

# PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

3

VOLUME



# PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

3

VOLUME





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 3 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-3/80>

2025 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE

**ORGANIZADORES****Me. Iara Nadine Vieira da Paz Silva**<http://lattes.cnpq.br/3158922554159966><https://orcid.org/0000-0002-5027-200X>**Dr. Avelar Alves da Silva**<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026><https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>**Esp. Lennara Pereira Mota**<http://lattes.cnpq.br/3620937158064990><https://orcid.org/0000-0002-2629-6634>**Dra. Karla Heline Pereira de Mesquita**<http://lattes.cnpq.br/7023779756131558>**Editor chefe**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

**Projeto gráfico**

Lennara Pereira Mota

**Diagramação:**

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

**Revisão:**

Os Autores



## **Conselho Editorial**

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	JEAN CARLOS LEAL CARVALHO DE MELO FILHO	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana Britto Martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		





**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Planejamento e gestão em saúde da mulher [livro eletrônico] : 3 volume / organizadores Iara Nadine Vieira da Paz Silva...[et al.]. --  
Teresina, PI : SCISAUDE, 2025.  
PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Avelar Alves da Silva,  
Lennara Pereira Mota, Karla Heline Pereira de  
Mesquita.

Bibliografia.

ISBN 978-65-85376-68-6

1. Artigos científicos - Coletâneas 2. Ginecologia  
3. Maternidade 4. Mulheres - Saúde mental  
5. Multidisciplinaridade 6. Saúde da mulher  
7. Saúde pública I. Silva, Iara Nadine Vieira da Paz.  
II. Silva, Avelar Alves da. III. Mota, Lennara  
Pereira. IV. Mesquita, Karla Heline Pereira de.

25-274892

CDD-613.04244

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde da mulher : Medicina 613.04244

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



**10.56161/sci.ed.20250527**



**978-65-85376-68-6**



**SCISAUDE**

Teresina – PI – Brasil

[scienceesaude@hotmail.com](mailto:scienceesaude@hotmail.com)

[www.scisaude.com.br](http://www.scisaude.com.br)



# APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o eBook " PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 3", uma obra essencial para todas as mulheres que desejam entender melhor o funcionamento do seu corpo, cuidar da saúde e viver de forma plena e equilibrada.

Este eBook foi cuidadosamente elaborado para oferecer informações acessíveis e baseadas em evidências científicas, cobrindo temas fundamentais para a saúde feminina em todas as fases da vida. Desde a puberdade até a menopausa, passando pela maternidade e os desafios do envelhecimento, nosso eBook aborda com profundidade e clareza os principais aspectos da saúde da mulher.

Questões como saúde reprodutiva, prevenção de doenças, bem-estar mental e emocional, nutrição, exercícios físicos e cuidados preventivos são tratados de forma abrangente, permitindo que você tome decisões informadas sobre sua saúde. Além disso, o eBook oferece dicas práticas e orientações que podem ser facilmente integradas ao seu dia a dia, ajudando você a adotar hábitos saudáveis e prevenir problemas futuros.

Queremos empoderar as mulheres com conhecimento, promovendo uma vida mais saudável e feliz. Este eBook é indicado tanto para mulheres que desejam cuidar melhor de si mesmas quanto para profissionais da saúde que buscam aprofundar seus conhecimentos sobre o universo feminino. Com uma linguagem clara e objetiva, ele se torna uma leitura indispensável para quem se preocupa com o bem-estar e a qualidade de vida.

**Boa Leitura!!!**

# Sumário

<b>CAPÍTULO 1.....</b>	<b>9</b>
<b>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E DIREITOS SEXUAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2.....</b>	<b>19</b>
<b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DE GESTANTES E CRIANÇAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 3.....</b>	<b>28</b>
<b>CUIDADO INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIDADE: A FORÇA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 4.....</b>	<b>39</b>
<b>SAÚDE MENTAL DA MULHER COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE COLETIVA</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>48</b>
<b>AMOR, SEXO E ENVELHER: UMA EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>63</b>
<b>ENTRE O SOFRIMENTO MATERNO E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO .....</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>73</b>
<b>JOGO DE TABULEIRO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>84</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MALÁRIA NO ESTADO DO PARÁ- UMA ANÁLISE DOS ANOS 2023 E 2024 .....</b>	<b>84</b>
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>94</b>
<b>TENDÊNCIAS DE CESÁRIAS NO ESTADO DO PARÁ DURANTE 2018 A 2023: ANÁLISE POR REGIÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>101</b>
<b>A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ALTERNATIVA PARA A MATERNIDADE APÓS DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>101</b>
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>113</b>
<b>ATENÇÃO HUMANIZADA À VINCULAÇÃO MÃE BEBÊ NO CONTEXTO DA AMAMENTAÇÃO: PERSPECTIVAS PARA PRÁTICA EM SAÚDE .....</b>	<b>113</b>
<b>CAPÍTULO 12.....</b>	<b>125</b>

<b>DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL: REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>125</b>
<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>140</b>
<b>HORA OURO: OS BENEFÍCIOS DO PRIMEIRO CONTATO ENTRE MÃE E NEONATO.....</b>	<b>140</b>
<b>CAPÍTULO 14.....</b>	<b>160</b>
<b>SUPLEMENTAÇÃO UNIVERSAL DE CÁLCIO PARA GESTANTES NO BRASIL: EVIDÊNCIAS, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES .....</b>	<b>160</b>
<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>173</b>
<b>ATIVIDADES EXTENSIONISTAS SOBRE SEXUALIDADE, FUNÇÃO, PRÁTICAS E POSIÇÕES SEXUAIS NA GESTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>173</b>
<b>CAPÍTULO 16.....</b>	<b>182</b>
<b>ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININA .....</b>	<b>182</b>
<b>CAPÍTULO 17.....</b>	<b>197</b>
<b>ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DE LACERAÇÕES PERINEAIS EM PARTO VIA VAGINAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>197</b>
<b>CAPÍTULO 18.....</b>	<b>212</b>
<b>USO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS MATEERNAS NO ALÍVIO DA DOR DOS RECÉM-NASCIDOS: REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>212</b>
<b>CAPÍTULO 19.....</b>	<b>227</b>
<b>USO TERAPÊUTICO DA CURCUMINA NA MELHORA DA ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO .....</b>	<b>227</b>
<b>CAPÍTULO 20.....</b>	<b>240</b>
<b>AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>240</b>
<b>CAPÍTULO 21.....</b>	<b>250</b>
<b>FATORES DESENCADEANTES DO DESMAME PRECOCE NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA .....</b>	<b>250</b>
<b>CAPÍTULO 22.....</b>	<b>265</b>
<b>ENTRE ESPELHOS PARTIDOS E ALGORITMOS: A INFLUÊNCIA DOS DISCURSOS DA MACHOSFERA NA SUBJETIVIDADE ADOLESCENTE.....</b>	<b>265</b>
<b>CAPÍTULO 23.....</b>	<b>284</b>
<b>METODOLOGIAS DECOLONIAIS NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS RACIAIS E DE GÊNERO CONTRA MULHERES NEGRAS.....</b>	<b>284</b>

# CAPÍTULO 1

## PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E DIREITOS SEXUAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### REPRODUCTIVE PLANNING AND SEXUAL RIGHTS: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES IN PRIMARY HEALTH CARE

