



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - RIMS

Bianca Rodrigues Conceição Viana

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE USUÁRIAS
NEGRAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE ALTO RISCO
OFERECIDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL**

Florianópolis -SC

2023

BIANCA RODRIGUES CONCEIÇÃO VIANA

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE USUÁRIAS
NEGRAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE ALTO RISCO
OFERECIDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) e obtenção do título de especialista em saúde com ênfase em saúde da mulher e da criança.

Orientadora: Prof^a Dra. Apoliana Regina Groff
Coorientadora: Prof^a Dra. Marta Corrêa de Moraes

Florianópolis - SC

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Viana, Bianca Rodrigues Conceição

Uma análise interseccional a partir da experiência de usuárias negras acerca da assistência obstétrica de alto risco oferecida em um hospital universitário do sul do Brasil / Bianca Rodrigues Conceição Viana ; orientadora, Apoliana Regina Groff, coorientador, Marta Corrêa de Moraes, 2023.

42 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de , Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Interseccionalidade. 3. Mulher negra. 4. Gravidez de alto risco. I. Groff, Apoliana Regina. II. Moraes, Marta Corrêa de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. . IV. Título.

BIANCA RODRIGUES CONCEIÇÃO VIANA

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE USUÁRIAS
NEGRAS ACERCA DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE ALTO RISCO OFERECIDA EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde com ênfase em Saúde da Mulher e da Criança, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) - HU/UFSC/EBSERH.

Orientadora: Prof^ª Dra. Apoliana Regina Groff

Sala Rute A - HU/UFSC/EBSERH, 04 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Apoliana Regina Groff

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Dra. Marina Menezes

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Me. Maria do Rosário de Lima Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Me. Juliana Macchiaverni

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Florianópolis, 2023

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a experiência de mulheres negras com a assistência obstétrica de alto risco oferecida em um hospital universitário no sul do Brasil, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e a teoria interseccional como base para a análise das informações produzidas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e exploratória que busca compreender as vivências e necessidades específicas dessas usuárias, além de discutir os impactos psicossociais da gravidez de alto risco e os obstáculos para o acesso pleno à saúde. Para isso, foram entrevistadas quatro mulheres autodeclaradas negras que passaram pelo ambulatório de pré-natal de alto risco no hospital e que realizaram o parto na mesma instituição. Os resultados foram divididos em três eixos temáticos: repercussões psicossociais da gravidez, parto e puerpério de alto risco; barreiras institucionais encontradas na Atenção Primária e no contexto hospitalar; e a invisibilidade do racismo. O conteúdo das entrevistas revelou que, apesar das dificuldades enfrentadas devido às repercussões da gravidez de alto risco, as participantes avaliaram que suas experiências com o referido hospital foram predominantemente satisfatórias. A unanimidade das respostas negativas frente à vivência de algum tipo de desconforto que pudesse associar a questões raciais foi outro dado significativo encontrado. Durante a análise teórica, considerou-se que o resultado possa estar relacionado com as consequências do mito da democracia racial no Brasil e do predomínio de concepções individualistas sobre o racismo. Ao trazer articulações teóricas com as experiências compartilhadas, o presente estudo visa contribuir na identificação das influências do marcador social de raça/cor no acesso e na qualidade do serviço de saúde acessado, aperfeiçoar a assistência oferecida a essa população e embasar práticas institucionais antirracistas.

Palavras-chave: Interseccionalidade; mulher negra; gravidez de alto risco.

ABSTRACT

This research intends to analyze the experience of black women with high-risk obstetric care offered at an university hospital in southern Brazil, using semi-structured interviews as a technique for data collection and intersectional theory as a foundation for analyzing the information produced. It is a study with a qualitative and exploratory approach that seeks to understand the specific experiences and needs of these users, as well as to discuss the psychosocial impacts of high-risk pregnancy and the obstacles to full access to health. For this purpose, four self-declared black women who went through the high-risk prenatal outpatient clinic at the hospital and gave birth at the same institution were interviewed. The results were divided into three thematic axes: psychosocial repercussions of high-risk pregnancy, childbirth, and puerperium; institutional barriers encountered in Primary Care and hospital context; and the invisibility of racism. The content of the interviews revealed that, despite the difficulties faced due to the repercussions of high-risk pregnancy, the participants evaluated their experiences with the hospital as predominantly satisfactory. The unanimity of negative responses regarding the experience of any discomfort that they could associate with racial issues was another significant finding. During the theoretical analysis, it was considered the results could be related to the consequences of the myth of racial democracy in Brazil and the predominance of individualistic conceptions about racism. By bringing theoretical articulations with shared experiences, the present study aims to contribute to the identification of the influences of the social marker of race/color on access and quality of accessed health service, to improve the assistance offered to this population, and to support anti-racist institutional practices.

Keywords: Intersectionality; Black woman; High-risk pregnancy.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 8 |
| 3 OBJETIVOS | 10 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 10 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 10 |
| 4 MÉTODO | 10 |
| 4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA | 10 |
| 4.2 LOCAL | 11 |
| 4.3 PARTICIPANTES | 12 |
| 4.3.1 Critérios de inclusão | 13 |
| 4.3.2 Critérios de exclusão | 13 |
| 4.4 INSTRUMENTOS | 14 |
| 4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS | 14 |
| 4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 14 |
| 4.7 ANÁLISE DE DADOS | 14 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 15 |
| 5.1 DOS DESAFIOS ENCONTRADOS NO PERCURSO | 15 |
| 5.2 REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO | 17 |
| 5.3 BARREIRAS INSTITUCIONAIS | 22 |
| 5.3.1 Na Atenção Primária | 22 |
| 5.3.2 No contexto hospitalar | 26 |
| 5.4 A INVISIBILIDADE DO RACISMO | 27 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| REFERÊNCIAS | 33 |
| APÊNDICES | 38 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 38 |
| APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA | 42 |

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um processo marcado por transformações biopsicossociais intensas que normalmente ocorrem sem intercorrências para a mulher ou o feto. No entanto, algumas complicações clínicas podem comprometer a evolução da gravidez em aproximadamente 20% dos casos, passando então a ser denominadas de gravidezes, parto e puerpério de alto risco materno e/ou fetal (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Segundo Brasil (2022), a identificação do risco deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deve ser dinâmica e contínua. As mulheres com gestações de alto risco exigem suporte territorial, cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, e nos casos mais complexos, instalações neonatais e cuidados intensivos.

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para atendimentos próprios ou para acompanhar crianças, familiares, vizinhos e amigos. Levando em consideração que a situação de saúde da mulher é atravessada por fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, a incorporação da perspectiva de gênero nas análises de perfil epidemiológico e no planejamento de ações em saúde foi ocorrendo gradativamente. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde a partir do século XX, sendo que em 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incorporando como princípios norteadores alguns critérios para a determinação de prioridades a partir do perfil populacional, a integralidade e a equidade da atenção e inclusão de ações educativas e preventivas à assistência; e em 2004, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, é elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

Contudo, mesmo havendo significativos avanços no que se refere às políticas públicas e produção científica da questão da saúde da mulher e da criança, nas últimas décadas houve um expressivo número de estudos indicando a existência de disparidades no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da assistência recebida por mulheres pertencentes a grupos étnicos-raciais específicos. Alguns resultados apontam que mulheres negras têm mais chances de obter desfechos obstétricos negativos por serem duplamente oprimidas pelo gênero e pela raça (LEAL *et al.*, 2017).

Por esse motivo, essa pesquisa se propõe a compreender como mulheres negras experienciam a assistência obstétrica de alto risco, por meio de entrevistas com usuárias do

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O objetivo é contribuir com a organização de dados e produção de conhecimento a partir de experiências relatadas acerca do atendimento obstétrico desenvolvido nos serviços ambulatoriais de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), assistência durante o trabalho de parto e nascimento, e puerpério imediato; utilizando a teoria interseccional enquanto base para análise das narrativas e proposições de aperfeiçoamento da assistência. Segundo Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade pode ser descrita da seguinte forma:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária - entre outras - são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (p.15-16).

A escolha de partir de uma perspectiva interseccional se justifica pelo entendimento da necessidade de identificar as várias possibilidades de intercruzamentos de marcadores sociais, capazes de produzir vantagens e desvantagens para um sujeito ou grupo. A contribuição dessa teoria é compreender que as intersecções criam configurações únicas, que só podem ser compreendidas se vistas em sua totalidade (CRENSHAW, 2002).

Ressalta-se que ao longo da história, práticas e ideias racistas foram interiorizadas e naturalizadas na cultura brasileira, sendo o corpo negro objeto de desprezo e de descaso. Esse fenômeno não se restringe às relações interpessoais, mas também no funcionamento de instituições, sendo o racismo institucional a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado às pessoas por causa de sua cor de pele, contexto cultural e/ou origem étnica. Consequentemente, essa estrutura racializada da sociedade brasileira, em conjunto com as repercussões do racismo institucional, resulta em uma situação desfavorável para mulheres pretas e pardas (OLIVEIRA, 2019).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2022) em 2021, a população brasileira estimada totalizava 212,7 milhões de pessoas, destas, 108,9 milhões de mulheres (51,1%), enquanto homens correspondiam a 103,9 milhões de

pessoas (48,9%). Ademais, 43% dos brasileiros se autodeclararam brancos, 47,0% como pardos e 9,1% como pretos. Sendo assim, atualmente a população preta e parda, pertencentes ao grupo étnico-racial denominado de população negra, é considerada maioria no Brasil, sendo 56,1% da população geral.

Mesmo tendo representatividade numérica, na área da saúde pública, a subnotificação da variável raça/cor tem dificultado uma análise mais próxima da realidade das pessoas negras no Brasil. Dados socioeconômicos indicam que a maioria dessa população encontra-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica e abaixo da linha da pobreza (BRASIL, 2005).

