

Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa

RESUMO

Edilaine Marcio Cardoso

E-mail: edi.m.cardoso@gmail.com
Universidade Federal de São Carlos,
São Carlos, São Paulo, Brasil

Fernanda Flávia Cockell

E-mail: fercockell@yahoo.com.br
Universidade Federal de São Paulo,
Santos, São Paulo, Brasil

Altas taxas de morte materna por causas evitáveis têm se apresentado entre as mulheres negras e de baixa renda. Não dissociar as variáveis raça/cor/classe social possibilita compreender as disparidades na atenção à saúde. Objetivo: Compreender a percepção de mulheres negras quanto às suas experiências acerca das redes de apoio no ciclo gravídico-puerperal. Materiais e Métodos: Um estudo analítico de natureza qualitativa em que foram elegíveis 28 mulheres negras que responderam a um questionário via Formulário Online do Google composto de questões abertas sobre o tema. Resultados: O apoio às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal mostrou-se ineficiente. Como desdobramento da pesquisa, foi elaborado uma vídeo performance com as narrativas das entrevistadas. Conclusão: A experiência vivida pelas mulheres negras na atenção obstétrica ainda é marcada por violências, invisibilidade e silenciamentos, seja na rede pública ou privada de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Racismo. Cuidado pré-natal. Saúde da mulher. Origem étnica e saúde.

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos evidenciam as desigualdades raciais no Brasil e apontam que as pessoas negras, quando comparadas às brancas, apresentam inúmeras desvantagens neste sentido. Entender essas desigualdades no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de saúde se faz necessário para se pensar estratégias para minimização de desigualdades, atendimento respeitoso e humano, principalmente no que tange à saúde e políticas públicas (DOMINGUES *et al.*, 2013).

O surgimento precoce de enfermidades, maior gravidade e progressão de doenças, comorbidades, incapacitação e altos índices de mortalidades, são as resultantes da precariedade na atenção à saúde de grupos étnico raciais vulneráveis (WILLIAN e PRIEST, 2015).

O contexto sócio histórico que legitimou a escravidão no Brasil deixou como legado uma perspectiva tendenciosa que confere à população negra uma imagem naturalizada de subalternidade, coisificação e inferiorização. Essa junção de fatores dá margem às práticas de discriminação e preconceitos relativos à pessoa negra e que pode se manifestar em todas as áreas da vida social, sobretudo nas instituições, uma vez que têm refletidas em seu cotidiano as determinações político-raciais da nossa sociedade (ASSIS, 2018). O racismo institucional provoca uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (LÓPEZ, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN de 2007 reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais de condições e acesso aos serviços de saúde, e tem como objetivo a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017). O racismo está profundamente arraigado no tecido social, com consequências deletérias para todas as dimensões da vida, capaz de interferir diretamente nos processos de saúde-doença de uma população, de tal forma que no Brasil, este fator torna a população negra mais vulnerabilizada, e quando se faz um recorte populacional e se observa a saúde das mulheres negras, este fato fica ainda mais evidente (THEOPHILO *et al.*, 2018).

Compreender que a intersecção de diferentes categorias de opressão (racismo, exploração de classe, patriarcado e homofobia), bem como outros determinantes sociais (características socioeconômicas, culturais, educacionais, ambientais, etc.) moldam a experiência das mulheres negras, que é muito diferente daquelas vividas por homens ou mulheres brancas, nas mais variadas esferas da vida cotidiana, inclusive nos serviços de saúde culminando em invisibilização e silenciamentos. É preciso entender o conceito de interseccionalidade (que ganhou visibilidade na década de 1990 pela intelectual feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw) para então lutar por iniciativas de justiça social e políticas emancipatórias que de fato melhorem a vida das mulheres negras em diferentes instâncias (COLLINS, 2017).

A inexpressiva quantidade de produção acadêmica sobre a saúde da mulher negra nas Ciências da Saúde, visto que o tema também é pouco ou nada abordado nos cursos de formação profissional e pós-graduação, e muitas vezes ignorado pela maioria dos pesquisadores e pesquisadoras, torna-se uma barreira para a superação das desigualdades. As razões para o baixo índice de publicações sobre

o tema ainda são desconhecidas: se por desinteresse, falta de estímulos ou restrições nas instituições de pesquisa; barreiras interpostas pelos conselhos editoriais de diferentes periódicos; ou a combinações entre os variados elementos (WERNECK, 2019).

Para se falar e pensar a saúde da mulher negra é preciso levar em consideração o corpo, estético-político marcado por experiências sociais hostis e de exclusão (CARNEIRO, 2006). É preciso pensar que raça, classe e gênero não podem ser discutidos de maneira isolada e sim de modo indissociável nas suas intersecções, pois, numa sociedade de herança escravocrata, patriarcal e classista, é mais que necessária a fundamentação teórica e prática que o feminismo negro vem trazendo, e assim pensarmos um novo marco civilizatório (RIBEIRO, 2016).

É inegável reconhecer que a saúde reprodutiva da mulher negra é uma questão política, que vai desde o controle de natalidade, com as esterilizações forçadas, maiores índices de abortamentos clandestinos, supressão de autonomia e liberdade sobre seus corpos (ROLAND, 2016).

No Brasil a interseccionalidade entre racismo e sexismo, retroalimentam um sistema perverso de omissões e práticas discriminatórias que atingem a maternidade negra. Por conta disso, é crescente o número de ações com foco no ciclo gravídico-puerperal devido aos índices preocupantes de morte materna e perinatal.