 **10.56161/sci.ed.20250527C1**

**Carla Waleska Gomes de Araújo**

Mestrado em Educação e Doutorado pela Estácio de Sá

**Layra Christina de Souza Rabelo**

Graduanda em medicina pela Faculdade Metropolitana - UNNESA

**Emanuelle Ribeiro Lisboa Prasto Martins**

Psicóloga pela Unigranrio e Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Salgado de Oliveira- Universo

<https://orcid.org/0009-0004-3140-0135>

**Bárbara Monique Alves Desidério**

Psicóloga Esp. em Neuropsicologia pela Universidade Potiguar e Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<https://orcid.org/0009-0008-7435-0747>

**Karen Julianne Frazão dos Santos Iwata**

Graduanda em Medicina pela FASEH

**Raísha Ciane Dias Marinho**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade da Amazônia (UNAMA)

<https://orcid.org/0009-0004-1122-9449>

**Rhayssa Ferreira Gonçalves Santos**

Bacharela em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP e pós-graduanda em Direito Médico e da Saúde pela Faculdade Iguazu

# CAPÍTULO 23

## METODOLOGIAS DECOLONIAIS NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS RACIAIS E DE GÊNERO CONTRA MULHERES NEGRAS

DECOLONIAL METHODOLOGIES FOR IDENTIFYING RACIAL AND GENRE-BASED VIOLENCE AGAINST BLACK WOMEN

 **10.56161/sci.ed.2025052723**

**Bárbara Taciana Furtado**

Doutora pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-5938-9845>

**Simone de Araújo Medina Mendonça**

Professora Adjunta na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0001-5792-0682>

**Djenane Ramalho-de-Oliveira**

Professora Titular na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-5548-8184>

### RESUMO

O preconceito racial causa inúmeros problemas de saúde e está envolvido no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos a pessoas negras. Na população feminina a confluência do racismo e do sexismo relegam mulheres negras a omissão, negligência e imperícia em serviços de saúde e o ambiente que deveria ser de cuidado se revela um local de propagação de violências onde a mulher se encontra num dos momentos mais vulneráveis. Apesar de inúmeros estudos científicos epidemiológicos e qualitativos identificarem tais problemas, são raros os que evidenciam as rotas do racismo dentro dos serviços de saúde. Assim utilizou-se nesse estudo uma metodologia inovadora onde a pesquisadora acessa suas experiências para evidenciar os mecanismos culturais que levam mulheres negras a receberem menos analgesia potente em serviços de saúde. A metodologia consiste na associação da autoetnografia e da escrevivência numa perspectiva contracolonial/decolonial que permitem o olhar de uma outsider interna em primeira pessoa pela autora principal. Um dos pontos mais robustos da associação dessas metodologias é que o pesquisador esteja imerso no meio onde pesquisa, que tenha robusta experiência e olhar crítico do ambiente cultural onde a pesquisa se dará. Assim a primeira autora é mulher negra, farmacêutica clínica com mais de 20 anos de experiência e pesquisadora qualitativa há mais de duas décadas. Essa experiência revelou perspectivas de vivências subalternizadas pela luz da decolonialidade evidenciando criticamente o contexto cultural colonizado denunciando o racismo enraizado em instituições de saúde e de educação. Denuncia

a magnitude do PRM2, necessita de terapia adicional, no caso analgesia potente para dor em mulheres negras, um problema de racismo já robustamente identificado por inúmeros estudos de outros profissionais da saúde, mas ainda praticamente sem menção na farmácia clínica o que nos aponta para um significativo viés racial da ciência envolvida na saúde e na farmácia clínica que tem por objetivo resolver PRMs.

**PALAVRAS-CHAVE:** Racismo, Escrivência, violência obstétrica, farmácia clínica e decolonialidade.

## ABSTRACT

Racial prejudice causes numerous health problems and is implicated in the access and quality of services offered to Black people. Among the female population, the confluence of racism and sexism relegates Black women to omission, negligence, and incompetence in health services, and the environment that should be caring becomes a breeding ground for violence, where women are at their most vulnerable. Although numerous epidemiological and qualitative scientific studies identify such problems, few highlight the pathways of racism within health services. Therefore, this study used an innovative methodology, in which the researcher uses her personal experiences to highlight the cultural mechanisms that lead black women to receive less effective analgesia in health services. The methodology combines autoethnography and writing from a countercolonial/decolonial perspective, allowing the lead author to take a first-person, insider's perspective. One of the most powerful aspects of combining these methodologies is that the researcher must be immersed in the research environment, possessing substantial experience and a critical eye for the cultural environment where the research will take place. Thus, the lead author is a black woman, a clinical pharmacist with over 20 years of experience, and a qualitative researcher for over two decades. This experience revealed perspectives of subalternized experiences through the lens of decoloniality, critically highlighting the colonized cultural context and denouncing the racism rooted in health and educational institutions. It highlights the magnitude of DRP2, requiring additional therapy, in this case, powerful analgesia for pain in black women. This racism problem has already been robustly identified by numerous studies by other health professionals, but remains virtually unmentioned in clinical pharmacy. This points to a significant racial bias in the science involved in health and clinical pharmacy, which aims to resolve DRPs.

**KEYWORDS:** Racism, Escrivência, obstetric violence, clinical pharmacy and decoloniality.

## 1. INTRODUÇÃO

O preconceito racial impõe barreiras de acesso e de qualidade a pessoas racializadas (Brasil, 2013; Cruz, 2024, Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023; Oliveira, 2003; Souza, 2023; Nascimento, 2013). O racismo é uma forma de retirar das pessoas a sua humanidade (Bernardino-Costa, Maldonado-Torres e Grosfoguel; 2019) e dessa forma, historicamente mulheres negras foram submetidas a cirurgias obstétricas sem anestesia, e recebem até os dias atuais tratamentos de menor qualidade (Vale, Delfino, 2003; Cruz, 2004; Curi, 2020). Estudos robustos comprovam que mulheres negras sofrem várias violências nos serviços de saúde e essa tem sido uma causa importante levada em consideração em políticas públicas (Curi; Ribeiro, Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003;

Santana *et al.*, 2023; Brasil 2013). No que se refere a formação de farmacêuticos fica nítido que há uma preocupação nas novas diretrizes curriculares (Brasil, 2017) a necessidade de formar farmacêuticos que estejam comprometidos em promover equidade em saúde pensando-se no gênero, na raça, na sexualidade, nas diferenças regionais, e culturais. Dessa forma essa pesquisa foi elaborada fruto de um projeto de doutorado que teve como objetivo desenvolver práticas didáticas que pudessem contribuir para uma formação clínica mais humanizada que fizesse frente as violências interseccionais (Furtado et al, 2020; Furtado, Detoni, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira, 2024; Lara, Lima, Furtado,2024 ). Uma das abordagens foi retratar experiências reais que acontecem no cenário da saúde para a sala de aula através da elaboração de escrituras (Lara, Lima, Furtado,2024). Esse manuscrito pretende demonstrar o potencial de metodologias decoloniais no ensino de profissionais de saúde comprometidos com o enfrentamento das violências interseccionais em saúde. Espera-se que esses relatos possam trazer contribuições para a formação de profissionais de saúde mais comprometidos com a justiça social em saúde e um cuidado humanizado que leve em consideração aspectos de gênero, raça especificamente.