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (COELHO *et al.*, 2022), desigualdades raciais em saúde persistem no Brasil, tendo as mulheres negras os piores indicadores de acesso ao pré-natal e as maiores taxas de mortalidade materna durante o ciclo gravídico-puerperal. Entre os anos de 2000 e 2017, a taxa de mortalidade materna de mulheres negras chegou a ser duas vezes maior do que em mulheres brancas. Segundo LEAL *et al.* (2017) estima-se que 90% desses óbitos poderiam ser evitados com o acesso a serviços em saúde apropriados.

Em 2012, enquanto 76,1% das mulheres brancas realizaram um número adequado de consultas pré-natais, apenas 59,8% das mulheres negras usufruíram desse cuidado. Em 2019 essa porcentagem mudou, sendo 81,2% das mulheres brancas e 67,8% para as mulheres negras. Contudo, mesmo com melhorias estatísticas, quando se calcula a diferença do acesso aos serviços de atenção à saúde materna levando-se em conta as características étnico-raciais, fica evidente que há desigualdades persistentes nos cuidados à saúde materna entre mulheres negras e brancas (COELHO *et al.*, 2022).

Ainda sobre os cuidados pré-natais, Lessa (2022), com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, aponta que mulheres negras têm menor chance de iniciar o pré-natal antes da 12^a semana gestacional, realizar mais de seis consultas e receber orientações quanto à gestação, parto e aleitamento materno.

Os dados estatísticos descritos refletem a necessidade de aprofundar a compreensão sobre as questões de gênero, raça e outros marcadores que impactam a assistência obstétrica ofertada, em especial, nas situações de casos agravados por adoecimentos maternos ou fetais. Nesse sentido, a teoria interseccional mostra-se como episteme fundamental para uma análise complexa das múltiplas formas de discriminação e desigualdades enfrentadas pelas mulheres negras. Segundo Nogueira (2017), a construção da teoria da interseccionalidade tem sido uma resposta às diferentes questões da diversidade dentro de grupos de mulheres. Nessa perspectiva há o enfoque na multidimensionalidade das experiências vividas dos sujeitos que

são socialmente marginalizados, especialmente mulheres negras. Portanto, na teoria interseccional há a noção de que a identidade é um processo multiplicativo e não aditivo, sendo todas as facetas da identidade parte de um todo complexo e que se inter-relaciona.

Sendo assim, quanto à relevância social, este estudo justifica-se por abarcar, de forma empírica, o estudo das intersecções de raça, gênero, classe social e gravidez de alto risco.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar, desde a perspectiva interseccional, a experiência de usuárias autodeclaradas negras acerca da assistência obstétrica de alto risco oferecida por um hospital universitário do sul do Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as repercussões psicossociais da gravidez, parto e puerpério de alto risco, a partir das vivências e especificidades de usuárias negras;
- Discutir as barreiras individuais, institucionais e estruturais que mulheres negras vivenciam no contexto da gravidez de alto risco;
- Possibilitar discussão a respeito dos aspectos positivos da assistência, bem como indicar possibilidades de melhorias em questões pontuadas pelas usuárias.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo e de caráter exploratório, que tem como objetivo obter informações iniciais sobre o tema e analisar, a partir da teoria interseccional, os dados coletados. Cabe ressaltar que a pesquisa qualitativa se preocupa em responder a questões específicas, nas quais o fenômeno não pode ser quantificado. Essa abordagem trabalha no

âmbito dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, cujo objetivo é aprofundar-se na compreensão da totalidade do fenômeno, não reduzindo-o ou o generalizando (MINAYO, 2002).

Segundo Creswell (2010), o pesquisador, ao interagir com o fenômeno, também é um ser ativo no processo, afetando e se fazendo afetar. Portanto, na pesquisa qualitativa, o pesquisador reconhece que é parte da pesquisa, pois ao interpretar os dados coletados, o faz a partir de suas experiências.

4.2 LOCAL

O hospital em que esta pesquisa foi realizada, faz parte da Rede de Atenção à Saúde e segue os princípios e diretrizes do SUS. Por ser contratualizado, presta atendimento ambulatorial regulado via Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA) por meio de Sistema de Regulação (SISREG). Para a paciente ser referenciada, primeiro precisa ter procurado atendimento em seu Centro de Saúde de referência. Caso a sua equipe considere a necessidade da paciente ser avaliada por algum especialista ou que precise ser feitos exames complementares, farão o encaminhamento. Os consultórios ficam no andar térreo e são separados por áreas por letras de A até S, sendo que em cada área existe uma recepção própria para o atendimento dos usuários (HU, 2021).

O ambulatório de PNAR no referido hospital, identificado como pertencente da área C, é referência no âmbito do SUS em Santa Catarina para atender mulheres com características prévias ou desencadeadas pela gestação que são consideradas de alto risco, e também é referência ao acompanhamento de malformações ou agravos à saúde fetal. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional, atualmente integrada por médicos obstetras, enfermeiros e nutricionistas (HU, 2018).

A pesquisa foi realizada com usuárias que passaram pelo ambulatório de PNAR do respectivo hospital e que na ocasião, estavam internadas no Alojamento Conjunto após a realização do parto ou cesárea, ou em condição de acompanhante de seus respectivos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal.

Os locais de realização das entrevistas respeitaram a necessidade de sigilo das informações, sendo duas realizadas em consultório ambulatorial da Unidade Neonatal e duas em sala privativa do Alojamento Conjunto.

4.3 PARTICIPANTES

As potenciais participantes, após identificadas com o apoio da equipe responsável pelo serviço e/ou pelo acesso ao censo diário de pacientes internadas em Alojamento Conjunto ou com bebês internados em Unidade Neonatal, foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Durante o período estabelecido para a coleta de dados, a meta foi realizar um total de doze entrevistas. No entanto, apesar de todas as usuárias convidadas terem aceitado a colaborar com a pesquisa, devido ao tempo pré-estabelecido para a etapa, as entrevistas precisaram ser interrompidas antes do cumprimento da meta esperada, sendo realizadas quatro entrevistas entre 13 de setembro e 13 de novembro de 2023.

Uma dificuldade significativa nessa etapa foi em relação à constatação do quesito raça/cor das usuárias, pois ainda é comum o preenchimento inadequado dessa variável nos sistemas nacionais de informação em saúde (BRAZ *et al.*, 2013). Assim, foi necessário confirmar, também a partir do fenótipo, a classificação indicada em prontuário, mesmo que estivesse indicada o pertencimento à outra raça/cor. Tal situação demandou que todos os dias, a pesquisadora precisasse ir pessoalmente nas unidades de internação para excluir possíveis erros dessa natureza. Segundo Braz *et al.* (2013), o correto preenchimento da variável em prontuários e sistemas permite a avaliação da situação de saúde da população negra para que sejam criadas políticas públicas que promovam equidade étnico-racial.

Quanto ao perfil das participantes, para melhor sistematização dessas informações, foi desenvolvida a tabela a seguir:

| | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------------|----------------------------|
| Nome (*) | Paula | Silvana | Alice | Lilian |
| Idade | 38 | 28 | 26 | 28 |
| Raça/Cor autodeclarada | Parda | Negra | Negra | Negra |
| Naturalidade | Pará | São Paulo | Rio Grande do Sul | Santa Catarina |
| Histórico Obstétrico | G6 C1 P5 (4 perdas neonatais) | G3 P2 A1 | G2 C1 P1 | G1 P1 |
| Reside com | Marido e filho (15a) | Pais e marido | Marido e filho (11a) | Pais, irmão (24a) e marido |
| Renda Familiar | R\$4.500,00 | R\$ 6.500,00 | R\$ 4.000,00 | R\$ 15.000,00 |
| Profissão/ | Cozinheira | Confeiteira/ | Cuidadora de Idosos | Recepcionista |

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------|---|
| Ocupação | | Atualmente trabalha com Serviços Gerais | | |
| Religião | Adventista | Cristã | Católica | Umbandista |
| Motivo do encaminhamento para o PNAR | Partos prematuros recorrentes e insuficiência istmocervical | Mielomeningocele | Arritmia cardíaca materna | Hipertensão materna, colo do útero curto e malformação congênita do aparelho urinário |
| Nº de consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde | 4 consultas | 4 consultas | 9 consultas | Não fez pré-natal na UBS. No particular realizou entre 12-13 consultas. |
| RN passou pela Unidade Neonatal? | Sim | Sim | Não | Não |

(* Nomes fictícios)

Fonte: Elaboração das autoras.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios para participação foram: a) estar declarado no prontuário a classificação da paciente como pertencente à população negra (preta ou parda); b) estar ciente da classificação e no momento da entrevista autodeclarar-se como mulher negra; c) ter idade superior a 18 anos; d) estar lúcida, orientada e contactante; e) não estar em acompanhamento psicológico com a pesquisadora; f) não apresentar dificuldades em falar e compreender a língua portuguesa; g) ter realizado no mínimo uma consulta de pré-natal de alto risco no hospital estudado; h) ter realizado o parto na mesma instituição; i) aceitar a participação na pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice A).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa as usuárias que: a) mulheres que não possuíam condições clínicas de locomoção para dirigir-se a salas reservadas para a realização da entrevista.