OBJETIVO

Compreender a percepção de mulheres negras quanto às suas experiências acerca das redes de apoio no ciclo gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

Estudo analítico, de natureza qualitativa através de questionário semiestruturado com questões abertas, sendo o total das entrevistas determinado por saturação qualitativa. A pesquisa qualitativa em saúde se funda sobre três pilares: na milenar atitude clínica de voltar o olhar a quem porta dor, na secular atitude psicanalítica de inclinar a escuta a quem vivencia conflitos emocionais e na clássica atitude existencialista de reflexão sobre as angústias humanas (CAMPOS e TURATO, 2009).

O trabalho é um recorte da pesquisa “Abrace seu mundo: tecendo redes de apoio social ao ciclo gravídico-puerperal”, aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), CEP 1206/2017, parecer nº 3.006.612.

A pesquisa teve como método de inclusão mulheres autodeclaradas negras maiores de 18 anos, que realizaram acompanhamento obstétrico no Estado de São Paulo, e que concordaram com os critérios de participação estabelecidos no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo mulheres que não se autodeclaravam negras ou que não realizaram acompanhamento obstétrico no Estado de São Paulo.

O período de coleta de dados deu-se de abril a junho de 2018. Foi elaborado um questionário *online* via Formulário *Online* do Google composto de questões abertas referentes à experiência sobre o tratamento recebido nos serviços de saúde, procedimentos realizados, informações recebidas, assistência ao parto e pós-parto, vivência de tratamento injusto, descortês ou discriminatório, satisfação no atendimento pré-natal e percepções acerca da maternidade negra.

Para a discussão foi realizada uma revisão bibliográfica em base dados de trabalhos publicados nos últimos dez anos que abordassem os seguintes temas: qualidade da assistência pré-natal ofertada à mulher negra, saúde reprodutiva da mulher negra, racismo institucional, humanização na atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico-puerperal. As falas foram analisadas de acordo com o conteúdo.

Todas as participantes tiveram suas identidades preservadas e as transcrições de alguns seus discursos serão identificadas pela letra E (Entrevistada) e um número, que é a ordem das entrevistas respondidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam ao questionário 54 mulheres, porém, 17 delas não se autodeclaravam negras, de modo que não avançaram para as etapas seguintes, ficando então 37 mulheres. Destas, nove não realizaram o acompanhamento gestacional no Estado de São Paulo, sendo assim, 28 mulheres ficaram elegíveis para o estudo. A maior parte das entrevistadas (85,7%) estava em período de pós-parto acima de 361 dias, casadas ou em união estável e em atividade laboral, (42,85%) com renda familiar variando entre maior que R\$ 3.478,00 e (32,14%) com renda entre R\$ 1.874,00 e R\$ 2.811,00. Em relação à escolaridade, todas as entrevistadas possuíam no mínimo o ensino médio, sendo que (57,14%) delas possuíam ensino superior completo. A região onde a maior parte delas realizou o acompanhamento gestacional foi a capital paulista (18), ABC paulista (5), interior e Grande São Paulo (5).

O pré-natal

Metade das entrevistadas realizou as consultas de pré-natal na rede pública e a outra metade na rede privada, o número de consultas variou entre oito ou mais, acima do mínimo de seis consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2010), apenas duas entrevistadas não realizaram o número de consultas mínimas, uma delas teve apenas duas consultas e a outra cinco, porém, os motivos não foram revelados.

Quando questionadas se as variáveis raça e cor constaram nos prontuários e/ou fichas de avaliação, apenas 10 (35,71%) afirmaram que sim. Mesmo com o crescente número de estudos que tentam estabelecer relações entre as variáveis raça/cor, certa dificuldade para obtenção destes dados ainda é encontrada, porque os documentos geralmente não apresentam um campo específico para tal registro, ou mesmo quando há a cor não é informada (SACRAMENTO e NASCIMENTO, 2001). Segundo o Ministério da Saúde, a ausência de dados sobre raça/cor fragiliza os indicadores que avaliam a atenção à saúde, principalmente quando se trata de segmentos populacionais específicos (BRASIL, 2013).

A mulher negra tem mais predisposição biológica às doenças como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e anemia falciforme, porém, suas mobimortalidades maternas não estão relacionadas apenas aos fatores biológicos, mas também ao acesso, baixa qualidade de atendimento por razões discriminatórias e sociais, falta de capacitação dos profissionais e serviços de saúde e de ações voltadas para os riscos específicos aos quais as referidas mulheres estão expostas (BRASIL, 2012).

Quando questionadas em relação às orientações educativas em saúde na gestação, 17 das mulheres do presente estudo (60,7%) afirmaram ter recebido informações apenas sobre hipertensão arterial, prática de atividade física e nutrição, destas, oito (28,5%) obtiveram também informação sobre diabetes *mellitus* e dentre elas apenas duas (7,1%) tiveram informações sobre anemia falciforme, porém, onze mulheres (39,2%) afirmaram não terem recebido nenhuma informação. Na gestação, a doença falciforme – de caráter genético e hereditário que atinge grande parte da população negra (ZANETTE, 2007). – Está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais, intensificando as crises algicas, as complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia, podendo também prejudicar a evolução da gestação. A doença falciforme interfere na aderência da placenta na parede uterina; no tamanho da placenta; menor aporte de nutrientes para o feto, ocasionando retardo de crescimento intrauterino; maior incidência de placenta prévia; descolamento prematuro de placenta e aborto. Faz-se necessário então prever as possíveis complicações e ofertar um atendimento pré-natal de qualidade para mulher negra afim de minimizar e até mesmo evitar possíveis intercorrências relacionadas a raça e seus determinantes sociais (SILVA, 2018; BRASIL, 2006).

Grupos de apoio à gestação

Metade das mulheres deste estudo informou que obteve em algum momento informações sobre pós-parto/puerpério, ou contou com algum grupo de apoio, porém, nem sempre acolhidas em suas necessidades e até revelando questões étnico-raciais e socioeconômicas como barreiras para esta condição, como podemos observar:

Apreendi muito, mas comecei a perceber que não pertencia aquele mundo. Além de ser um espaço elitizado, nenhuma negra fazia parte e novamente me senti na escola sendo excluída das festas de 'mêsversário' após o nascimento do meu filho. A alegação é que não me chamavam pq eu morava no Guarujá, mas todas continuaram se vendo até hoje (E02).