## 2. METODOLOGIA

Nesse texto pretendemos retratar a rota epistemológica que permite evidenciar problemas vivenciados por pessoas cujas existências têm sido sistematicamente subalternizadas, demandando soluções que não tem sido levadas em consideração e que são negligenciadas em serviços de saúde por causa do viés do racismo estrutural que sempre encontra formas de escamotear esses problemas. Muitas vezes as discussões sobre o racismo tem sido feitas a partir da parte de discussões, ou quando muito no campo de resultados dentro de produções científicas. Nesse trabalho inicia-se esse discussão aprofundada a partir da metodologia para que possamos lançar luz sobre as contribuições de metodologias decoloniais/contracoloniais em problemas sofridos por mulheres negras.

Para isso usamos uma abordagem metodológica inovadora que associa a autoetnografia (Ellis e Bochner, 2000) e a escritura (Evaristo, 2020). A autoetnografia é uma metodologia qualitativa elaborada para que o pesquisador também possa utilizar suas próprias experiências (auto) para retratar o contexto cultural (ethno)que um fenômeno acontece e retrata o acontecido através da escrita (grafia). Assim os relatos ocorrem em primeira pessoa e permitem ao leitor

uma compreensão aprofundada e crítica da experiência vivida através de um texto que traz uma leitura mais fluída com características literárias, mas que mantém o rigor da observação participante e o relato fidedigno dos fatos, preservando a identidade dos envolvidos por questões éticas.

A escrevivência é um termo cunhado por Conceição Evaristo para retratar acontecimentos vividos por pessoas que tem uma vivência hifenizada, em outras palavras uma vivência de pessoas que não são lidas como o ser humano universal. Estamos falando de pessoas que tem uma vida marginalizada por vários motivos onde a raça aparece como o principal, seguida do gênero, importantes para retratar experiências de mulheres negras. Razão pela qual a idealizadora descreve que a escrevivência tem por objetivo “acordar a casa grande de seus sonos injustos” (Evaristo, 2020).

Nessa pesquisa reunimos na escrevivência que já traz a denúncia ao racismo esse caráter confessional que a autoetnografia traz pela descrição em primeira pessoa (pela pesquisadora principal, primeira autora) de acontecimentos atravessados pelos racismo e também pelo sexismo afim de expor essas violências interseccionais na saúde. As escrevivências elaboradas foram utilizadas em várias formas de pedagogias decoloniais (Lara, Lima e Furtado 2024) a fim de promover maior imersão dos alunos com a realidade vivida por mulheres negras, e de mobilizá-los para uma atitude que melhore o cuidado oferecido a essas pessoas, em outras palavras promover engajamento empático ou o giro decolonial (Furtado, Detoni, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira, 2024).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi no final da graduação do meu curso de farmácia que pude ter contato com a metodologia da atenção farmacêutica (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Desde a primeira disciplina nessa área, oferecida de forma optativa, pude ver que esse era o caminho que gostaria de trilhar na farmácia. Entre todas as opções que a graduação em farmácia oferecia, essa era a que evidenciava a responsabilidade com a saúde das pessoas na sua filosofia e, além disso, me ofereceu um método de cuidado. Foi nessa linha que segui com o mestrado (Furtado, 2008) e, desde então, meus caminhos sempre estavam entre lecionar essa prática em outros cursos de farmácia e oferecê-la na atenção primária a saúde (APS). Tenho atuado desde o final de 2003

como farmacêutica clínica, desbravando o cenário árido de farmácia, numa época em que não se aventava a possibilidade de haver farmacêuticos na APS. Nesse contexto, é do ambiente da saúde que começo uma análise dos processos que enfrentei entre os problemas do mundo real e a falta de conhecimento científico para lidar com as dificuldades sociais que surgem nesse cenário.

### **Um olhar para o paciente...**

Durante esse percurso, foram várias as dificuldades para realizar o trabalho, com questões ligadas à gestão e outras à credulidade do método. Mesmo quando essas dificuldades já haviam, de certo modo, sido contornadas, outras apareciam. Nessa jornada, pude presenciar diversas situações em que as pessoas eram tratadas com respeito e dignidade, mas também me lembro de situações extremamente desagradáveis, quando eu me sentia envergonhada de presenciar e fazer parte do mesmo grupo de profissionais de saúde com condutas questionáveis. Racismo, homofobia, sexismo, desrespeito à dignidade de mulheres e atendimentos desumanos foram parte de realidades extremamente duras e, muitas vezes, eu não queria acreditar que aquilo era possível (Tirbutino, 2023). Mas sim, era possível, é possível e há muitos profissionais de saúde precisando aprender e se formar para um atendimento onde a saúde do paciente seja o foco de verdade. É preciso transformar essa realidade!

Eram frequentes os momentos nos quais eu buscava recursos intelectuais para lidar com aquelas dificuldades, mas o problema é que eu não sabia onde buscar. Não sabia que autores ler, muitas vezes, eu sequer conseguia entender facilmente quais eram os fatores que influenciavam aquelas situações. Eu me via despreparada para lidar com todo aquele sofrimento. Vi que faltavam habilidades que eu (mas não somente eu) deveria ter desenvolvido para atuar no campo de trabalho. Passaram por mim pacientes que eu perdi e que precisavam de ajuda muito maior do que eu podia oferecer, pacientes que eram injustiçados e tratados de forma desumana por outros profissionais de saúde. Eu queria intervir, eu intervia, mas até que ponto aquela intervenção fazia sentido? Será que eu estava entrando em territórios de outros profissionais? Eu estava sendo ética? Mas que ética é essa? Para quem a ética servia? Para proteger o profissional ou os direitos fundamentais do paciente? (Tirbutino, 2023; Oliveira, 2003).

Eu percebia que, às vezes, as pessoas não eram sequer enxergadas, sequer vislumbradas como um ser que tinha importância. Muita atenção era dada à produção e à produtividade, pouca atenção era dada às pessoas e as suas dificuldades. Isso me causava dor. Por vezes, senti-me sozinha, não tinha com quem conversar. Mas, com o tempo e a experiência com outros profissionais, eu percebi que não era somente eu que via e vivia esses dilemas. Eram conversas quase veladas, mas havia outras pessoas indignadas também. Percebi que não havia espaço formal para falar sobre esses dilemas. Poderia ofender algum profissional? Mas e os pacientes? Daí, percebi que havia silêncio demais. Era poder demais para alguns. Silêncio demais para outros. Um silêncio que sufoca, que dói e até mata (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling, Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Conheci uma pessoa que pediu ajuda a tempo para o serviço de saúde, fez tudo que estava ao seu alcance, mas a ajuda veio tarde demais, e acompanhar isso sem poder falar nada foi muito doloroso para mim enquanto farmacêutica e profissional do SUS.