4.4 INSTRUMENTOS

A pesquisa utilizou um único instrumento, didaticamente dividido em duas partes (ver Apêndice B): a primeira sendo um questionário sociodemográfico; e a segunda referente ao roteiro de entrevista semiestruturada.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/HU), através da Plataforma Brasil, de acordo com as resoluções 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e 466/2012 também do CNS. Após a aprovação, sob parecer nº 6. 283.387 de 05/09/2023, e CAAE nº 70823923.3.0000.0121, a pesquisa também seguiu as disposições previstas no Código de Ética da Psicologia e na Lei Geral de Proteção de Dados, no 13.709, de 2018.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O convite para a participação na pesquisa foi feito de forma presencial, após a identificação das usuárias que estavam em conformidade com os critérios pré-estabelecidos. No primeiro momento, houve a apresentação da natureza e objetivos do estudo, informações sobre procedimentos éticos e de coleta de dados, sendo que antes do início da entrevista foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram uma duração média de vinte minutos e foram gravadas em áudio para análise em momento posterior, sendo todas excluídas assim que cumpriram tal finalidade.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Iniciou-se o trabalho de organização, tratamento e análise dos dados coletados a partir da teoria interseccional. Segundo essa perspectiva, a investigação começa com a reflexão e autoquestionamento da pesquisadora sobre o seu lugar de sujeito igualmente atravessado por diferentes marcadores sociais. Por este motivo, esta pesquisa possui uma posição ético-política que se distancia de uma pretensão de neutralidade científica, pois

considera a afetividade enquanto uma ferramenta que faz parte do processo de produção e análise do conhecimento.

Pesquisas com esse enfoque devem estar abertas para se tornarem ações, pois os temas a serem investigados baseiam-se em necessidades de transformação de contextos, cultura e estruturas, tornando-se assim uma “Pesquisa Ação”, onde pesquisador e participante tornam-se investigadores em um processo colaborativo, com o objetivo de dar visibilidade a essas problemáticas (MOURA JR *et al.*, 2020).

O presente trabalho propõe realizar uma análise interseccional de experiências nas quais há a relação de marcadores específicos, a saber: gênero, raça, classe social e condição de saúde. Para determinar os temas mais relevantes a serem destacados na discussão dos resultados, foi preciso se voltar aos objetivos da pesquisa e trabalhar com o que foi respondido pelas participantes e também com as lacunas que surgiram nas entrevistas. Tal exercício resultou em três grandes eixos de análise: a) aspectos psicossociais da gravidez de alto risco, parto e puerpério; b) barreiras institucionais que essas usuárias vivenciaram na Atenção Primária e no contexto hospitalar; c) e a invisibilidade do racismo.

Em cada eixo, foi diferenciado aspectos comuns a todas as participantes dos aspectos singulares. Posteriormente, foi realizada a sistematização dos dados a partir de uma tabela e o preenchimento desta a partir da seleção de partes da entrevista que abordassem os respectivos assuntos. Após a tabulação de todos os dados, foi realizada a análise dos fenômenos encontrados a partir da teoria interseccional e demais referenciais teóricos e técnicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DOS DESAFIOS ENCONTRADOS NO PERCURSO

O primeiro desafio na realização desta pesquisa foi o fato de que essa se propôs a investigar questões étnico-raciais, que é um tema complexo, com mulheres que vivenciaram gravidezes emocionalmente mobilizantes e que estavam em pleno puerpério. Por esses motivos, o processo de determinar quais perguntas seriam feitas precisou de muita sensibilidade, pois por mais que algumas pudessem ser interessantes, nem todas convinham de serem feitas devido ao princípio ético da não-maleficência.

Antes do início da realização das entrevistas, percebeu-se alguns obstáculos para contactar possíveis participantes. O primeiro foi em relação ao período preferencial para

realizá-las, pois devido à maior atividade de assistência no período matutino, foi solicitado pela instituição que a coleta fosse evitada nesse turno. No entanto, por justamente a pesquisadora principal fazer-se presente no hospital principalmente na parte das manhãs, foi necessário negociar algumas demandas da residência multiprofissional e do serviço em si para ser possível a execução da coleta sem causar prejuízo na dinâmica hospitalar. A necessidade de flexibilidade para a realização das entrevistas também foi identificada como um desafio, pois se fez necessário prever os melhores momentos para abordá-las. Para isso, foram consideradas as rotinas de cuidado de cada unidade, bem como os horários de alimentação, amamentação e momentos de descanso. Consequentemente, em alguns momentos foi preciso remanejar entrevistas para períodos mais oportunos.

A falta de experiência da pesquisadora com condução de entrevistas qualitativas também foi um ponto desafiador. Segundo Britten (2005), esse tipo de atividade requer do pesquisador habilidades diferentes das usadas em entrevistas clínicas. Além disso, é preciso considerar que o fato da pesquisadora também ser uma mulher autodeclarada negra, pode ter influenciado em sua relação com as participantes. Quanto à identidade racial do pesquisador, Schucman, Costa e Cardoso (2012, p.17), afirmam que “tanto a paridade como a assimetria racial podem contribuir de forma significativa com estudos críticos sobre raça no Brasil.”

Por fim, a média de duração das entrevistas, que foram consideradas breves em relação ao que se esperava, e o recebimento de respostas sucintas justamente sobre questões raciais, foram elementos que provocaram incertezas sobre o que seria possível de ser aprofundado posteriormente. Essa “mudança de rota” gerou reflexões sobre os possíveis motivos de todas as participantes terem negado a vivência de qualquer tipo de desconforto que achassem ser influenciado pelo fato de serem mulheres negras. Esse resultado provocou as seguintes perguntas: é possível que elas não tenham sido atravessadas por diferentes tipos de racismo em sua passagem pelo hospital e/ou em outros pontos da rede de saúde? Caso elas tenham vivido situações racistas, no momento, será que poderiam reconhecê-los? Outras perguntas deveriam ter sido feitas? Se sim, quais? Esses questionamentos ocasionaram um continuum de novas indagações, confirmando que há lacunas no nosso saber e que por isso, novas pesquisas sobre o tema são necessárias.

5.2 REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO

Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), gestações de alto risco são situações que implicam riscos tanto à saúde materna quanto ao feto durante o ciclo gravídico-puerperal. Os fatores de maior risco podem estar associados a características individuais ou condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas pré-existentes à gestação, quadros desenvolvidos ainda durante a gestação e situações de urgência e emergência obstétrica.

Algumas condições de saúde consideradas de risco são reconhecidas como mais prevalentes em mulheres negras, como a anemia falciforme, hipertensão arterial crônica e diabetes *mellitus* tipo II. No entanto, por historicamente a população negra ser impactada por condições socioeconômicas desfavoráveis, mesmo em situações em que fatores genéticos sejam relevantes para o desenvolvimento do acometimento, as desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade reservam os piores desfechos obstétricos às mulheres negras (PACHECO *et al.*, 2018). Pacheco *et al.* (2018, p.132) enfatiza que “ainda que se reconheça que a raça/cor não é, por si só, um fator de risco, é preciso considerar a inserção social adversa da população negra, que constitui um agravante de sua vulnerabilidade diante das condições de saúde.”

Segundo Maldonado (2017), todo processo gestacional é ambivalente, pois traz à tona os desejos contraditórios devido às satisfações e renúncias que ocorrem simultaneamente. Conseqüentemente, na perspectiva psicológica, esse período é considerado como um período potencial de crise do ciclo vital feminino .

A gravidez de alto risco se diferencia da gravidez de risco habitual por haver uma sobreposição de acontecimentos, que são agudizados pela presença da sensação materna de maior imprevisibilidade, pensamentos de culpabilização pelo início ou desenvolvimento/agravamento do quadro de saúde e preocupações com seus possíveis desfechos. Além disso, também há o choque com um diagnóstico que muitas vezes, lhe era desconhecido, fenômeno que foi descrito durante uma das entrevistas: [...] *eu descobri essa malformação da coluna da minha filha e eu nem sabia que existia isso. [...] Tipo, tem várias doenças que a gente não conhece.* (Silvana)

Conseqüentemente, mulheres com gestações de alto risco são convocadas involuntariamente para elaboração de diferentes perdas reais e/ou simbólicas do ciclo gravídico-puerperal e/ou de seus bebês. Sendo que, quanto aos lutos simbólicos, segundo

Valente e Lopes (2008), por esse processo representar a perda de algo que não corresponde à criação imaginária, é um tipo de sofrimento psicológico ainda pouco reconhecido socialmente.

Em paralelo, a tendência cultural de privilegiar o compartilhamento de aspectos positivos da maternidade, pode cooperar para a negligência do cuidado em saúde mental e a ausência da percepção da urgência em se disponibilizar serviços que não reproduzem um modelo de assistência médico-centrado (MORAES, 2021).

No decorrer das entrevistas, algumas participantes descreveram brevemente sobre esses fenômenos, segue o trecho em que Paula responde a pergunta sobre o que sente que faltou em seu acompanhamento pré-natal de alto risco no referido hospital. Ela cita a sensação de ter faltado um acompanhamento psicológico, pois identifica que por ter vivenciado quatro perdas neonatais, seus receios estavam intensificados na atual gestação.

*A parte de ouvir, de tentar compreender que quando a mãe tem perdas recorrentes é difícil a gente se manter mais tranquila. **Então eu acho que a parte psicológica ali não teve, né?** Ali teve a parte do tratamento, de tudo, mas não teve uma profissional em psicologia. [...] **Porque o medo se torna maior quando você sabe que você tem um problema e que tudo pode acontecer, como aconteceu nas outras.** A gente tem mais dificuldade de entender, por mais que falam que é normal, que é diferente, mas o medo se torna maior. Então, acho que tive um acompanhamento com todos os outros profissionais, mas **a parte psicológica só tem quando entra né,** depois que tem o bebê, a não ser que você peça. (Paula)*

Historicamente, o atendimento pré-natal foi fortemente fundamentado em um modelo de atenção curativista e biomédico. No entanto, programas de humanização do pré-natal e nascimento provocaram uma nova compreensão de saúde, relacionando-a à perspectiva de proteção e promoção de qualidade de vida. Tal mudança de paradigma reforça a necessidade de que haja equipes interdisciplinares em todos os níveis de atenção do SUS, sendo o psicólogo um profissional estratégico por ter o potencial de atuar em fenômenos subjetivos, relacionais, sociais e organizacionais. A importância do profissional psicólogo se torna ainda maior no contexto da gravidez de alto risco, pois este período tende a ser especialmente crítico por ter o acréscimo de fatores de riscos reais à saúde (CALDAS *et al.*, 2013).