Por outro lado, outras entrevistadas trouxeram a importância dos grupos de apoio, pois “ajudou a elaborar um plano de parto e ter coragem para me defender e a minha filha também” (E25). O empoderamento a partir do grupo aparece no relato abaixo:

Particpei de rodas de conversa. Foi ótimo, pois a partir destes encontros pude me empoderar e decidir o que eu queria e não queria no meu trabalho de parto. Além disso, eu e meu companheiro saímos fortalecidos destes encontros,

entendendo que era possível ter um parto respeitoso mesmo com todo sistema dizendo que não (E45).

É importante mencionar que ainda que o grupo de apoio estivesse presente em alguns casos, algumas entrevistadas percebem como exceção, restrito a alguns espaços:

“tive e tenho na Casa Ângela (Centro de Parto Humanizado localizado em bairro da zona Sul de S.P.), mas sei que lá é uma bolha dentro do sistema público de atendimento” (E26).

A falta de informação sobre grupos existentes aparece nas falas:

“não participei por falta de conhecimento” (E50), assim como a ausência da oferta como justificativa da falta de apoio: “não tinha nenhum grupo de apoio a gestação” (E37)

Promover o compartilhamento de saberes e cuidados (de si e do entorno), potencializadores de autonomia e emancipação são importantes ações Educativas em Saúde, e se tratando do cuidado e apoio no ciclo gravídico-puerperal. As trocas de experiências em grupos de gestantes fortalecem o vínculo de confiança entre os profissionais e elas, melhora a aderência ao pré-natal, reduz a sensação de medo que afetava as gestantes inexperientes e reforça a sensação de segurança em relação aos eventos próprios do período gestacional (SILVA *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2016).

As atividades educativas sejam elas em grupo ou individuais podem proporcionar uma relação horizontal de discussão na medida em que os profissionais estejam abertos e sensíveis a elencarem temas de interesse das gestante e acompanhantes, valorizando suas vivências e crenças, garantindo um papel ativo dessas mulheres, com ações que abram espaços que vislumbrem o empoderamento das mesmas, que bem orientadas, podem ser multiplicadoras desses conhecimentos para outras mulheres de seus convívios (SILVA *et al.*, 2018).

Sobre o acesso a alguma prática integrativa e complementar de saúde (PICS), como por exemplo, homeopatia, *yoga*, *reiki*, acupuntura, meditação, entre outras, 57,1% delas não tiveram. As PICS podem contribuir para a diminuição do tempo de trabalho de parto, melhor controle da dor, ajuda na tomada de decisões e empoderamento da mulher (SILVA *et al.*, 2016).

Informação sobre aleitamento materno, manejo e cuidado com as mamas 78,5% das mulheres afirmaram ter recebido, porém, sobre planejamento familiar como (gravidez não planejada, intervalo entre partos, gestação de alto risco), 71,4% delas não receberam este tipo de informação.

Atenção do serviço durante o pré-natal

As percepções sobre o serviço de pré-natal demonstram a falta de atenção e um atendimento mais humanizados:

“eu era só mais um número ali, não senti que estava sendo tratada com individualidade” (E08).

A ineficiência do serviço é revelada por outra entrevistada:

“hoje sei que mesmo fazendo o pré-natal e tendo em vista tudo que engloba no contexto de uma gestação, o que se refere sobre curso, aprendizado, informações revertendo isso para atenção, seria quase nula” (E10).

A precarização do atendimento faz com que as mulheres negras peregrinem mais em busca de um atendimento que consiga abarcar suas necessidades:

“o atendimento na UBS foi muito raso, então fui em busca de outros profissionais da saúde na rede hora certa” (E21)

e a insatisfação com a atenção recebida é perceptível nestas outras falas:

“Mediana. Realizei pré-natal na rede pública” (E19).

Outra mulher ainda completa:

“Péssimo” (E31).

Fica evidente que essas mulheres não foram atendidas em seus anseios mais primordiais quando se referem ao tratamento recebido por parte da equipe profissional:

“pouco atentos às questões específicas tais como hipertensão, a qual só foi alvo de atenção médica após a ocorrência desta!” (E29).

E mesmo quando bem avaliada, a atenção obstétrica ainda deixou a desejar em algum aspecto:

Ao mesmo tempo em que eu era patologizada por ser gestante /mãe adolescentes, não recebia apoio para elaborar isso. Alguns profissionais ignoravam o fato, outros julgavam apenas. Eu acabei escolhendo ignorar também, mas as questões vinham sempre à tona. Mas no geral tive uma assistência muito boa e respeitosa (E18).

O mesmo tipo de queixa é perceptível na fala desta outra mulher quando analisa a atenção recebida:

“boa, tive apenas uma ocasião que fui desrespeitada, nessa consulta poderiam ter descoberto a pré-eclampsia ao invés de rirem do meu ganho de peso” (E25).

A falha no serviço coloca em risco a saúde e autonomia da gestante, como podemos observar no depoimento que segue:

“nenhuma orientação só media a barriga e fizeram exames de sangue e fezes” (E46)

também pode impactar negativamente na vida dessas mulheres:

“foi uma das piores experiências que já vivi” (E30).

Por outro lado, quando a assistência é adequada e respeitosa proporciona às mulheres maior segurança e confiabilidade:

“tive experiências maravilhosas, pois tanto o posto de saúde como a Casa Angela são administrados pela associação Monte Azul que tem como premissa a antroposofia” (E26).