Como profissional de saúde de uma periferia, vi como algumas mulheres eram tratadas e isso me deslocava. Eu as via e me via (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling, Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Eu ouvia o silêncio delas, um silêncio que se afogava em lágrimas. Ali, diante de mim, elas se mostravam feridas do corpo e da alma, elas me deixavam ter acesso a elas, cuidar delas. Feridas que eram antigas e que sempre voltavam a sangrar nos mais diversos ambientes, inclusive nos de saúde. E, naquela atmosfera sufocante, eu conseguia fazer pouco, me sentia limitada. Eu vi que fazer intervenções sobre a farmacoterapia ajudava, mas havia muito mais para fazer. Ali era a farmacêutica, mas havia mais. Sou uma mulher negra e, como tal, vivencio dores que meus pacientes também vivenciaram. A postura punitiva de alguns profissionais, a tentativa sufocante de te silenciar e mostrar para todos que ali não é o seu lugar, pois o cuidado vira quase um favor quando se trata de pessoas de cor (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023).

### **Na sala de aula...**

Enquanto isso, na sala de aula, eu ensinava sobre farmacologia, sobre a farmacoterapia, sobre os problemas relacionados a medicamentos (PRM), e era gostoso, eu adorava. Aquele universo representava o centro da minha profissão, o que mais eu poderia querer? Eu ensinava

a teoria e era tranquilo, eu falava, eles entendiam. Eles perguntavam e eu respondia. Mas, na hora dos casos clínicos, ele aparecia. O silêncio que eu ouvia no serviço de saúde ecoava na sala de aula também, mas de um jeito diferente. Às vezes, ele aparecia atrás de uma cara espantada, olhos esbugalhados de quem se surpreendia. Às vezes, ele vinha na forma de risadas, cochichos de quem ficava e gestos encabulados. Às vezes, ele se revelava: “Ah, professora! Mas um homem dessa idade ainda tá preocupado com a vida sexual?”; “Mas a gente vai estudar caso de transexual?”. O silêncio estava lá desde o começo, o silêncio sobre as várias formas de preconceito. E a lógica da disciplina era feita para trabalhar questões clínicas, só que a clínica não está separada de quem as pessoas são. E essa parte, o currículo não contemplava. Não era fácil acessar essas questões e trabalhá-las de verdade, elas apareciam sempre em segundo plano e, por mais que eu as trouxesse, não sentia que adiantava. Risos, deboches, cochichos ... isso me incomodava, eu pensava: como cuidar de alguém carregando essas posturas?

Eu via a normalização da discriminação pela raça, pela classe, pelo gênero ou orientação sexual, bem ali, na minha cara. Não importava onde eu estivesse, na assistência ou na docência, o preconceito e o silêncio estavam ali emaranhados nas relações entre as pessoas. Pude perceber a materialização do racismo estrutural, do patriarcado e da homofobia atuando conjuntamente, ceifando vidas pelo aparato estatal que deveria cuidar e proteger essas mesmas vidas. E eu vi que os currículos de vários cursos da saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2017) não ajudavam a transpor e trabalhar essas dificuldades com os estudantes.

### **Nas interações multiprofissionais...**

Pude presenciar como as relações de poder dentro das instituições de saúde podem ser antidemocráticas, centralizadoras, e como isso se reflete no processo de trabalho. As diferentes atuações da gestão, tanto daquela que tem noção do seu papel de cuidar da população adscrita quanto a outra, que lida com o clientelismo, com as trocas de favor ou nem se envolve com essas atitudes, é servil nas relações de poder, é permissiva com alguns e, na sua omissão, também prejudica a população. É importante ter em mente que as relações entre profissionais se iniciam muito antes. Na sala de aula, eu percebia alguns fazendo a parte mais dura do trabalho enquanto o “escolhido” do grupo só apresentava. As relações assimétricas de poder estavam ali, instaladas antes mesmo de o profissional sair da faculdade.

Como farmacêutica clínica, vivenciei o racismo quando propunha intervenções; vivenciei o sexismo em interações com outros profissionais, especialmente os homens. Foram várias e diversas as formas de tentar me silenciar ou silenciar outras colegas em posições similares (Creenshaw, 1989). Algumas dessas situações certamente eu nem percebi porque ainda não tinha apurado meu olhar para identificar essas questões. Mas, com certeza, são várias as que eu consegui identificar e das quais me recordo com bastante clareza. Trata-se de um ciclo que se repete, que é ensinado aos demais trabalhadores e estudantes ainda na graduação, ou até antes disso. Nesse sentido, se não houver uma força de resistência muito grande, esses processos estruturados em preconceitos são capazes de nos engolir, de impedir intervenções importantes, são capazes de manter o *status quo* de quem ocupa as posições de privilégios, negando oportunidades a quem precisa, adoecendo ou coisa pior (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023), ou melhor, na lógica da necropolítica: deixar morrer (Mbembe, 2018).

### **Na verdade, o lugar pouco importa... a questão é que não nos querem em espaços de poder**

Na posição de docente ou farmacêutica clínica, sempre havia alguém que questionava a legitimidade da minha presença em espaços de poder (González, 1984; Costa-Júnior, 2023). “Você trabalha com o quê aqui?”. Negam-me o acesso ao elevador dos professores. Todo mundo entra livremente, mas um corpo como o meu é visto com estranhamento naquele local. Em outras dependências da faculdade, o mesmo comportamento se repete, não uma, nem duas, nem três. Um espaço de hegemonia branca, um espaço onde questionam se você realmente merece estar ali. Um espaço que questionam o seu conhecimento, nada contra os questionamentos, mas o propósito aqui não é o conhecimento a ser obtido quando se questiona, mas o aniquilamento *a priori* do capital intelectual (Costa-Júnior, 2023) de um corpo lido como subalterno (Bernardino-Costa, Maldonato-Torres e Grosfoguel;2019)e supostamente inadequado para a ocupação de um espaço privilegiado como o de uma professora universitária.

Na academia, via poucos corpos negros na sala dos professores. Geralmente eu estava sozinha, uma vez ou outra, encontrava mais dois únicos colegas negros em todo o *campus*, num universo com mais de 300 docentes. Fora da sala dos professores, os corpos negros eram mais abundantes, estavam na portaria e na limpeza dos corredores. Incomoda quando uma negra está num lugar onde tem poder de fala (González, 1984). Construir uma identidade racial numa sociedade que nega o racismo o tempo inteiro é uma tarefa de muito peso. E conquistar essa meta não é fácil, é algo que não vem gratuitamente nem de forma indolor (Evaristo, 2020).

Curiosamente, nos ambientes onde atuei como farmacêutica, o comportamento era exatamente o mesmo, ainda que não existisse um elevador específico para trabalhadores da saúde como eu. Ao sair da farmácia, onde as pessoas já me conheciam, tudo se repetia: “Quem é você?”; “O que está fazendo aqui?”; “Você é acompanhante de qual paciente?”; “Desculpa, achei que você era da limpeza, meu amor!”; “Que cabelo lindo!”. Essa última frase era dita com a pessoa já pegando no meu cabelo, sem que eu nunca a tivesse visto antes. Quem nos dá o direito de acessar o corpo de uma pessoa sem consentimento? Somente as relações de poder, nesse caso que faz com que a hegemonia acredite que esse privilégio tem algum sentido!

Nessa caminhada que trilhei, uma questão sempre me instigava. Eu via pessoas como eu trabalhando em dois ou três locais para garantir o sustento da família. Eu via pacientes procurando ajuda, às vezes recebendo o que precisavam, outras vezes não. Eu percebia os silêncios, os preconceitos velados nos ambientes em que transitava. E a pergunta permanecia: Será que não há nada que possamos fazer para formar profissionais mais sensíveis e comprometidos com o sofrimento alheio?