Apesar de em um determinado momento histórico o Serviço de Psicologia do hospital estudado ter tido atuação no ambulatório de PNAR, atualmente não há um psicólogo de referência para esse setor, sendo realizados atendimentos pontuais em casos excepcionais. Como consequência, Paula e outras usuárias, que poderiam se beneficiar das intervenções

próprias desse serviço, só receberão a sua oferta durante as suas respectivas internações no hospital.

As gravidezes de alto risco também costumam demandar adaptações em diferentes âmbitos da vida, pois muitas vezes necessitam de períodos de hospitalização breves ou prolongadas, sendo que algumas mulheres precisarão se deslocar para regiões que tenham instituições especializadas em sua necessidade. Este é o caso de Silvana, que mobilizou recurso financeiro próprio para o pagamento de exame, consulta médica e custo com uma viagem interestadual para realização de cirurgia intrauterina devido à malformação fetal chamada de mielomeningocele. Atualmente, está em tramitação na câmara dos deputados o projeto de lei que obriga o SUS a realizar essa cirurgia (PL nº 1701/2022).

*Quando eu descobri a malformação na coluna dela, **eu paguei a ultrassom morfológica**, aí eu fui no posto de saúde e peguei o encaminhamento. Daí eu fui na [maternidade]Carmela Dutra. Na [maternidade] Carmela Dutra, eu fiz outros ultrassons. Aí lá a médica me explicou assim, por cima, né? Falou que a espinha bífida é uma abertura na coluna, que tava constando hidrocefalia e que eu precisava fazer uma cirurgia. Perguntou se eu tinha condições de trazer o médico ou ir até ao médico... Aí eu fui lá, o médico me explicou, lá em São Paulo, né? **Eu fui pra São Paulo, fazer a cirurgia.** [...] Lá é particular. **Só que eu paguei só a consulta, né?** Eu fui pra saber o valor da cirurgia, porque o médico que faz essa cirurgia é particular, mas ele tem uma ONG filantrópica, que é o ... [nome da ONG]. Eu fiz pela ONG dele, né? Eu passei pela assistente social e **consegui fazer sem pagar a cirurgia.** [...] Fiz a cirurgia, quando eu voltei aí eu comecei o pré-natal aqui. (Silvana)*

A necessidade de permanecer internada no contexto hospitalar, ou de percorrer diferentes itinerários no âmbito do SUS ou da rede privada de saúde, é um fator estressor significativo para qualquer mulher que vivencia uma gravidez de alto risco. No entanto, diferente da experiência que Silvana compartilha, é reconhecido na literatura que mulheres negras fazem parte do grupo social que mais vivencia informalidade trabalhista, são majoritariamente chefes de família e a parcela da população feminina que mais exerce a “maternidade solo” (IBGE, 2019; BRASIL 2005). Consequentemente, são as mulheres que podem ter ainda mais dificuldades para realizar tratamentos que exijam afastamento, mesmo que pontual, do convívio familiar ou de trabalho.

Outro fenômeno que se destaca em uma gravidez de alto risco, é a necessidade de se ter certa flexibilidade quanto ao local escolhido para se ter o parto, em quais condições ele será feito e a via de nascimento, elemento que faz parte do processo de luto simbólico que foi citado anteriormente.

A princípio, fiz o plano “ah então vou ganhar no particular”, era isso. Aí, por conta do que aconteceu com o “rimzinho” da M [nome da bebê]. Eu peguei e “tá, então não, vamos ter no HU, porque é um lugar especializado, né? Que é de alto risco. [...] Quando eles me avisaram que eu iria ter o parto, que teve que ser induzido por conta da pressão também. Eles falaram “ah, vai ter que ser induzido”. Aí eu já fui para um quarto, me deram medicamento e começaram as contrações. (Lilian)*

O parto é um tema sensível a mulheres negras por também estarem mais suscetíveis a vivenciarem inadequações na assistência nesse contexto. Segundo o estudo de Alves *et al.* (2023), as mulheres pretas e pardas são as que mais peregrinam à procura de atendimento durante o trabalho de parto, possuem o maior tempo de espera de atendimento, vivenciam a desconsideração de sua necessidade de privacidade, são as mais impedidas de terem o seu direito a um acompanhante e recebem menos analgesias para alívio de desconforto físico durante o trabalho de parto. Todas essas violações estão dentro do fenômeno que hoje é conhecido como violência obstétrica.

A violência obstétrica é manifestada a partir da desumanização da mulher, manipulação de sua fisiologia natural sem justificativa científica e no impedimento do protagonismo frente a decisões sobre o seu próprio corpo e processos. Por não ter uma única definição, é compreendida como uma prática que está relacionada a diferentes atos, como os de negligência, violência psicológica, violência física e sexual (ALVES *et al.*, 2023).

O parto humanizado é um direito de todas as mulheres. No entanto, mesmo que haja uma tendência de que mulheres sofram interferências em seu processo de parturição devido a violências de gênero, a articulação da vivência de discriminação racial é um elemento que proporciona um tipo de vulnerabilidade específica entre mulheres negras. Uma exemplificação disso é quando profissionais de saúde, devido a terem crescido em uma sociedade estruturalmente racista e não terem recebido uma formação antirracista no contexto de seus cursos de graduação e especializações, concebem que mulheres negras são mais fortes e que por isso suportam passar por processos de indução mais longos e não precisam da oferta de analgesia (ALVES *et al.*, 2023). No entanto, cabe ressaltar que nenhuma das entrevistadas relatou ter vivenciado violências dessa natureza. Ao contrário dos resultados das pesquisas anteriormente citadas, Lilian e Alice referem que tiveram um trabalho de parto humanizado e que foram incentivadas a terem uma postura ativa durante todo o processo. Ambas avaliaram de forma positiva a assistência recebida.

*Claro que eu não sabia como é que ia ser a dor do parto... Então chega uma hora que tu não aguenta mais, claro. E eu falava “não aguento mais!”, e eles tipo “não, calma!”. Enfim, até que chegou um momento que eles viram que eu não aguentava mais, **aí deram outras opções pra mim**. “Tu pode ir lá tomar uma injeção pra dor, pra gente ver como é que vai ficar”. Daí a gente foi indo... Até que chegou um momento que daí não deu mais, **recebi a analgesia** [...] Daí depois que eu tomei, eu até consegui descansar um pouco. (Lilian)*

*Eu tive bastante medo, né? [...] Mas no final, graças a Deus, deu certo. **Eu tive a força de toda a equipe**. O tempo todo eles falavam pra mim que no final tudo ia ficar bem, né? Sempre, assim, com palavras positivas, sabe? [...] **Fui acolhida o tempo todo**. Toda vez que eu chamava, alguém vinha. [...] Tive várias sugestões “ah, se você quiser ir tomar um banho, se você quiser ficar ali sentada na bola, se você quiser caminhar...”. O tempo todo vinha alguém pra falar “**Ah, tu tá com muita dor? Quer fazer alguma coisa que vai te deixar mais confortável?**” (Alice)*

Após o parto, as mulheres que possuem seus bebês internados em Unidade Neonatal, seja por descompensação clínica pontual ou por também terem diagnósticos que exijam avaliação especializada e/ou monitoramento intensivo, vivenciam uma oscilação de sentimentos motivados pela insegurança e medo. É comum que essas mulheres se tornem acompanhantes de seus bebês, o que acaba sendo uma preocupação importante no caso das múltiparas, que por geralmente serem as principais cuidadoras de seus outros filhos, precisam acionar uma rede de apoio, e caso não tenham, se dividirem entre o ambiente hospitalar e o doméstico, gerando ainda mais fragilidade física e emocional (NEVES, ZIMMERMANN, BROERING, 2021).

A necessidade de permanência no hospital pode intensificar os sintomas de cansaço, perda de senso de identidade e a impressão de estar vivendo em um mundo à parte. Quanto maior for o tempo de permanência no contexto hospitalar, maior a chance do desenvolvimento de sofrimentos psicológicos importantes, como humor ansioso e/ou rebaixado (MONTANHAUR, RODRIGUES, ARENALES, 2021). Ademais, por essas puérperas terem maior probabilidade de lidar com condições neonatais inesperadas, também podem viver um processo de luto significativo quanto ao bebê idealizado.

Na entrevista de Paula há um breve relato sobre a sua condição de ser “mãe de UTI”. No trecho abaixo há uma exemplificação de como nenhum marcador social pode ser desconsiderado neste processo de análise, pois o fato de Paula ser mulher, a faz ser lida socialmente como alguém previamente apta a exercer o cuidado.

[...] Ele [marido] não vem todos os dias e não fica muito tempo [...] Aí como ele ainda tem medo de tocar nela [RN], aí ele vem rápido, olha, e vê se está tudo bem. Geralmente sou eu quem passo coisas pra ele sobre o boletim médico, né? Quando vai pra ele, já vai mais amenizado, eu pego a parte mais sofrida, né? Aí eu passo pra ele só depois que já foi resolvido o problema, sabe? (Paula)

Fica o questionamento: quais estruturas sociais cooperam para que Paula “pegue a parte mais sofrida” e o quanto isso pode ter relação com a sua condição de ser mulher e negra? Segundo Badinter (1980, apud CÉSAR, LOURES, ANDRADE, 2019), a maternidade é um constructo social subordinado aos valores de cada época e a narrativa da existência de um “instinto materno” foi intencionalmente construído, tendo desdobramentos em práticas maternas até os dias atuais. Paralelamente a isso, o seu companheiro, por ser lido enquanto homem, possui outra experiência de processo de vinculação com a filha, pois não é socialmente esperado que ele se dedique nos cuidados de um bebê recém-nascido (CÉSAR, LOURES, ANDRADE, 2019). Segundo Freitas, Coelho e Silva (2007, p. 142), “para o pai, a primeira responsabilidade social é com o provimento financeiro da família, o que significa que ser pai não é só ter filhos, mas conseguir mantê-los.”

