la brecha que existe entre la humanización y el respeto en el parto y la violencia obstétrica.

Con relación al contexto descrito por las entrevistadas, la realidad vivida por las mujeres negras y morenas fue diferente de la vivida por las mujeres blancas. Situaciones de desinformación, humillación y sufrimiento estuvieron muy presentes en sus relatos. De esta forma, creemos que cualquier discusión sobre violencia obstétrica que no tenga en cuenta la raza corre el riesgo de no favorecer la creación sustancial de métodos que garanticen la seguridad y la dignidad de las mujeres negras y, por supuesto, la salud de sus hijos, apuntando a un escenario muy amplio que corremos el riesgo de denominar racismo obstétrico.

Desde esta perspectiva, creemos que este trabajo puede contribuir a la comprensión del racismo obstétrico, dando más visibilidad a esta forma en que el racismo estructural se presenta dentro de los hospitales públicos, dando así visibilidad a cuestiones en las que las acciones discriminatorias y prejuiciosas se utilizan como una gran fuerza de trabajo para ocultarlas.

Agradecimientos

Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

Contribuciones de los autores

Neves, J. B. participó en la concepción de la pregunta de investigación, el diseño de la metodología, la búsqueda y el análisis de los datos de la investigación, la interpretación de los resultados y la redacción del artículo. Souza, I. Y. participó en la concepción de la pregunta de investigación, el diseño metodológico y la interpretación de los resultados. Todos los autores han revisado y aprobado la versión final del artículo y están de acuerdo con su publicación.

Conflictos de intereses

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos con terceras partes (gobierno, empresas privadas y fundaciones, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitándose a subvenciones y financiación, participación en consejos asesores, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* [Análisis de contenido]. 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
- Borges, J. (2019). *Encarceramento em massa* [Encarcelamiento masivo]. Sueli Carneiro, Pólen Livros.
- Davis, D. A. (2018). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing [Racismo obstétrico: la política racial del embarazo, el parto y el parto]. *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?* [¿No soy una mujer?] (B. Libanio, Trad., 3ª ed.). Rosa dos Tempos.
- IBGE. (2022). *Cor ou raça?* [Color o raza?]. <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* [Recuerdos de plantaciones: episodios de racismo cotidiano] (J. Oliveira, Trad.). Cobogó.
- Lago, M. C. S., Montibeler, D. P. S., & Miguel, R. B. P. (2021). Pardismo, Colorismo y la "Mujer Brasileña": producción de la identidad racial de mujeres negras de piel clara. *Revista de Estudos Feministas*, 29(1), e39482. <https://www.scielo.br/j/ref/a/n3bvrj5QDBdX4pwwghWjcMyP/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 [Falta de respeto y abuso, maltrato y violencia obstétrica: un desafío para la epidemiología y la salud pública en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 483-491. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez* [Psicología del embarazo]. 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 [Orientación para mujeres embarazadas durante el cuidado prenatal: la importancia de la atención compartida en la atención primaria de salud]. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200098. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-FAN-2020-0098>
- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: Uma análise da produção científica brasileira [Racismo institucional y salud de las mujeres negras: un análisis de la producción científica brasileña]. *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 [Población negra y Covid-19: reflexiones sobre racismo y salud]. *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). Access of the black population to health services: Integrative review [Acceso de la población negra a servicios de salud: una revisión 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 [Introducción a la metodología de investigación clínico-qualitativa – Definición y características principales]. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28720111>