### **Na ciência...os desafios epistemológicos...**

No percurso científico, as coisas não foram muito diferentes. Passei em um curso de especialização em Saúde Pública e olhando para as pessoas que mais demandavam dos meus serviços enquanto farmacêutica clínica percebi que dos muitos pacientes que eu atendia tinha 13 pessoas que sempre estavam ali precisando de mim, demandando mais atenção e mais intervenções. Olhando para essas treze pessoas eu tentava ver o que as unia. Tentei a lógica que pairava no momento, e ainda é muito prevalente: o modelo biomédico. Mas sempre que tentava alguma doença dividia o grupo de forma significativa, diabetes? Hipertensão? Saúde mental? Qualquer perspectiva biomédica deixava muitas pessoas para trás. E um dia, pensando nesses pacientes quando quase caía no sono da cama de minha casa, olhando de longe aquele grupo eu percebi: das treze pessoas, doze eram mulheres e doze eram negros. O que unia aquelas pessoas num ponto comum estava muito claro! Porém dessa forma eu não tinha um medicamento que os unia. Eu não conseguia um laço com a famosa frase que nós farmacêuticos tanto escutamos: O farmacêutico é o profissional do medicamento! Acho que ela foi dita tantas vezes que não me sentia confortável com o fato de não ter um medicamento... Resolvi focar nos

dados empíricos, pois a realidade se fazia bem clara 12/13 mulheres e 12/13 negros. Decidi estudar sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Nesse estudo investiguei aspectos não biomédicos da saúde da mulher negra no Brasil, filtrei mais de mil artigos para chegar num total de 115 e identifiquei muitas iniquidades. Temas diversos e alguns deles estavam ligados a medicamentos, mas nem sempre. Fiz a submissão numa boa revista que aceitou publicar com pouquíssimas sugestões. O título era : Desvelando os grilhões da ciência : a saúde da mulher negra no Brasil . Contudo naquela época eu era uma mestre, fazendo uma especialização e uma das exigências da revista é que tivesse algum doutor que fizesse parte do grupo de pesquisadores . E eu não tinha ninguém com doutorado naquele momento estudar questões raciais não era muito atrativo para os poucos doutores que eu conhecia pois como viria a saber mais tarde a decolonialidade tem em sua primeira tese o fato de gerar desconfortos, mobilizar contrariedades uma vez que mexe com certos privilégios (Bernardino-Costa, Maldonato-Torres e Grosfoguel;2019).Sem incentivo, defendi o título porém os achados científicos ficaram com a formação com louvor na biblioteca da Escola de Saúde Pública.

Dez anos se passaram e chegou o tempo do meu doutorado. E chegou também o tempo da autoetnografia que me permite falar cientificamente a partir da primeira pessoa. Mas chegou também a escrevivência que me permite lugar de fala decolonial na ciência. E por essa junção de confluências eu posso usar minha experiência para contar um pouco dessa trajetória. Escrevivência:

### **Mulher negra no hospital**

Estamos na BR, tenho que levar meus filhos pra casa de parentes. Meus filhos estão no banco de traz. De lá seguiremos para o hospital. Há 12 dias descobri o mioma, de lá pra cá muitas dores e acontecimentos que não desejo a ninguém, exames alterados que fazem o médico me alertar para uma possível transfusão sanguínea e agora tenho que fazer uma cirurgia às pressas. Meu coração está aflito e o medo e a insegurança me rondam. A finitude nunca esteve tão presente na minha vida (até aquele momento pelo menos). Deixamos os meninos, me despeço com um abraço muito apertado em cada um, meus olhos lacrimejam, estou com muito medo de não poder voltar a vê-los, mas não posso deixar que eles fiquem com essa preocupação.

Volto para o carro e choro muito a caminho do hospital, tenho medo que esse foi nosso último abraço.

Enquanto dou entrada da minha internação no guichê, observo a recepção do hospital repleta de gestantes. Mães que acabaram de dar à luz aguardam liberação para saírem do hospital orgulhosas com seus recém nascidos acompanhadas dos pais ou de familiares.

Após a entrada, sigo em direção ao setor de internação. Na sala de internação a técnica de enfermagem me dá um folder e um kit com o vestuário que tenho que colocar para a cirurgia. Visto o camisolão do hospital, os propés e depois tento colocar a touca que ela me deu. Essa parte é a mais difícil, a touca é tão pequena que não cabe o volume do meu cabelo. De uma forma ou outra vou ter que dar um jeito e pego umas gominhas de cabelo que tenho na bolsa e faço um coque bem apertado, a touca ainda não serve. Aperto ainda mais o meu cabelo, para tentar caber naquela touca. Quantas são as vezes que tenho que me amarrar, me esconder, me mutilar para caber em determinados espaços. Colocar essa touca não é muito diferente.

Me deito na maca e as técnicas de enfermagem me levam para a sala de cirurgia. Fecho os meus olhos, estou me sentindo triste e com medo. Enquanto as lágrimas correm pelo meu rosto eu faço uma oração para que tudo dê certo e que Deus abençoe toda a equipe envolvida na minha cirurgia.

Na sala de cirurgia o ginecologista me apresenta o anestesista que vai estar na minha cirurgia. Ele me explica novamente a cirurgia. Logo depois sinto um rápido torpor e a última visão que tenho é de uma luz forte de cirurgia.

Cheiro de pena de queimada... ou será que é cabelo queimado... Escuto a conversa dos cirurgiões:

- Nossa! Tem muitas aderências! Melhor ela nunca mais fazer nenhuma cirurgia abdominal... olha isso aqui... olha! Isso é raro de se ver esse triangulo aqui oh...

- Olha é mesmo! Isso é raríssimo!

- Doutor o que é raríssimo? Interrompo a conversa dos dois ... O que vocês estão achando aí em mim? Por que esse cheiro de pena de galinha queimada?

- Nossa! Ela fala demais. Deve ser o efeito da anestesia. Diz o ginecologista.

- Doutor, já tirou? Conseguiu retirar? Ele não me responde. Apenas aponta para a bandeja ao lado. Olhando para o meu lado esquerdo vejo uma bandeja com o órgão. Ele diz o peso do órgão em voz alta. Respiro aliviada...estou viva.

Apago novamente.

Dor! Acordo de tanta dor, abro os olhos e olho para a luz clara no alto. Minha mão esquerda está com um acesso, o soro está ligado. Estou no hospital e agora é o pós-cirúrgico da minha histerectomia. A dor é excruciante e não consigo me mover, nem mesmo a cabeça, somente os olhos. Olho na direção dos pés e vejo duas enfermeiras passando, eu digo:

- Estou com muita dor. Preciso de um medicamento para dor. - Uma enfermeira diz a outra:

- Ah..., é aquela chorona! E seguem andando como se não tivesse ninguém ali.

- Eu olho para o lado. Há um homem jovem, loiro, ataduras no nariz. Pelo que parece ele está acompanhado sua mãe. Gostaria de ter alguém aqui comigo também, olhar para alguém amigo, alguém para segurar a mão e saber que estou sendo cuidada.