Assim, apesar de não ter sido foco deste estudo investigar os diferentes papéis de cuidado com os bebês das mulheres entrevistadas, faz-se necessário considerar em estudos similares a este, como as experiências das gestantes de alto risco podem estar atravessadas pelas desigualdades de gênero e também raciais.

5.3 BARREIRAS INSTITUCIONAIS

5.3.1 Na Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada da gestante no SUS e um ponto da rede estratégico para o acolhimento, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado, mesmo quando existe a necessidade de encaminhamentos para outros serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A avaliação negativa quanto ao pré-natal convencional acessado na APS foi um ponto comum de três participantes. Por isso, devido à repetição de falas sobre barreiras institucionais vividas nesse nível de atenção, essa questão ganhou um eixo de análise próprio.

O pré-natal dito convencional ou de baixo risco, é uma das principais ações programáticas realizadas na APS. Tal serviço envolve o acolhimento e o acompanhamento

sistemático da gestante, orientação sobre o parto, promoção do estabelecimento de vínculo prévio com o hospital de referência, detecção precoce de acometimentos psicofisiológicos e, quando necessário, encaminhamentos para serviços especializados em alto risco. Inadequações em qualquer um desses pontos podem ser consideradas graves por colocar em risco a saúde da mulher e de seu bebê (CUNHA, LACERDA, NATAL, 2019).

Silvana, quando questionada sobre a sua experiência com a APS, fala de seu descontentamento devido a cancelamentos de consultas sem uma devida justificativa e a percepção de escassez de profissionais comprometidos em ofertar uma assistência adequada.

*Foi horrível. Porque a consulta de pré-natal acho que não deveria ser cancelada, né? E eu fui nas três primeiras consultas no início da gestação e na última consulta que fiz, eu peguei a requisição pra fazer o ultrassom morfológico. Tava no último dia de fazer o ultrassom, porque tem um prazo. E, foi assim. **Eu só tive quatro consultas na UBS.** [...] Eles simplesmente mandavam uma mensagem dizendo que a consulta tinha sido cancelada e que ia ser reagendada. **E só ficava nisso.** [...] Eu acho que **faltou mais profissionalismo** por parte dos médicos, né? Eu acho que a UBS deveria ser mais... Como eu posso dizer? Que eles **deveriam ter mais profissionais**, porque os que têm... [...] Às vezes não é culpa deles, né? Talvez tá em falta.” [...] **E tem uns que não querem mesmo, sabe? Estão indo lá só pra cumprir horário.** (Silvana)*

Durante o pré-natal convencional é importante que a mulher se sinta segura para compartilhar os seus receios, dúvidas e desconfortos frente à gestação. O serviço deve ser ofertado através de profissionais capacitados, que consigam estabelecer uma comunicação efetiva e realizar orientações (FREITAS *et al.*, 2023). No entanto, Alice traz em seu relato algumas dificuldades quanto ao estabelecimento de vínculo por sempre ser atendida por um profissional diferente e por sentir que seus sintomas eram invalidados.

*[...] Eu achava bem ruim o atendimento no posto. **Era bem difícil consultar com um médico** lá, era sempre uma enfermeira e nunca era a mesma. **Sempre era alguém diferente.** [...] **Eu ficava muito na dúvida de algumas coisas, né?** Pra eles algumas coisas eram normais, pra minha médica do alto risco era bem diferente. [...] Então... Como é que eu posso te falar? Eu não acho que eu fui uma pessoa bem atendida no posto de saúde. Eu passei muito mal no início da minha gestação, muito mal mesmo. **E tudo era normal, normal, normal, normal...** [...] Eram consultas muito rápidas, quase não falavam comigo, era o básico assim. [...] No posto eu saía cheia de dúvida. **Eu ficava cheia de pontos de interrogação na minha cabeça.** (Alice)*

Quanto ao olhar interseccional para essa questão, os pesquisadores Oliveira e Kubiak (2019) afirmam que o racismo e o sexismo também repercutem nas prestações de serviço e nas consultas em saúde, pois a crença de que as pessoas negras não adoecem resulta na minimização de queixas advindas dessa população.

É importante evidenciar que a Política Nacional de Humanização (PNH) compreende que o acolhimento é uma postura prática e ética que deve ser constante em todos os locais e momentos de atenção à saúde. Consequentemente, a assistência pré-natal deveria ser um momento privilegiado para que as gestantes pudessem falar e serem ouvidas em suas vivências, bem como receber informações importantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Cabe ressaltar que:

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.40)

A não oferta de horários ampliados de atendimento para a gestante que trabalha é outra inadequação que dificulta o acesso à saúde (CUNHA, LACERDA, NATAL, 2019).

*Eu cuido de uma idosa, aí ficava ruim pra mim, porque eu falava pra eles, **eu preciso do atestado do dia**. Eles não aceitavam, falavam assim “ah, tu vai sair agora de manhã pra ir no médico e depois tu vai voltar”, não me davam o atestado do dia. **Então eu ganhava falta no trabalho**. Então era bem ruim pra mim. [...] **Aí às vezes eu não ia nas consultas do posto, mas como era de risco, era obrigado a ir, né? Por conta do nenê.** (Alice)*

Segundo Urio *et al.* (2021), apesar da progressiva conquista de direitos, como a estabilidade provisória no trabalho, gestantes em situação de vulnerabilidade ainda vivem o medo de serem demitidas, seja por desconhecimento, como também devido às falhas no cumprimento das determinações legais que as amparam. Desse modo, o relato anterior revela mais um direito negado, pois além do direito de receber o atestado médico, segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 287) “o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho garante à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização

das consultas médicas e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.” Ressalta-se que faz parte da atribuição dos profissionais da saúde, independente do nível de atenção em que estão, oferecer uma assistência que comporte orientações sobre direitos durante o pré-natal, parto e puerpério.

Para que essas políticas públicas que assegurem os direitos das gestantes sejam garantidas, respeitadas e cumpridas é necessário que os profissionais envolvidos no processo assistencial estejam conscientes da necessidade de aliarem o conhecimento técnico e específico ao compromisso com resultados satisfatórios da atenção e da importância de promover e informar as mulheres sobre seus direitos para que elas possam conhecê-los e assim, exigi-los. Fazendo-se necessário que esta temática seja discutida com foco nos programas de assistência à saúde brasileira através de publicações ou exposições, servindo de base para as políticas públicas de saúde, fomentado maior fiscalização para que a legislação seja cumprida (URIO et al., 2021, p.10)

Sobre as experiências com a APS, chama a atenção o fato de três das quatro participantes terem relatado principalmente pontos negativos relacionados à dificuldade na vinculação com os profissionais da equipe, privação de informação e o número reduzido de consultas realizadas. Embora elas não tenham relacionado tais incômodos a algum tipo de discriminação, por ser reconhecido na literatura que as iniquidades raciais no acesso a um pré-natal efetivo podem ser identificados justamente por esses pontos, faz-se necessário que profissionais de saúde permaneçam atentos para o devido acolhimento dessas queixas, bem como na construção de possíveis estratégias para a minimização e/ou resolução dessas questões.

Por fim, o fato da única participante que fez acompanhamento pré-natal via rede particular ter sido a com renda familiar média superior em comparação às demais e com o maior número de consultas, pode ser um dado significativo sobre a relação do marcador de classe social com o uso do SUS. Segundo Reigada e Romano (2018), o SUS ainda possui uma representação social negativa, principalmente entre a classe média. Ressalta-se que a renda, por si só, não define classe social, pois essa também é constituída enquanto um estilo de vida, com padrões de consumo e lazer específicos. O fato de uma parte da população brasileira ter tido relativa ascensão social nos últimos anos, sendo denominados de "nova classe média", também é um ponto importante para compreender a preferência por um serviço individual a um serviço coletivo. Portanto, a internalização de valores da classe média dita tradicional é um fenômeno relevante para compreender a dinâmica do acesso à saúde e pode embasar ações

de práticas informativas a essa camada da população.

5.3.2 No contexto hospitalar

Quando as participantes foram questionadas sobre como avaliavam a assistência recebida no PNAR, todas referiram ter tido uma boa experiência. Os aspectos positivos levantados sobre o serviço foram: ser acolhedor, informativo, efetivo e ágil na marcação de exames. Quanto aos aspectos negativos, duas participantes citaram a longa espera para o início da consulta.

***Os horários.** Porque você marca um horário para você estar, mas a demanda é de acordo com o tempo que você chega, entendeu? **Então às vezes uma consulta era para às 11h, você só ia ser atendido uma hora e meia depois, duas horas...** A gente espera bastante na hora da consulta, demora. (Paula)*

*[...] A gente agendava pra duas horas da tarde e às vezes só era atendida **bem mais tarde**, porque daí eles botavam duas horas da tarde, mas era praticamente ordem de chegada. Então daí acabava sendo atendida lá pela, sei lá, quatro horas. **Eu passava quase o dia todo esperando, né?** Isso eu achei um pouco ruim, negativo, assim. (Lilian)*

As gestantes de alto risco podem ser encaminhadas para internação hospitalar tanto pela via ambulatorial, como pela Emergência. Cada unidade de internação atende diferentes tipos de demandas e presta assistência por meio de equipes multiprofissionais. É priorizado que haja uma equipe de referência responsável pela condução de cada caso. O referido hospital também é uma instituição de formação profissional, por este motivo as atividades são realizadas por servidores, mas também por docentes, residentes e alunos de graduação de diversas áreas da saúde (HU, 2021).