E quando a mulher está bem informada, o desfecho é bem diferente:

“no meu caso acho que foi satisfatório, tendo em vista que trabalho na área de saúde e já tinha algum conhecimento e poucas dúvidas” (E22).

O serviço privado também apresenta suas lacunas, induzindo as mulheres, seja por omissão de informações ou imposição de protocolos, ao seu perverso modelo de cesárea eletiva:

“Meu atendimento foi serviço de saúde privada, durante a gestação tudo que aprendi achei ser o suficiente, hoje percebo o quanto eu poderia saber e por falta de conhecimento deixei de ter o parto normal que desejei” (E50).

A experiência de parir

Sobre os tipos de parto prevaleceu a cesárea (16), parto normal hospitalar (10, sendo 2 induzidos), parto normal domiciliar (1), abortamento/curetagem (1). E como se pode perceber pelas falas, algumas mulheres se sentiram privadas do direito de decidir, porém, neste caso sem trazer elementos que apontem se a raça foi ou não um fator determinante para tal:

“hoje consigo dizer que fui muito mal orientada, não tive acesso as informações sobre benefícios do parto normal e necessidades do puerpério, me direcionaram para cesárea desnecessária” (E08).

O tipo de parto deveria ser uma escolha das parturientes e seus companheiros ou companheiras em conjunto com a equipe médica, de maneira horizontal, bem orientada e respeitosa, porém a prática evidencia que a assistência obstétrica está bem distante disso:

“Senti que o corpo da mulher sempre é um problema. Me senti muito impotente em alguns momentos na hora da cesárea, eu e meu companheiro já estávamos cansados de brigar” (E25).

E como mostra a fala a seguir, as mulheres negras estão mais sujeitas à um atendimento desrespeitoso e violento:

Infelizmente não tive o parto normal como pretendia. Fiz uma cesária no hospital Campo Limpo. O início do tratamento foi violento, pois ela (a médica) disse que estava sendo irresponsável porque eu estava pensando se subia ou não para cirurgia e mandei a médica parar de gritar comigo. E depois ela foi mais sensível e não fez alguns procedimentos com meu filho que eu não queria (E26).

Ainda que seja um direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS, independente da raça e

classe social, somente 53,5% puderam ter a presença do acompanhante à maior parte do tempo:

“Meu parceiro era a melhor pessoa para estar comigo. Eu só queria ele” (E18).

Privada do direito garantido pela lei 11.108/2005, a mulher pode vivenciar momentos de medo e solidão:

“Me senti muito mal de estar sozinha” (E08)

“Foi um parto de emergência e meu marido não esteve comigo durante os momentos mais angustiantes que já passei. Foi traumatizante” (E19)

este sentimento é reforçado por outra mulher que revela como se sentiu:

Bastante nervosa devido às mudanças de plano, pois, a minha pressão no dia estava muito alta. Após o parto meu marido não pode ficar mais na sala de operação. Meu último parto foi impactante pois teve que ser induzido, por medo fiquei nervosa e fui maltratada por uma médica residente (E23).

Apenas metade conseguiu participar junto à equipe médica sobre as decisões em relação ao seu trabalho de parto e parto, porém, (82,1%) delas não teve liberdade para escolher o posicionamento durante o trabalho de parto, sentindo-se

“sem autonomia” (E21)

“muito fragilizada” (E05),

“péssima, triste e revoltada”

(E06), “com medo” (E12).

Impedir que a gestante/parturiente tenha apropriação de seus direitos e livre arbítrio para conduzir as tomadas de decisões sobre seu parto, seja por falta de informação ou por aplicação de regras e rotinas institucionais, também se caracteriza como violência obstétrica, bem como qualquer tipo de agressão verbal e física praticada por profissionais de saúde, algum familiar ou acompanhante dessas mulheres, seja na gestação, parto e pós-parto (SANTOS *et al.*, 2018).

Os relatos de mulheres que se sentem violentadas e/ou agredidas no serviço de saúde, seja público ou privado, têm sido cada vez mais divulgados nos meios de comunicação e redes sociais. As queixas computadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2012, por exemplo, abordavam sobre o tratamento desrespeitoso, mau atendimento, agressão física e verbal (ZANARDO *et al.*, 2017):

Foi tudo muito rápido, a frieza da médica o tratamento hostil, me entristeceram, me marcaram [...] no parto coberto pelo convênio médico (o segundo), a médica que era responsável gritava comigo, enquanto eu tentava caminhar para a mesa de cirurgia. Um momento tão importante e o tratamento tão frio, agressivo. Foi traumático (E29).

Muitos profissionais da saúde têm deixado a parturiente em segundo plano, tratando o parto apenas na sua forma mecânica, a mulher torna-se apenas mais um componente daquele ato (CARDOSO *et al.*, 2017).

Racismo Institucional

Antigamente o parto era um evento estritamente feminino e caseiro, as parturientes tinham seus filhos em casa, eram acompanhadas por parteiras e apoiadas por outras mulheres de sua confiança. A partir dos anos quarenta, começou a crescer a tendência à hospitalização dos partos, sendo que no final do século passado mais de 90% destes, eram realizados em ambiente hospitalar. O desenvolvimento industrial presente no século XX, influenciou muitos setores da atividade humana, e a saúde, no que se refere ao cuidado, acabou incorporando a racionalidade mecanicista. Por conveniência das instituições e dos profissionais, cesáreas são agendadas como linha de produção, e o nascimento passa a ter características de bem de consumo, quem pode paga por um bom atendimento, quem não pode fica ao sabor da própria sorte. O atendimento despersonalizante, incorporados pelos profissionais ainda mesmo durante sua formação, corrobora para processos de desumanização e violências (RATTNER,2009) com maiores repercussões na vida das mulheres negras, como se pode observar nas seguintes falas:

“Péssimo. Ela coisificou um dos momentos mais importantes da minha vida, para igualar o plantão” (E06)

“frieza e falta de respeito comigo” (E19);

“alguns foram muito bons, mas a maioria só vê cegamente os protocolos e somos apenas mais uma” (E25).