- Preciso de um medicamento para dor! Grito para ver se alguém vem em minha ajuda. Ninguém aparece. Olho para o acesso e vejo o soro pingar, gota a gota... gota a gota...estou completamente enfraquecida e sinto que ninguém está me ouvindo...choro...contidamente porque chorar faz doer ainda mais o meu ventre, que está cortado e costurado. De novo essa agonia de dor. Não aguento mais essa agonia de dor. O pré-operatório foi excruciante e tive que vir no hospital inúmeras vezes por causa da dor intensa causada por um quadro que o médico chamou de mioma parido. O útero se contraía violentamente como se eu estivesse num parto que nunca tem fim.

A mãe do rapaz olha pra mim. Vejo nos olhos dela um olhar de quem está se conectando comigo, um olhar que me dá alguma sensação de empatia. O filho também fica olhando para mim. Todos em silêncio.

- Quero o meu marido. Por favor, me deixem ver o meu marido! - Ninguém me responde nada.

Passado um tempo a mãe do rapaz me pergunta: Como eu posso te ajudar? Você quer ligar pra ele? Você precisa de uma pessoa aqui com você.

Eu peço pra ela pode ligar para o meu marido. Passo o número do telefone. E ela liga. Converso com ele e peço a ele pra ficar comigo.

- Ei! Olha eu estou bem, mas estou sentindo muita dor. Eles não me dão remédio para dor. Por favor vem cá e pede pra eles tratarem a minha dor!

Instantes depois ouço a voz dele tentando entrar na sala que estou.

- O senhor não pode entrar aqui! Acompanhante é só quando ela sair da observação!

Ele não vem. Estou sozinha. Queria tanto alguém por mim. Meu marido, minha mãe. Uma farmacêutica clínica, que pudesse vir aqui. O médico que me operou.

- Cadê o médico? Diz pra ele que estou com muita dor. Eu preciso de um medicamento potente para dor! Me lembro das outras cirurgias que fiz, uma numa clínica particular, outra ali naquele hospital e a outra no SUS. Em nenhuma delas eu tive que ficar sentindo dor ali daquele jeito. Respiro fundo. Vou ter de brigar por mim mesma. Vou ter de ser farmacêutica clínica para eu mesma.

- Eu preciso de um medicamento para dor e exijo a presença do meu médico ou do médico plantonista! Isso é um absurdo! Vocês estão me tratando de uma forma desumana! Eu quero o meu médico! Grito repetidas vezes com todas as forças que ainda tenho.

Pouco depois um moço alto, branco, de cabelos lisos e pretos vem até a minha maca. Ele veste uma roupa verde, igual a que as técnicas estavam vestindo.

- Oi meu bem. Você já está medicada.

- O que vocês me deram?

- Está no seu prontuário.

- Por favor, olha pra mim. Me fala o que vocês me deram por gentileza.

Ele pega o prontuário.

- Você está medicada com dipirona e cetoprofeno.

- Estou medicada ou já me medicaram antes?

- Não, meu bem. Você está sendo medicada, o medicamento está pingando aí no seu braço. O medicamento está no soro.]

- Você tá me dizendo que o medicamento está diluído nesse soro aqui?

- Isso mesmo. Pode ficar tranquila que você já está tomando o medicamento que você precisa.

- Então, moço das duas uma: Ou você está mentindo ou vocês não sabem aplicar esses medicamentos, pois nenhum deles tem recomendação de diluição em soro de 500.

Ele para de falar, sua face fica estranhamente desconcertada, seu olhar para os lados parece querer se certificar que não há mais ninguém por perto. A boca se mexe como quem não sabe se fala, ou se cala. Ele me pergunta:

- Quem você é ?

- Meu nome é Bárbara Taciana Furtado. Eu sou uma mulher que acabou de ter o útero arrancado e estou com muita, muita dor. Isso deveria bastar para você me dar um medicamento com alta potência analgésica, porque eu sou sua paciente e estou te dizendo que estou com dor. Mas eu também sou farmacêutica, tenho mestrado em ciências farmacêuticas, dou aula naquela faculdade do outro lado dessa avenida aqui de baixo, eu trabalho em centros de saúde, clínicas e hospitais tal como esse. E sei que vocês deveriam me dar um tratamento digno.

- Não senhora, é porquê esse é o protocolo de dor (ele fala quase se engasgando). Tem que administrar esses medicamentos para ver se funciona primeiro. Foi o que o seu médico deixou pra você.

- Você jura que é preciso fazer escalada analgésica para uma paciente que vocês acabaram de retalhar? Quero o médico responsável. Se não for você, por favor o chame para mim.

Ele não diz mais nada. Mexe no soro e se vai.

Passados alguns minutos...

- Olá senhora! Como você está? A voz é de uma moça, cabelo curtinho, liso e loiro. Ela veste uma roupa diferente do rapaz, a dela é azul marinho.

- Me disseram que você está com muita dor - Ela continua. A voz dela é suave e sua postura me deixa com uma sensação bem mais confortável. Eu precisava me sentir assim. Estava muito difícil estar em posição de luta, quando o que eu só precisava era descansar e tentar me recuperar da maior cirurgia obstétrica que pode existir. Eu respondo:

- Sim.

- Estou realmente com muita dor. Eu tive que fazer uma histerectomia às pressas, eu cheguei aqui com muito medo pois eu não queria fazer a cirurgia, e tenho dois filhos pequenos e eu estava chorando quando eu cheguei. Agora estou chorando de dor, mas as pessoas não querem me ouvir. Preciso de um medicamento com alta potência analgésica, estou toda cortada.

A médica responde:

- Você está coberta de razão. Você precisa mesmo de um medicamento mais forte nesse pós-cirúrgico. Estou aqui para isso. Já eles vão te aplicar o medicamento e você vai começar a se sentir melhor. Mal posso acreditar no que eu estou ouvindo. Ela me acolheu e vai cuidar de mim. Estou me sentindo tão aliviada.

Aplicam três ml de uma ampola âmbar no meu acesso venoso. Aos poucos a dor física se dilui.

Farmacêutica clínica para eu mesma. Como se eu tivesse sendo acusada e ao mesmo tempo tendo que ser minha própria advogada ! Escrevi esse texto em 2020 logo que iniciei o doutorado. As vezes a gente olha um objeto tão de perto que nem consegue identificar o que realmente é. Na farmácia clínica somos treinados para identificar PRM. Identificar PRM, resolver PRM, prevenir PRM. Que PRM é esse? A farmacêutica talvez possa responder: Esse é o PRM 2; necessita de farmacoterapia adicional, ou seja adicionar um analgésico potente para a dor! Mas a mulher negra deitada na maca e com dor sabe que a resposta é diferente: o problema identificado é o racismo! O mesmo racismo que deixa mais de 50% das mulheres negras sofrerem nos hospitais sem anestesia ou analgesia suficientes (Oliveira, Moura, Sprung, 2023; Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Se não identificarmos o racismo e como ele ocorre não conseguiremos resolver os problemas relacionados a medicamentos não! O enfermeiro que questionou “quem é você” só fez essa pergunta porque seu modo de pensar racista, construído no imaginário coletivo também racista, não imaginava que aquela mulher negra deitada na maca fosse realmente alguém. Alguém que sabe. Muitas e muitas vezes nossos corpos negros são lidos como “filho de ninguém”, lidos assim sofrem acusações levianas nos locais onde trabalham, são alvo da polícia, são perseguidos nos supermercados, somos alvo da violência, mas nunca como alvo do cuidado. Aquela mulher negra, que ele viu deitada na maca jamais poderia ser vista como alguém capaz de identificar o seu racismo através da mentira e negligência que ele estava cometendo ao negar o tratamento medicamentoso que ela precisava