Todas as participantes em algum momento passaram pelo Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, tendo duas delas tido seus bebês internados na Unidade Neonatal. A avaliação positiva da trajetória nessas unidades foi unanimidade entre as participantes.

Quanto ao Centro Obstétrico, elas afirmaram que se sentiram emocionalmente acolhidas e com a preservação relativa de suas privacidades. Também relataram que se sentiram informadas quanto à progressão do trabalho de parto, incentivadas a manterem uma postura ativa e obtiveram a oferta de recursos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio de desconfortos físicos. Uma participante descreveu que a sua cesariana foi respeitosa

e acolhedora.

Sobre o Alojamento Conjunto, os aspectos positivos levantados foram, a disponibilidade permanente da equipe quanto ao atendimento de suas demandas e terem sido informadas quanto às condutas, tratamentos e prognósticos. Uma participante pontuou ter tido rápida intervenção em uma intercorrências no pós-parto; e uma pontuou ter se sentido bem assistida psicologicamente durante a internação.

Em relação à Unidade Neonatal, durante as entrevistas duas delas relataram ter recebido informações diárias sobre a situação clínica de seus bebês e que foi lhes garantido o livre acesso delas e dos companheiros à unidade. Ambas também se sentiram incentivadas à realização do contato pele a pele com o filho/a recém-nascido/a, e uma delas afirmou que foi possibilitada a visita de seu filho mais velho na UTI Neonatal (UTIN).

Quanto ao aspecto estrutural do hospital, o único ponto de dificuldade levantado foi em relação ao Centro Obstétrico que, devido à forma como está fisicamente organizado, acabou favorecendo com que Paula tenha ouvido toda a discussão da equipe sobre a definição de conduta, o que lhe gerou desconforto emocional.

*Na hora do parto conseguia ouvir os médicos discutindo. [...] Foi bastante ruim ouvir que a gravidez ia ser interrompida. Eu acho que os médicos teriam que ter uma parte mais reservada para discutir, eu acho que seria melhor. **Porque aí a gente fica mais apreensiva, vem mais o medo, sabe?** Eu consegui ouvir tudo que era discutido em relação à minha gestação. [...] Não sei se os outros pacientes conseguem, mas eu ouvi. Então, eu acho que...[...] seria mais fácil ser discutido com mais sigilo e depois ser passado a decisão...[...] do que tu ficar ouvindo o debate. (Paula)*

Felizmente, recentemente foi noticiado que o hospital receberá R\$ 15 milhões do Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para investir na ampliação do centro obstétrico, emergência e internação de ginecologia e obstetrícia, tendo a meta de ampliação de 10 leitos (HU-UFSC/EBSERH, 2023). Esse recurso poderá ser fundamental para que experiências semelhantes à de Paula sejam evitadas.

5.4 A INVISIBILIDADE DO RACISMO

Considerando os dados nacionais sobre a frequente iniquidades raciais no acesso aos serviços de saúde, tinha-se como hipótese que durante a realização das entrevistas haveria

relatos de experiências de racismo nos diferentes níveis de atenção em saúde, em especial, pelo foco do trabalho ser sobre a assistência obstétrica de alto risco, no hospital. No entanto, todas as participantes negaram terem percebido algum tipo de diferença em seu tratamento em relação às pessoas brancas, seja no hospital ou em outras instituições.

*Pra mim o atendimento [no hospital] tá sendo, assim, excepcional. O pessoal é muito atencioso, tá toda hora indo no quarto perguntando se tá tudo bem. Até o residente que me atendeu um dia, do nada aparece ali no quarto só pra me ver e perguntar se tá tudo bem. [...] Não precisaria de repente a pessoa sair do que tá fazendo pra só ir ali me dar um oi, né? **Então, acho que se tivesse uma diferença por questão racial ou algo assim, acredito que ninguém iria fazer todo esse esforço.** (Lilian)*

Na fala de Lilian, assim como nas das demais participantes, há uma concepção individualista sobre o racismo. Nessa concepção, o racismo é entendido como uma "patologia" individual ou de grupos extremistas. Esse tipo de concepção, por ressaltar o aspecto psicológico, comportamental e moral, em detrimento de uma natureza sócio-histórica, acaba por dificultar o reconhecimento da estrutura racista da sociedade e na identificação do racismo institucional (ALMEIDA, 2018). Essa concepção pode explicar o porquê de Lilian, ao não ter vivido uma situação explícita de discriminação racial durante a sua passagem pelo hospital, não identifica ter sido afetada pelo racismo.

Já a concepção institucional, significa entender que o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas ao resultado de todo um funcionamento de instituições, inclusive as de saúde, que acabam provocando desvantagens e privilégios a partir da raça. As instituições, por serem a materialização da vida social, são historicamente controladas por pessoas representantes de certos grupos raciais, principalmente homens brancos. Portanto, elas não são imparciais em seus interesses políticos e econômicos, sendo a discriminação racial uma forma de manter a hegemonia desse grupo. O racismo institucional é menos evidente e recebe menos repúdio social, pois se trata de forças que são entendidas como naturais e inclusive, respeitadas pela sociedade (ALMEIDA, 2018).

As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista. Essa frase aparentemente óbvia tem uma série de implicações. A primeira é a de que se há instituições cujos padrões de funcionamento redundem em regras que privilegiam determinados grupos

sociais, é porque o racismo é parte da ordem social. Não é algo criado pela instituição, mas é por ela reproduzido. [...] Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratam de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como "normais" em toda a sociedade. (ALMEIDA, 2018, p.36-37).

As respostas obtidas das participantes podem indicar alguns efeitos do racismo estrutural na sociedade brasileira. Pois, mesmo que tenham se autodeclarado como mulheres negras, é comum que o sofrimento gerado pelo racismo não seja prontamente identificado e nomeado como tal. Segundo Tavares e Kuratani (2019), o fato de muitas pessoas negras não serem conscientes do quão estão expostas ao racismo estrutural e do estresse crônico que são submetidas devido à discriminação e microagressões cotidianas, pode ser compreendido como uma consequência do mito da democracia racial. Segundo Collins e Bilge (2021):

O Brasil alegou oficialmente não ter “raças”, posição que se baseava no modo como o governo abordava as estatísticas raciais. Sem categorias raciais, o Brasil oficialmente não tinha “raças” nem negros como grupo “racial” socialmente reconhecido. Ironicamente, o mito da identidade nacional brasileira apagou a raça para construir uma filosofia de democracia racial em que ser brasileiro substituiu outras identidades, como as de raça. Em essência, ao apagar a categoria política de raça, o discurso nacional da democracia racial eliminou a linguagem que poderia descrever as desigualdades raciais que afetavam a vida das pessoas negras brasileiras. Esse apagamento da “negritude” como categoria política permitiu que práticas discriminatórias contra pessoas manifestamente de ascendência africana ocorressem em áreas como educação e emprego, porque não havia termos oficialmente reconhecidos para descrever a discriminação racial nem recursos oficiais para remediá-la (p. 39-40).

Outro fenômeno que pode ocorrer é o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento disfuncionais. Como por exemplo, o de se afastar de discussões sobre o racismo por ter o desejo, consciente ou inconsciente, de experimentar o privilégio branco de não ter sua existência racializada (SCHUCMAN, 2014). Segundo Kilomba (2019, p.219) “o desejo de anonimato também revela o desejo de não ser assombrada pelo trauma do racismo. O trauma de ter sido atacado pelo racismo se torna uma possessão, que assombra o sujeito e interrompe, repetidamente, seu senso normal de previsibilidade e segurança.”

Portanto, o fato das quatro participantes da pesquisa negarem terem vivido discriminação racial dos profissionais que lhes atenderam, tanto na atenção básica como na hospitalar, não significa necessariamente, que não há práticas racistas nessas instituições. Além disso, é preciso considerar o momento que elas estavam vivendo, pois por mais que

estivessem lúcidas e orientadas, ainda estavam frágeis devido à condição de serem puérperas, sendo assim, tal fato pode ter provocado efeitos na identificação de possíveis negligências e/ou violências.

Segundo Almeida (2018), se o racismo institucional é uma das formas da manifestação do racismo estrutural, a única forma de uma instituição combater o racismo é por meio da implementação de práticas antirracistas, como: políticas internas que promovam igualdade e a diversidade, incluindo nas relações internas e externas; remoção de obstáculos para a ascensão de pessoas pertencentes a minorias sociais aos lugares de poder e prestígio; manutenção de espaços de debates sobre as práticas estabelecidas; promoção de acolhimento aos possíveis conflitos de caráter racial e de gênero.

Dessa maneira, por essas práticas ainda não serem a realidade do hospital pesquisado, é necessário que mais estudos e ações sobre o tema sejam realizados para que assim, este seja reconhecido não apenas enquanto uma instituição que não pratica o racismo interpessoal, mas uma instituição antirracista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que, apesar das dificuldades enfrentadas em decorrência das repercussões biopsicossociais de uma gravidez de alto risco, para as mulheres negras entrevistadas as suas experiências no referido hospital foram predominantemente positivas. Tendo como os principais pontos citados: o sentimento de terem sido acolhidas em suas demandas; agilidade na realização de exames; disponibilidade da equipe em fornecer informações sobre diagnóstico, tratamento e condutas; respeito aos seus protagonismos durante o trabalho de parto; e o recebimento de um cuidado neonatal humanizado. O incômodo em relação ao longo tempo de espera para serem chamadas em consultas médicas de PNAR previamente agendadas, bem como a experiência de uma participante de ter ouvido uma discussão médica sobre o seu caso, foram os pontos negativos citados.