A representação social da figura médica, como detentora do poder e do saber sobre o outro é evidenciada na fala a seguir, inclusive ilustrando os conflitos na relação de trabalho no ambiente hospitalar:

Uma frieza e um silenciamento constantes. Falas agressivas e de subestimação. Apenas os enfermeiros tinham um tratamento mais aproximado, mais chegado. Notei que estes eram tratados como subalternos e que havia uma espécie de ressentimentos e disputas entre classes no interior do hospital (E29).

Porém o tratamento descortês não se restringe a figura médica, como observado na fala desta outra mulher:

“somente uma médica me tratou bem, as enfermeiras me trataram como um pedaço de carne” (E30).

Ao serem questionadas se perceberam algum tipo de tratamento diferenciado em razão da cor da pele as mulheres comentam:

“acho que não. Mas pela condição social, sim” (E06)

“por parte da recepção apenas, pois cheguei com pressão 190 mmHg x 110 mmHg e tive que brigar para ser atendida mesmo

estando com carta para internação, na época do Pronto Socorro do convênio médico” (E22).

É possível observar que o tratamento discriminatório, descortês, advém tanto de funcionários da recepção como também da equipe médica:

“creio que a forma dura e grossa, fria com que os médicos me dirigiam o olhar e a palavra eram sinais de distinção por minha cor sim!” (E29).

Outras características também promovem maior ou menor exposição às desigualdades no tratamento, como a variável condição social e nível educacional, fazendo com que o atendimento seja diferente:

“[...] como ela (a médica) percebeu que eu era informada, foi desarmando a soberba” (E26).

A negação e/ou não reconhecimento por parte dos/das profissionais em relação à reprodução das desigualdades no atendimento contribui para a manutenção e ampliação de práticas racistas nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2013). E muitas vezes esta distinção se explicita no tipo de atendimento dispensado, pois é sabido que as mulheres negras são mais negligenciadas e as menos tocadas durante uma consulta médica:

“[...] teve vezes em que fui ao hospital público gestante que me senti mal, como se eu fosse apenas mais uma. Não senti de forma alguma empatia dos médicos para comigo, simplesmente entrei e sai da sala de consultório sem um olhar” (E50).

A maternagem negra torna-se, então, um ato de resistência:

Quando o médico se aproximou de mim disse, agora com essas mulheres aqui vocês não terão nenhum problema. O parto é rápido e sem dor. Igualzinho a cavalos. [...] eu sentia dor do mesmo jeito que as mulheres brancas. Só porque eu não estava me contorcendo e gritando antes não queria dizer que eu não estava sentindo dor [...]. Além disso, esse médico não sabe do que ele está falando. Ele nunca deve ter visto uma égua. Quem disse que ela não sente dor? Só porque ela não chora? (MORRISON, 2007: 122-123) – *Apud* (SILVA, 2017).

Fazendo a diferença: a assistência humanizada

As boas práticas de humanização exigem coragem e ousadia por parte dos serviços de saúde e seus gestores, é preciso apostar na implantação de Centros de Parto Normais e na contratação de equipe multiprofissional que esteja integrada a esse modelo para o cuidado de gestantes e parturientes. É mais que necessário apostar no SUS que dá certo, que se diferencia do setor privado, este que aderiu sem disfarces o modelo de cesárea obrigatória. É preciso acabar com os modelos de atendimentos hostis, agressivos e obsoletos (DINIZ, 2014), para que assim, com segurança e tranquilidade a mulher possa ter uma experiência de parto potencializadora:

Foi incrível! Meu filho nasceu em uma Casa de Parto. Foi a melhor decisão que eu poderia ter tomado para nós! O parto

para mim foi um rito de passagem, um momento de intensidade e algo que me uniu ao natural. O parto me permitiu me reconectar com o que há de mais primitivo, mais irracional, mais forte e mais bonito que eu tenho dentro de mim (E45).

E sempre que as mulheres têm seu tempo e seu corpo respeitados, elas se sentem mais determinadas para assumirem o protagonismo deste momento, e revelam esta sensação:

“muito boa foi um parto humanizado” (E07)

“acolhida, segura e confiante” (E10)

“perfeito! Tive meu plano de parto respeitado e todas as parteiras (tive meu filho em uma Casa de parto) nos trataram de forma respeitosa, esclarecedora, empática e gentil, desde a entrada até o período de internação” (E45).

A experiência de gestação, parto e pós-parto

A necessidade de uma rede de apoio estruturada nas esferas de saúde, mas também da vida social e familiar fica evidente nas falas de algumas das entrevistadas:

“O meu marido na época ficou desinteressado pela gravidez, então acho que poderia ter sido uma experiência maravilhosa, porém foi uma experiência de dois sobreviventes por uma causa” (E22)

“Poderia ter sido mais acolhida” (E05)

Algumas das mulheres ainda tiveram que lidar com as agruras de uma maternidade solo:

Minha vida estava muito agitada, eu estava me separando do pai de minha filha, e não tive apoio nenhum que não fossem as informações médicas que ocorreram durante o pré-natal. Minha recuperação da cesárea foi muito dolorosa. Tive apoio de minha mãe e tenho até hoje. (E29)

É preciso que essas mulheres negras sejam ouvidas e amparadas em suas necessidades, as redes de apoio ao ciclo gravídico-puerperal (sejam elas familiares, profissionais e/ou socioeducativas) precisam levar em conta a integralidade e a individualidade de cada uma delas. A gestação é um período de intensas mudanças fisiológicas, hormonais, que induz a mulher a reorganizar sua identidade, sendo que os aspectos emocionais e psicológicos também precisam ser atendidos na mesma proporção que os eventos físicos (BORGES *et al.*, 2011):

“meu pós do primeiro parto foi bem difícil, pois tive depressão pós-parto. Já do segundo foi bem tranquilo” (E40).