e tinha direito. Só se pergunta quem é você, quando foi surpreendido pelo fato de que eu, Bárbara Taciana Furtado, mulher negra, não era uma mulher negra nos moldes onde a consciência dele limitou que uma mulher igual a mim deve ocupar. Um mulher estudada, professora, farmacêutica, na época duplamente pós graduada. O que o enfermeiro não sabia, é que corpos negros podem estar na posição de saber tanto ou até mais do que ele, e no caso, eu sabia. Sabia que ele ou estava mentindo ou estava agindo com negligência, imperícia e que na verdade todos esses termo não eram os melhores termos aplicados, pois de fato encobriram o racismo que é a base ideológica para operar tais atitudes e é cientificamente comprovado por inúmeros outros inúmeros estudos científicos que denunciam o racismo (Oliveira, Moura, Sprung, 2023; Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023) e só através dessa escrevivência, metodologia cunhada para “acordar a casa grande de seus sonos injustos” pode ser denunciado e descrito por quem também está dentro dos serviços de saúde, uma outsider interna.

A pesquisadora, que naquele momento tinha pouca leitura sociocrítica, mesmo tendo pesquisado sobre saúde da mulher negra no Brasil também concorda: Mas é isso? Vamos tratar de classificações aqui? É assim que pretendemos identificar, resolver e prevenir esse problema? O que de fato acontece aqui, nesse caso clínico retratado com o mais alto rigor da observação participante, analisado segundo as técnicas da fenomenologia e descrito nessa escrevivência?

A pesquisadora qualitativa busca os significados, o que está além daquilo que é visível aos olhos. A pesquisadora qualitativa quer profundidade nas perguntas, porquê busca profundidade não nas respostas, mas nas compreensões. Pessoas negras são tratadas de forma desumana em inúmeras ocasiões, por vários setores da sociedade públicos e privados. De acordo com os mais recentes e robustos estudos sobre investigações sobre o racismo em mulheres pode-se afirmar que mulheres negras são lidas como mais resistentes a dor, no ambiente de saúde a maioria dos profissionais de nível superior que atendem as pessoas são brancos, existe uma crença nos profissionais de saúde de que mulheres negras são mais resistentes a dor, algo que nos remete as origens racistas da ginecologia, a sobreposição de misoginia e racismo faz com que mulheres negras sofram mais violência obstétrica e recebam menos 50% anestesia quando comparadas a mulheres brancas (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*,

2023). Trata-se do maior PRM já identificado pela ciência e nós farmacêuticos clínicos, farmacêuticos hospitalares simplesmente não tocamos nesse assunto. Nem nos serviços de saúde, nem em sala de aula e nem na academia. Porque será, que um PRM já identificado por tantos outros profissionais e relatado em revisões sistemáticas ainda não veio à tona na pesquisa científica farmacêutica, nos congressos, nos simpósios? O que impediu que tantos profissionais dedicados na profissão farmacêutica não vissem esse PRM2 de proporções gigantescas,

epidemiologicamente relevantes, tal qual um elefante branco no meio da sala? Quando começaremos nossos esforços coletivos para tratar um problema que é nossa responsabilidade identificar, prevenir e resolver (Cipolle; Strand; Morley, 2012)? A conclusão que transita insistentemente na minha mente e também nos inúmeros estudos já mencionados não é outro senão o racismo presente na ciência, na sala de aula, na sociedade e nos serviços de saúde. E é imperativo enfrentar esse elefante branco tão confortavelmente sentado no meio da sala da farmácia há tantos e tantos anos.

## 5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrevivência é um operador metodológico potente para revelar debates na ciência que outras perspectivas metodológicas encontram dificuldades para evidenciar.

O racismo científico, o racismo na saúde e na educação contribuem para perpetuação de práticas desumanas contra mulheres negras. As escrevivências contribuem no sentido de trazer ao primeiro plano as maneiras como o racismo opera. Tal metodologia tem grande potencial de uso também na educação que se pretende decolonial e antirracista. É importante assegurar que essa metodologia esteja antes de qualquer outra questão alinhada ontoepistemologicamente com seu objetivo elementar, trazido por sua idealizadora Conceição Evaristo: acordar a casa grande de seus sonos injustos. Há pouquíssimo tempo a escrevivência tornou-se relevante e legitimada na literatura. Pensando nesse atributo e no percurso científico extremamente hostil para trazer esses dados à tona é importante que pesquisadores fortaleçam a escrevivência também enquanto operador metodológico, citando seus resultados e assegurando que esse é um lugar de fala de pessoas que enfrentam o racismo também no âmbito da ciência. Associar conhecimento técnico científico ao conhecimento vivencial é uma inovação metodológica que a escrevivência, enquanto epistemologia do sul global contracolonial traz. A força desse

conhecimento é tão potente quanto dos estudos epidemiológicos, mas, ao contrário desse último, oportuniza experiências que mesclam o conhecimento tradicional com o conhecimento das humanidades aliando compreensão da pesquisa qualitativa contracolonial com arte o que é muito relevante para o processo de sensibilização e também pode ser útil em processos educativos. Por fim, espera-se que esse artigo possa provocar uma reflexão atenta dos profissionais de saúde, especialmente farmacêuticos para mudar suas práticas e ficar atentos não as superfícies do fazer profissional, mas em como podemos melhorar a vida das pessoas, temos um PRM de proporções epidemiológicas para combater, outros profissionais já viram e ainda não conseguiram resolver. Acredito que com treinamento e sensibilização nós farmacêuticos podemos resolver esse PRM provocado pelo racismo e mostra a sociedade a que veio a farmácia clínica no Brasil!

## Referências

BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Nº 06 de 17 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, out. 2024.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services. 3rd ed. New York, NY: McGraw Hill Professional, 2012.

COSTA-JÚNIOR, J.. Genocídio da juventude negra: notas sob a concepção da sociologia da ação disposicional. **Sociedade e Estado**, v. 38, n. 2, p. e48175, 2023.

CRUZ, I. C. F. DA .. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 448–457, dez. 2004.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.** [S.l.], v. 72, p. 156-169, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt). <https://doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72s1p.156-169>. Acesso em: 22 set. 2024.

ELLIS, C.; BOCHNER AP. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.). *Handbook of qualitative research*. 2nd. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p.733-768.

EVARISTO, C. A. Escrivência e seus subtextos. *In*: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). *Em Escrivência: a escrita de nós – Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 26–48.

DOMINGUES, P. M. L. et al.. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285–292, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>. Acesso em: 24 nov. 2024.

FURTADO, Bárbara Taciana. O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

FURTADO, B. T. et al.. Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensinoaprendizagem terapêutica e decolonial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210140, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210140>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FURTADO, B. T.; DETONI, K. B.; MENDONÇA, S. A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Equidade em saúde como um parâmetro essencial para o compromisso com a igualdade racial e justiça social: o conceito de letramento sociocrítico. *In*: 16º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA; 2024, Anais... Santa Maria-RS. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/16congressointernacionaldaredeunida/trabalho/376494>. Acesso em: 12 out 2024

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO .. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SWJT5SHMYty6dhTYvsGg/>. Acesso em: 22 set. 2024.