A unanimidade das respostas negativas frente a identificação da vivência de algum tipo de desconforto, negligência ou violência que pudessem associar ao fato de serem mulheres negras, foi um dado significativo encontrado no estudo. Considera-se que esse resultado pode ser reflexo do sólido mito da democracia racial no Brasil e o predomínio de concepções individualistas sobre o racismo, em que a discriminação explícita de um sujeito ou grupo contra o outro é vista como um problema social. Portanto, mesmo que as

participantes não tenham identificado terem sido vítimas de algum tipo de discriminação, por serem mulheres negras, essas possuem suas experiências de vida racializadas, e conseqüentemente, atravessadas pelo racismo.

Partindo das definições trazidas por Silvio Almeida (2018), o racismo está permeado na estrutura da sociedade brasileira e por isso, sua apresentação é complexa e dinâmica, não podendo ser reduzida ao racismo individual. Para o autor, devido à sociedade ser historicamente racista, a única forma de não o reproduzir, é adotando práticas antirracistas. Isso vale para pessoas, grupos e instituições.

Os resultados do estudo evidenciam a necessidade de políticas públicas que levem em consideração intersecções de gênero, raça e classe. Por isso, quando se fala em combater iniquidades sociais na área da saúde, é preciso enfatizar a importância de se ter nos cursos de graduação e pós-graduação, conteúdos curriculares que contenham os conhecimentos da teoria interseccional aplicada a diferentes contextos.

O estudo também evidenciou uma discrepância dos sentidos dados à experiência no contexto hospitalar, com o que é experienciado na Atenção Primária. Os pontos mais significativos relatados pelas participantes sobre esse nível de atenção foram: a dificuldade de vinculação com a equipe; consultas breves; ruídos na comunicação entre os profissionais e a paciente; longa espera para a marcação de exames; e escassas informações sobre a gravidez, parto e puerpério.

Quanto ao atendimento e acompanhamento psicológico, todas afirmaram não terem recebido em ambos os serviços, tendo tido a sua oferta apenas durante as internações hospitalares. Como efeito, o estudo destaca a importância do psicólogo compor a equipe do serviço de PNAR, pois o devido manejo de aspectos psicológicos ainda durante a gestação é capaz de promover impactos positivos e duradouros na saúde materna e neonatal. No entanto, é preciso que esses profissionais estejam sensíveis a questões étnico-raciais, justamente para não provocarem iatrogenias em mulheres negras.

Em relação aos limites da pesquisa, primeiramente destaca-se a amostra reduzida de participantes. No entanto, por se tratar de uma pesquisa qualitativa e exploratória, esta não tem a pretensão de generalizar os dados. Além disso, em uma análise interseccional há o entendimento que, apesar de pessoas de um mesmo grupo social poderem ter experiências em comum, há aspectos únicos relacionados a cada sujeito, localidade e tempo histórico (NOGUEIRA, 2017).

Quanto às dificuldades na execução, considera-se a brevidade das entrevistas e a complexidade presente na tarefa de analisar os resultados a partir da concepção de

interseccionalidade por essa ser uma teoria que incorpora múltiplas dimensões de identidades sociais, o que aumenta a complexidade analítica (NOGUEIRA, 2017). Por isso, foi preciso determinar alguns contornos da pesquisa, para cumprir os objetivos que se pretendia.

Novas pesquisas qualitativas e quantitativas que beneficiem grupos oprimidos, e com a perspectiva emancipadora, precisam ser realizadas tanto com usuárias negras e pertencentes a outras raças/etnias, quanto com profissionais de saúde e gestores. Segundo Collins e Bilge (2021, p. 66) “a interseccionalidade não é simplesmente uma heurística para a investigação intelectual, mas também uma importante estratégia de intervenção para o trabalho de justiça social”.

Por fim, este estudo oportunizou benefícios diretos e indiretos às participantes, tendo em vista que a fala e a reflexão podem suscitar elaborações significativas sobre as suas trajetórias. Além disso, “enfocar as narrativas de mulheres negras é pertinente por, pelo menos, dois motivos específicos: um diz respeito à importância de ouvi-las; o outro, à importância de romper com o silêncio e a invisibilidade” (BAIA, 2021, p. 28).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ALVES, G. K. et al. Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"**. 2023; 9 (9d3):1-19. Disponível em: <<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/547/312>> Acesso em 21 de nov de 2023.

BAIA, L. P. V. **Maternidade tem cor?:** Narrativas de mulheres negras sobre maternidade. 1.ed. Curitiba: Appris, 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1701/2022, de 20 de jun de 2022. Dispõe sobre a realização da cirurgia fetal para tratamento da mielomeningocele no âmbito do SUS. Disponível em:<<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2329471>> Acesso em 18 de nov de 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual da Gestação de Alto Risco**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf>. Acesso em 7 de junho de 2023.

_____. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de mai. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2023.

BRAZ, R. M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n.99, p. 554-562, out/dez 2013. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZqDr6yqgFryL5zXqCyrLVLc/abstract/?lang=pt>> Acesso em 21 de nov de 2023.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. IN: POPE, C. MAYS, N. (Orgs). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 2, p. 23-31.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicologia Hospitalar**, 2013, 11(1), 66-87. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005> Acesso em 21 de nov de 2023.

CÉSAR, R. C. B.; LOURES, A. F.; ANDRADE, B. B. S. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico** 2019, Jul./Dez; 10 (2): SUPLEMENTO 68-75. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1956/1342>> Acesso em 21 de nov de 2023.

COELHO, R. et al. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, nota técnica n. 27, 2022. Disponível em:<https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf> Acesso em 07 de junho de 2023.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, ano 10 vol. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>> Acesso em 21 de nov de 2023.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, A. C.; LACERDA, K. T.; NATAL, S. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 19 (2): 459-470 abr./jun., 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j9DVWHCJVYZCD46FPxwb4Wk/?lang=pt>> Acesso em 21 de nov de 2023.

FREITAS, J. C. S. S. et al. A importância do acompanhamento pré-natal no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp.**, 2023; 12:e5205. Disponível em:<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5205>> Acesso em 21 de nov de 2023.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):137-145, jan, 2007. Disponível em: <<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3431/6942>> Acesso em 21 de nov de 2023.

HU-UFSC. ATENÇÃO à saúde da mulher e do recém-nascido. Manual de Boas Práticas. 1ed. 2018. Disponível em:<<https://noticias.paginas.ufsc.br/files/2018/10/Manual-de-Boas-Pr%C3%A1ticas-1.pdf>> Acesso em 21 de nov de 2023.

_____. CARTA de Serviço ao Cidadão, 2021. Disponível em:<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/acesso-a-info>>

rmacao/programas-e-projetos/copy2_of_CartadeServioaoCidadoHUUFSC.pdf> Acesso em 21 de nov de 2023.

HU-UFSC/EBSERH terá R\$ 15 milhões do novo PAC para investir no Centro Obstétrico, 15 ago.2023. Disponível em:<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/hu-ufsc-ebserh-tera-r-15-milhoes-do-novo-pac-para-investir-no-centro-obstetrico>>. Acesso em 18 de nov de 2023.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2022. Disponível em:<<https://static.poder360.com.br/2022/07/populacao-ibge-2021-22jul2022.pdf>> Acesso 07 de junho de 2023.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2019. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em:<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>> Acesso em 21 de nov de 2023.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo no cotidiano. 1.ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>> Acesso em 21 de nov de 2023.

LESSA, M. S. A. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, 27 (10):3881-3890, 2022. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzJkjbDCRB9xdT3HRVrdv/>> Acesso em 21 de nov de 2023.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Editora Vozes: Petrópolis, 2002.

MONTANHAUR, C. D.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ARENALES, N. G. Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. **Aletheia**, v.54, n.1, jan/jun. 2021. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000100007> Acesso em 21 de nov de 2023.

MORAES, M. H. C. **Psicologia e Psicopatologia Perinatal**: sobre o (re)nascimento psíquico. 1.ed. Curitiba: Appris, 2021.

MOURA JR, J. et al. Interseccionalidade como estratégia metodológica: articulações entre gênero, raça e pobreza. In: BARROS, J. P. P.; ANTUNES, D. C.; MELLO, R. P. (org.).

Políticas de vulnerabilização social e seus efeitos. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020. p. 211-229.

NEVES, R. S.; ZIMMERMANN, J.; BROERING, C. V. UTI NEONATAL: o que dizem as mães. **Rev. Psicol e Saúde em Debate.** Abr., 2021:7(1): 187-214. Disponível em: <<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/728/477>> Acesso em 21 de nov de 2023.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e Psicologia Feminista.** Salvador, Bahia: Editora Devires, 2017.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.43, N. 122, P. 939-948, Jul-Set, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/>> Acesso em 21 de nov de 2023.

OLIVEIRA, T. L. Mulheres negras e maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 04, p. 12-23, out.-dez., 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29686>> Acesso em 21 de nov de 2023.

PACHECO, V. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 42, N. 116, p. 125-137, jan-mar 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M54gMHgH4FwvmN9k7zRkZXJ/>> Acesso em 21 de nov de 2023.

REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v 28(3), e280316, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/physis/a/6mk4Hsqvwf9kKcdfKFKMv6y/abstract/?lang=pt>> Acesso em 22 de nov de 2023.

RODRIGUES, A. R. M.; et al. Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. **Revista de Enfermagem Referência**, Série V, nº 3:e20040, p. 1-7, 2020. e20040. DOI:10.12707/RV20040. Disponível em:<<https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/21479/15831>> Acesso em 21 de nov de 2023.

SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia & Sociedade**, 26(1), 83-94, 2014. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/ZFbbkSv735mbMC5HHCsG3sF/?lang=pt>> Acesso em 21 de nov de 2023.

SCHUCMAN, L. V.; COSTA, E. S.; CARDOSO, L. Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. **Revista da ABPN.** v.4, n.8, ju.-out. 2012, p.15-29. Disponível em:<<https://abpnrevista.org.br/site/article/view/247/223>> Acesso em 21 de nov de 2023.

TAVARES, J. S. C.; KURATANI, S. M. A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo

entre Mulheres que se "Tornaram Negras". *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2019, v.39, e184764, 1-13. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/PS556GX8mQ7CgwwzvVgYts/>> Acesso em 21 de nov de 2023.

URIO, A. et al. Direitos no período gravídico puerperal: revisão documental. **Research, Society and Development**. v.10, n.13, e114101321064, 2021. Disponível em:<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21064/18725>> Acesso em 23 de nov de 2023.

VALENTE, T. Z.; LOPES, C. M. B. A perda simbólica e a perda real: o luto materno. In: **Anais: I Salão De Extensão Universitária: Estabelecendo Diálogos, Construindo Perspectivas**, 2008. Disponível em:<https://anais.unicentro.br/sec/isec/pdf/resumo_59.pdf> Acesso em 21 de nov de 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, enquanto voluntária e de forma não remunerada, da pesquisa do trabalho de conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/ EBSEH intitulada "Uma análise interseccional a partir da experiência de usuárias negras acerca da assistência obstétrica de alto risco oferecida em um hospital universitário do sul do Brasil".

Meu nome é Bianca Rodrigues Conceição Viana, psicóloga residente na ênfase em saúde da mulher e da criança, e conduzo esta pesquisa sob orientação da Prof^a. Dra. Apoliana Regina Groff, professora no Departamento de Psicologia da UFSC e da Prof^a Dra. Marta Corrêa de Moraes, professora no Departamento de Metodologia de Ensino desta mesma universidade.

Por favor, antes de assinar este documento, leia-o inteiramente com muita atenção. Caso seja necessário, solicite orientação e esclarecimentos de dúvidas.

A pesquisa objetiva analisar, a partir de teorias que conectam as realidades de raça, gênero e classe social, a experiência de pacientes negras acerca do cuidado especializado oferecido durante sua passagem no pré-natal de alto risco até o pós-parto. Os dados coletados com este estudo serão relevantes, pois contribuirão para a compreensão de como é vivido na prática esse cuidado e para posterior melhora do serviço oferecido à população. Também, justifica-se pela importância em aperfeiçoar a atuação dos profissionais de saúde no cuidado direcionado às mulheres negras no pré-natal, parto e pós-parto.

Desta maneira, caso aceite o convite, você inicialmente irá responder a um questionário contendo perguntas como: idade, identidade racial, naturalidade, estado civil, escolaridade e profissão. Posteriormente, participará de uma entrevista com perguntas sobre a assistência recebida durante o seu pré-natal de alto risco, parto e pós-parto. Com o seu consentimento, será realizada uma breve pesquisa do seu histórico com o pré-natal de alto-risco via pesquisa em prontuário, seguida de uma entrevista presencial com a pesquisadora principal. A entrevista será gravada e anexada ao Google Drive, sem a sua identificação. A duração da entrevista é aberta, mas estima-se que tenha aproximadamente entre trinta minutos e uma hora de duração. Para a garantia do sigilo, os instrumentos serão respondidos na sala do Serviço de Psicologia do hospital. A pesquisa não oferece nenhum tipo

de dano à integridade física, mas poderá oferecer riscos mínimos, como a mobilização ou desconforto devido ao seu relacionamento com o tema. Caso isso ocorra, você será acolhida de forma imediata e gratuitamente pela pesquisadora, que possui os conhecimentos teórico-técnicos para realizar suporte psicológico. Será disponibilizado acompanhamento psicológico pelo tempo que for necessário e a possibilidade de realização de encaminhamentos para Rede de Atenção Psicossocial.

Salienta-se que você poderá interromper e/ou recusar a sua participação em qualquer momento, sem justificativa e sem nenhum prejuízo ou penalidade. A negativa ou desistência não interferirá em seu tratamento, que seguirá de acordo com as recomendações e regulamentações atualizadas da equipe de saúde do hospital.

Embora esta pesquisa não lhe ofereça benefícios diretos e imediatos, poderá contribuir para seu processo de assimilação de questões psicológicas vividas durante a sua gravidez, parto e pós-parto. Será assegurado assistência durante toda a pesquisa e garantido acesso livre a todas as informações e explicações necessárias ao longo da pesquisa e após a sua participação.

Os dados coletados durante a consulta do prontuário e durante a entrevista serão analisados em caráter estritamente científico, as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e preservação da sua privacidade. Desta forma, as pesquisadoras responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-la não serão utilizados. Caso o sigilo da pesquisa possa eventualmente ser quebrado, de forma involuntária e não intencional (por exemplo, por problemas relacionados ao arquivamento de áudio em disco virtual, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive), as consequências serão tratadas nos termos da lei.

Os resultados do estudo poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Também, serão divulgados à instituição concedente e às participantes que tiverem interesse, após a defesa do Trabalho de Conclusão de Residência, em data a ser agendada. Você não terá nenhuma despesa advinda da pesquisa, mas caso você tenha algum prejuízo material em decorrência do estudo, poderá solicitar ressarcimento, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Além disso, caso haja algum dano individual e/ou coletivo associado a este estudo, tanto durante quanto após a participação, é garantido a indenização para reparação deste dano.

A pesquisadora principal e responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 10/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2012), que dispõe sobre as normas de proteção dos participantes, objetivos e procedimentos do estudo; e com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com respeito aos princípios de ética em pesquisa com seres humanos. Tal pesquisa também respeita os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (nº13.709, de 2018), que dispõe sobre o tratamento dos dados pessoais e pessoais sensíveis, utilizados no decorrer do estudo.

Após leitura e consentimento, duas vias deste documento serão rubricadas e assinadas por você, pela pesquisadora principal e a pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à equipe da pesquisa, pelos telefones (48) 99636-9154 e (48) 99915-1252. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal pelo e-mail: biancaviana.psi@gmail.com ou pessoalmente no endereço profissional: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - Trindade, Florianópolis/SC, sala do Serviço de Psicologia, 2º andar.

Caso haja dúvidas em relação à forma como a pesquisa está sendo conduzida, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, que é o órgão vinculado à UFSC com o objetivo de defender os interesses dos participantes de pesquisas, bem como garantir o desenvolvimento de pesquisas com o devido padrão ético necessário. O CEPESH poderá ser contactado via telefone no número (48) 3721-6094; pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br; ou pessoalmente na Universidade Federal de Santa Catarina – Prédio Reitoria II. Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, sala 701. Trindade, Florianópolis/SC.

Autorização de gravação da entrevista:

- () Autorizo a gravação de voz da minha entrevista.
() Não autorizo o registro da gravação de voz da minha entrevista.

Pesquisadora principal: Bianca Rodrigues Conceição Viana

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Orientadora responsável pelo estudo: Dra. Apoliana Regina Groff

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Coorientadora responsável pelo estudo: Dra. Marta Corrêa de Moraes

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Nome completo da participante:

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados sociodemográficos:

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Nome: | Idade: |
| Autodeclaração étnico-racial: | Escolaridade: |
| Estado civil: | Histórico Obstétrico: G__ P__ C__ A__ |
| Natural de: | |
| Cidade em que reside atualmente: | Há quanto tempo? |
| Com quem reside: | Renda familiar: |
| Profissão/ocupação: | Religião e/ou prática espiritual: |

Perguntas:

1. Quando você foi encaminhada para o Pré-natal de Alto Risco (PNAR) do HU/UFSC e por qual motivo?
2. Além do PNAR, você também realizou consultas pré-natais em sua UBS de referência? Em caso afirmativo, você realizou quantas consultas na UBS? Como foi esta experiência?
3. Na sua opinião, qual é o objetivo do pré-natal? Como você percebe a especificidade do PNAR em relação ao pré-natal convencional?
4. Para você, como seria uma boa consulta de pré-natal?
5. Como você avalia a assistência pré-natal recebida no PNAR? Houve algo que você considerou positivo ou negativo?
6. Você enfrentou alguma dificuldade para participar das consultas do PNAR? Se sim, quais?
7. Durante as consultas do PNAR, você estava acompanhada? Se sim, por quem?
8. Você precisou de internações anteriores? Se sim, como avalia o cuidado recebido nessas ocasiões?
9. Como você avalia a assistência que recebeu durante o pré-parto, parto e pós-parto? Houve algo que você gostaria que fosse diferente?
10. Caso o seu bebê tenha sido internado na Unidade Neonatal, descreva como foi a sua experiência com esse serviço.
11. Na sua opinião, existe alguma diferença na qualidade da assistência prestada para mulheres brancas e negras do PNAR ao pós-parto? Se sim, quais seriam? Como você observou essa diferença?
12. Você já passou por alguma situação de negligência, desconforto ou violência em uma instituição de saúde pública? Caso positivo, você acredita que fatores como a sua raça ou etnia podem ter tido alguma influência nessa situação?
13. Os profissionais de saúde que atenderam você durante a gestação, parto e pós-parto demonstraram compreender as suas necessidades específicas em saúde?
14. Se você pudesse resumir em uma ou poucas palavras a sua experiência neste serviço, qual seria?
15. Há alguma mensagem que você gostaria de deixar ou algo que gostaria de acrescentar?