O puerpério é um período no qual o corpo da mulher se recupera fisicamente da gravidez e do parto, mais suscetível aos transtornos emocionais:

[...] O pós-parto foi muito difícil, devido a transição hormonal, ajustes na amamentação e o meu reconhecimento como mãe. Agora, as coisas estão mais tranquilas, mas o puerpério não é nada fácil. Por ter lido muito e ter uma formação acadêmica

que privilegiou ter um contato mínimo com este universo, sinto que tenho vivenciado isso de forma mais leve (E45).

Muitas mulheres se sentem negligenciadas em suas dores e angústias, já que a atenção fica toda voltada ao bebê, sendo acusadas de querer chamar a atenção para si, quando na realidade, a falta de apoio do parceiro, da família, pode desencadear um quadro depressivo, se as mesmas não tiverem com quem compartilhar os medos e até mesmo os sentimentos de felicidade. As mães precisam de uma rede de apoio que lhes ofereça ajuda nos cuidados domésticos, com o bebê, na esfera do cuidado afetivo e de assistência para a mulher (MANENTE e RODRIGUES, 2016), como demonstra a fala a seguir:

Dentro das dificuldades de uma gestação apesar de planejada, num ambiente de trabalho machista do qual me desliguei após o término da minha licença, fui bem assistida. O parto foi excelente e o pós-parto teve as dificuldades de adaptação, mas tive acompanhamento profissional e familiar com uma boa rede de apoio (E07).

A experiência de maternidade enquanto mulher negra

As mães negras vivem uma realidade que a maiorias das mães brancas nem sequer precisam se preocupar, como a discriminação racial sofrida pelos filhos, a sobrevivência dos mesmos em uma sociedade excludente, a reivindicação de direitos, justiça e democracia (QUINTELA, 2017), como se pode observar:

“quanto à gravidez sempre há a preocupação com pressão alta devido à tendência da raça. Como mãe sempre há a preocupação da preparação da criança para sobreviver em uma sociedade desigual e racista” (E19).

As falas a seguir reforçam este sentimento:

“acho que a memória mais forte que tenho foi quando estava grávida do meu primeiro filho e aconteceu aquele episódio dos meninos que levaram tiros no Rio de Janeiro. Chorei muito e pensei, estou trazendo um ser humano para a guerra” (E26)

“a maternidade trouxe uma necessidade de militância e engajamento para as questões das mulheres e mães negras. E a preocupação de mais igualdade e respeito para que meu filho cresça num ambiente mais saudável” (E07).

É inegável a existência de problemas que afetam, em alguma medida, muitas mulheres em sua pluralidade, mas que são ainda mais intensos para as mulheres negras:

“maternidade deixa a mulher vulnerável, mas para a mulher negra é ainda pior. Racismos velados, sexismos e objetificação do corpo da mulher ficam muito mais evidentes” (E8).

É preciso falar de maternidade com foco específico no racismo, é preciso romper a barreira do silêncio, da “pseudo igualdade”, do clichê de que maternidade “não tem cor”, pois no Brasil a cor sempre foi e continua sendo motivo de discriminação, violência e escárnio (ARRAES, 2015).

Na década de 90, ocorreu o primeiro evento nacional destinado a discutir questões voltadas à saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil. As ativistas negras apresentaram propostas que visavam à ampliação das ações relativas à saúde reprodutiva das mulheres negras, como a criação de programas de saneamento básico e saúde, implementação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), instauração no sistema público de saúde de procedimentos para detectar nos primeiros anos de vida a anemia falciforme e garantia de liberdade reprodutiva para as etnias discriminadas (DAMASCO *et al.*, 2012).

A militância dessas e de tantas outras mulheres negras contribuiu, e ainda contribui, para a implementação de ações direcionadas à população negra, com conscientização dos direitos e empoderamento das mesmas:

Criar minhas filhas é uma benção é um desafio diário. As ausências dos pais no sentido de dar suporte são constantes motivos de preocupação e tensão! Tento ser uma referência de mulher negra para elas e as conscientizo sobre o racismo e a forma como elas devem ser tratadas pela sociedade. Que elas devem lutar por suas dignidades e respeito. Vejo a maternidade como um espaço de luta e construção de uma sociedade mais justa (E29).

Parem de nos matar! Mulheres Negras e Violência Obstétrica

Como desdobramento desta pesquisa, uma das autoras do presente trabalho, que também tem formação no campo das artes cênicas como atriz, e tem buscado intersectar arte e saúde como estratégias possíveis na atenção e cuidado integral, propôs a criação de uma vídeo performance (que pode ser acessada via *YouTube*) onde se inspira em algumas narrativas das entrevistadas para criar poética e criticamente nova materialidade, afim de, ampliar a discussão e o acesso à temática (CARDOSO e COKELL, 2018).

A performance traz na visualidade e na construção dramatúrgica elementos simbólicos que visam aproximar o/a espectador (a) de alguns aspectos da cultura africana, contribuindo para a construção de um imaginário plural sobre a mulher negra, suas potências e resistências.

Este trabalho foi pensado por duas pesquisadoras negras, para falar sobre nós, mas principalmente para sensibilizar as pessoas não negras, profissionais e estudantes da área da saúde. Para algumas mulheres negras o vídeo, apesar de contar com uma estrutura bastante poética, pode ser um gatilho, abertura de velhas feridas, difíceis de serem cicatrizadas, à medida que a todo instante corre a notícia de que mais uma mulher negra foi violentada e/ou perdeu a vida tentando dar à luz ou morreu em alguma tentativa aborto clandestino. Sabemos que nós negras somos negligenciadas, que podemos ter nossa dignidade subtraída apenas por ser mulher e negra e cair nas mãos de alguém que por despreparo ou puro preconceito, faz com que nossas vidas tenham menos valor, pois “a carne mais barata do mercado, é a carne negra”. O Racismo mata muito, todos os dias, mas a omissão mata igualmente.

Ser mulher negra nessa sociedade é muito difícil, mas sempre com o coração que aprendi a vestir, na gestação eu me sentia tão

linda e maravilhosa que nada me abalava. Muitas vezes na rua, recebi olhares que gritavam 'negra e prenha', mal eles sabiam que eu era a terra prometida. Sim, era assim que eu me senti várias vezes (E50).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que a experiência vivida pelas mulheres negras na atenção obstétrica ainda é marcada por violências, invisibilidade e silenciamentos, seja na rede pública ou na rede privada de saúde, pela interseccionalidade entre racismo e sexismo. O atendimento pré-natal oferecido se apresentou ineficiente no que se refere à educação em saúde, prevenção e atenção humanizada. As mulheres negras ainda não se sentem completamente apoiadas em suas necessidades no ciclo gravídico-puerperal.

Muito ainda precisa ser feito para que as mulheres negras tenham uma rede de apoio de qualidade, pensada na sua integralidade e especificidades. É preciso que mais estudos sejam realizados, trabalhos de campo, que consigam adentrar os espaços de atendimento, que mais mulheres negras tenham acesso a universidade e às pesquisas, para que assim as narrativas sejam contadas sob nossas perspectivas e que sejamos protagonistas de nossas histórias, que políticas para a minimização de desigualdades sejam direcionadas para esta e outras questões que envolvem a saúde e a vida da mulher negra.

A forma como a coleta de dados foi realizada, via internet, por si só, já traz um recorte do perfil das entrevistadas, as mulheres deste estudo apresentam características bastante homogêneas, em relação à condição social e grau de escolaridade, pelas falas é possível perceber que são mulheres que tem uma boa compreensão das implicações das desigualdades de acesso e qualidade do atendimento. Se mesmo estas mulheres bem instruídas, conectadas com seus direitos não ficaram imunes a tais práticas, imaginemos então as mulheres que estão à margem, que tem a vida precarizada, que estão nas periferias de um país que ainda hoje nega descaradamente a existência do racismo.

O estudo demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas, principalmente, estudos de campo, multicêntricos, incluindo outros grupos étnicos para uma melhor comparação, capazes de problematizar de modo categórico tanto as especificidades, quanto as discriminações, estas, sob os vieses de raça, gênero, classe e suas implicações à mulher e mãe negra nas diferentes regiões do país. Adentrar alguns espaços para a realização de pesquisa de campo sobre racismo institucional ainda se apresenta como uma barreira, e esta foi uma limitação encontrada no presente estudo, apesar de todas as tentativas as Secretarias de Saúde ainda se mostram resistentes à visibilidade do tema dificultando a entrada nestes espaços.

Faz-se necessário ampliar o incentivo das produções intelectuais e acadêmicas realizadas por mulheres negras, pois, contribuirá para a possibilidade de outras percepções dos processos históricos para a construção de novos paradigmas, transformando vivências e práticas profissionais, educacionais, políticas emancipatórias, apontado assim um caminho para uma vida mais justa e igualitária para este seguimento da população tão invisibilizado.

“O direito à existência negra não se emudeceu e, até que a justiça ainda seja estabelecida, não emudeceremos jamais...”- Fernanda Carneiro in O livro da Saúde das Mulheres Negras – Nossos Passos Vem de Longe (WERNECK, 2006).

Attention to the health of black woman in the pregnancy-puerperal cycle: perceptions in the first person

ABSTRACT

High rates of maternal death by avoidable causes have been observed among low rent black women. The variables race/color/social class should not be dissociated, in order to comprehend disparities in health care. Aim: The study aims at comprehending the perceptions of black women about their experiences with support networks during the pregnancy-puerperal cycle. Materials and methods: Analytical, qualitative study in which 28 eligible women answered an online questionnaire at Google Forms, made of open questions about the theme. Results: Support to black women in the pregnancy-puerperium cycle proved inefficient. The project has also unfolded into a video performance, created from the narratives by the interviewed women. Conclusion: The experience of black women at the obstetric care is still marked by violence, invisibility and silencing, both in the public as in the private health care system.

KEYWORDS: Pregnancy. Racism. Prenatal care. Women's health. Ethnicity and health.

Atención a la salud de la mujer negra en el ciclo gravido de puerperal: percepciones en la primera persona

RESUMEN

Altas tasas de muerte materna por causas evitables se han observado entre mujeres negras de baja renta. El no disociar las variables raza/color/clase social hace posible comprender las disparidades en la atención de salud. Objetivo: Comprender la percepción de mujeres negras en cuanto a sus experiencias acerca de las redes de apoyo en el ciclo de embarazo y puerperio. Materiales y métodos: Un estudio analítico de naturaleza cualitativa en que fueron elegibles 28 mujeres negras que contestaron a un cuestionario a través de formulario online de Google, compuesto de cuestiones abiertas sobre el tema. Resultados: El soporte a las mujeres en el ciclo de embarazo y puerperio se ha demostrado ineficiente. Como desdoblamiento de la investigación, se ha elaborado una vídeo performance con las narrativas de las entrevistadas. Conclusión: La experiencia vivida por las mujeres negras en la atención obstétrica está todavía signada por violencia, invisibilidad y silenciamientos, ya sea en la red de salud pública o privada.

PALABRAS CLAVE: Embarazo. Racismo. Atención prenatal. Salud de la mujer. Origen étnico y salud.

REFERÊNCIAS

ARRAES, Jarid. **Maternidade e Racismo: a Exclusão das Mães Negras**-07/05/2015-
<http://www.ceert.org.br/noticias/direitos-humanos/6886/maternidade-e-racismo-a-exclusao-das-maes-negras>. Acesso em: 04 de abril de 2019.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica - **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018

BORGES, Denize Aparecida; et al. A Depressão na Gestação: Uma Revisão Bibliográfica- **Revista de Iniciação Científica da Libertas**-São Sebastião do Paraíso- v.1, n1, p. 85-99, dez 2011.

BRASIL- Ministério da Saúde /Secretaria Executiva- **Departamento de Monitoramento e Avaliação (CGMA)**- Rio de Janeiro, novembro de 2013

BRASIL, Ministério da Saúde 2006. **Gestação em Mulheres com anemia falciforme** disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_mulheres_doenca_falciforme.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO. Egberto Ribeiro. Análise de Conteúdo em Pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: Aplicação e Perspectivas- **Rev Latino-am Enfermagem** 20,9 março-abril; 17(2)

CARDOSO, Ferdinand José da Costa, et al. Violência Obstétrica Institucional No Parto: Percepção De Profissionais Da Saúde- **Rev. Enferm.** UFPE online., Recife, 11(9), p. 3346-53, set., 2017

CARDOSO, Edi. **Parem de nos Matar! Mulheres Negras e Violência Obstétrica**, dezembro/2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4KG1duW2avM&t=101s> , acesso em 31/01/2019.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. Tradução: Bianca Santana- **PARÁGRAFO**. V.5, N.1, jan/jun, 2017.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva identidade e saúde reprodutiva no

Brasil (1975-1993) - **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(1), 344, p. 133-151 janeiro-abril, 2012.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso- **Notas Breves • Interface** 18 (48) 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n48/217-220/>. Acesso em: 31/01/2019.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima, et al. Discriminação Racial No Cuidado Em Saúde Reprodutiva Na Percepção De Mulheres. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 22(2), p. 285-292, Abr/Jun, 2013.

LÓPEZ, Laura Cecilia. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012.

MANENTE, Milena Valelongo; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal- **Pensando Famílias**, 20(1), p. 99-111, jul. 2016.

QUINTELA, Débora Françolin. **Maternidade e ativismo político**: a luta de mães por democracia e justiça. 2017. 197 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico- **Comunicação Saúde Educação**. v. 13, supl.1, p. 595-602, 2009.

RIBEIRO, Djamila. Feminismo Negro Para Um Novo Marco Civilizatório. **SUR 24** - v. 13, n. 24, p. 99 – 104, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/feminismo-negro-para-um-novo-marco-civilizatorio/>

ROLAND Edna. Mulheres negras e aborto: autonomia e liberdade. / Direitos Reprodutivos e Racismo No Brasil, **Caderno Sisterhood** - 1ª edição-março 2016.

SACRAMENTO, Amália Nascimento do; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça – **Rev. Esc. Enferm.** v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011.

SANTOS, Damiana Maria Xavier dos; ALVES, Karoline Correa Blankenburg; SANTOS, Suian de Liz Gonzaga dos. Violência obstétrica: da informação ao empoderamento- **Revista Uniplac**-v. 6, n. 1, p. 2018.

SÃO PAULO (Estado), Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS** – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; NUNES, Isa Maria. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas-. **Revista Cubana de Enfermería** [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Jul 9];30(1): Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487>

SILVA, Cairo Soares da; Coelho, Verônica Andressa Ortega. Gestação em pacientes portadoras de anemia falciforme. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 4, p. 64-69, 2018.

SILVA, Danielle L. Sem tempo para sonhar (?): Apropriação, Maternagem e Resistência em Um Defeito de Cor e Compaixão. **Revista Ártemis**, V. 24, n. 1, p. 18-28, jul-dez, 2017.

SILVA, Marcélia Alexandrina Chaves da; CHAVES, Marcilene Alexandrina; SILVA, Rita do Socorro Uchôa da. Grupo De Gestante Pingo De Gente: Uma Experiência Exitosa- **South American Journal of Basic Education, Technical and Technologica**, v. 5, n. 1, p 270-276, 2018.

SILVA, Raimunda Magalhães da, et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP)- **Artigos • Saúde soc.** vol.25, n.1, p.108-120, Jan/Mar, 2016.

TEIXEIRA, Vasconcelos Teixeira, et al; Oficinas Educativas Para Um Grupo De Gestantes Acerca Do Período Gravídico- **Sanare, Sobral**. v. 15 n. 01, p. 119-125, jan./jun, 2016.

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2019.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn **CO livro da Saúde das Mulheres Negras – Nossos Passos Vem de Longe**; 2ª ed.-Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.

WERNECK Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 25, n. 3, p. 535-549. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2019.

WILLIAN, Davi R.; PRIEST Naomi. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional- **Sociologias**, Porto Alegre, v. 17, n. 40, p. 124-174, set/dez 2015.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa- **Psicol. Soc.** Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017.

ZANETTE, Angela Maria. Gravidez e contracepção na doença falciforme- **Rev. bras. hematol. hemoter.** V. 29, n. 3, p. 309-312, 2007.

Recebido: 31/01/2019.

Aprovado: 09/06/2019.

DOI: 10.3895/cgt.v12n40.9485.

Como citar: CARDOSO, Edilaine Marcio, COCKELL, Fernanda Flávia. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. **Cad. Gên. Tecnol.**, Curitiba, v. 12 n. 40, p. 111-131, jul./dez., 2019. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Edilaine Marcio Cardoso. Rua São Jorge 229, apt 13- Parque São Jorge- São Paulo- S.P, Brasil.

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