GONZAGA, Y. M.; DA COSTA JÚNIOR, J. Capital racial e a perspectiva colonial no século XXI. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 240–264, 2020. DOI: 10.9789/2525-3050.2020.v5i10.240-264. Disponível em: <https://seer.unirio.br/revistam/article/view/9870>. Acesso em: 22 jul. 2023.

KRELING, M. C. G. D.; PIMENTA, C. A. de M.; GARANHANI, M. L. Racial discrimination in pain management. *Rev dor*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 230–5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140049>. Acesso em: 22 set. 2024.

LARA, S. G.; LIMA, M.G.R.; FURTADO, B.T. Educação Decolonial em Saúde: O impacto da utilização de métodos pedagógicos do tipo júri simulado e escrivência na abordagem do racismo e do cuidado. *In*: VII CONGRESSO DE INOVAÇÃO E METODOLOGIAS EM ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO. Anais... Ouro Preto, 2024.

LEAL, M. DO C. et al.. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

OLIVEIRA, J.; MOURA, J.; SPRUNG, L. Anesthetic disparity in the delivery of black women: asystematic review. **Brazilian Journal of Global Health**, [S. l.], v. 3, n. 11, p. 6-10, 2023. DOI: 10.56242/globalhealth;2023;3;11;6-10 . Disponível em: [10.56242/globalhealth](https://doi.org/10.56242/globalhealth). Acesso em: 12 out 2024.

SANTANA, A. T. DE . et al.. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e09952023, 2024. 9.09952023EN. Acesso em: 22 set. 2024.

SOUZA, K. N.; SILVA, A. V.; FERREIRA, R.; SANTO, T. B. E. “Pra nós que somos negras, tudo é mais difícil”. Cartografia de uma mulher negra em sofrimento psíquico. **Physis**, [S.l.], v. 33, p. e33070, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333070>. Acesso em: 22 set. 2024.

TIBURTINO, Glauber. O silenciamento do paciente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

VALE, N. B. DO .; DELFINO, J.. Anestesia na população negra. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n. 3, p. 401–418, maio 2003.

# CAPÍTULO 24

## VIVÊNCIAS TERAPÊUTICAS: PRÁTICA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL GRUPAL NA UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU

**THERAPEUTIC EXPERIENCES: GROUP OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE  
IN THE NEONATAL KANGAROO INTERMEDIATE CARE UNIT**

**doi** 10.56161/sci.ed.2025052724

**Joyce Cristina Silva**

Graduanda em Terapia Ocupacional

Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Universidade Federal do Pará

<https://orcid.org/0000-0002-1106-0426>

**Karen Gama Barbosa**

Graduanda em Terapia Ocupacional

Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Universidade Federal do Pará

<https://orcid.org/0009-0002-4508-7763>

**Allya Ariadne Alves Malcher**

Terapeuta ocupacional

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, Belém, PA, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7553-9447>

**Danielle de Fátima Pereira Ferreira**

Terapeuta ocupacional

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, Belém, PA, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0004-3888-7054>

**Layane Andreza Lima Sena**

Terapeuta ocupacional

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, Belém, PA, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4278-933X>

**Adriene Damasceno Seabra**

Terapeuta ocupacional

Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Universidade Federal do Pará

<https://orcid.org/0000-0002-4367-9098>

### RESUMO

**Introdução:** A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) integra o Método Canguru, política nacional de saúde dedicada ao atendimento do recém-nascido e de sua família. Este método está estruturado em três fases distintas, sendo a segunda responsável pela efetivação da posição canguru. **Objetivo:** Relatar a atuação da Terapia Ocupacional em âmbito grupal na UCINCa. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência fundamentado em vivências profissionais e acadêmicas, com o propósito de contribuir com a prática da terapia ocupacional direcionada a mães e bebês em uma UCINCa. O estudo descreve as ações desenvolvidas no âmbito do serviço durante a disciplina de Estágio Supervisionado em Terapia Ocupacional, ofertada pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará, no contexto hospitalar. **Resultados:** As estratégias grupais demonstraram eficácia na mitigação do estresse e da ansiedade (segundo relatos maternos) inerentes ao período de internação, além de favorecerem a criação e o fortalecimento de redes de apoio entre as mães hospitalizadas. Observou-se que esses grupos configuram-se como espaços acolhedores, nos quais as participantes partilham angústias, dificuldades e necessidades, facilitando o acesso a informações e orientações específicas. **Discussão:** A partir das experiências vivenciadas, por meio das práticas grupais na UCINCa, refletiu-se sobre o papel da Terapia Ocupacional no cuidado às mães e aos recém-nascidos internados. As intervenções centradas na co-ocupação materna e nas Atividades de Vida Diária Instrumentais revelaram potencial significativo não apenas para o desenvolvimento do bebê, mas também para o bem-estar materno e para o fortalecimento da autoconfiança das mulheres no exercício dos cuidados neonatais. **Conclusão:** A prática descrita ressalta a importância das práticas grupais desenvolvidas pela Terapia Ocupacional, com mães que vivenciam o processo de hospitalização, para o acolhimento de dores, inseguranças, criação de rede de apoio, promoção de orientações e senso de capacidade para o cuidado com o recém-nascido.

**PALAVRAS CHAVE:** Terapia Ocupacional; Recém-nascido prematuro; Método canguru; Prática grupal; Hospitalização.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Neonatal Intermediate Care Unit Kangaroo (UCINCa) is part of the Kangaroo Method, a national health policy dedicated to the care of newborns and their families. This method is structured in three distinct phases, with the second phase responsible for implementing the kangaroo position. **Objective:** To report the role of Occupational Therapy in a group setting within the UCINCa. **Methodology:** This is an experience report based on professional and academic experiences, aiming to contribute to occupational therapy practices directed toward mothers and babies in a UCINCa. The study describes the activities carried out within the service during the Supervised Internship in Occupational Therapy, offered by the Occupational Therapy program at the Federal University of Pará, in a hospital setting. **Results:** Group strategies proved effective in mitigating stress and anxiety (according to maternal reports) inherent to the hospitalization period, in addition to fostering the creation and strengthening of support networks among hospitalized mothers. These groups were observed to be welcoming spaces in which participants shared their anxieties, difficulties, and needs, facilitating access to specific information and guidance. **Discussion:** Based on the experiences gained through group practices in the UCINCa, reflections were made on the role of Occupational Therapy in caring for hospitalized mothers and newborns. Interventions centered on maternal co-occupation and Instrumental Activities of Daily Living showed significant potential not only for the baby's development but also for maternal well-being and the strengthening of women's self-confidence in providing neonatal care. **Conclusion:** The practice described highlights the importance of group practices developed by Occupational Therapy

with mothers experiencing hospitalization, as a means of welcoming pain and insecurities, building support networks, providing guidance, and promoting a sense of competence in newborn care.

**Keywords:** Occupational Therapy; Premature Newborn; Kangaroo Method; Group Practice; Hospitalization.

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru integra o Método Canguru, Política Nacional de Saúde destinada ao cuidado integral do recém-nascido e sua família. Estruturado em três etapas, o método inicia no pré-natal, etapa em que se identifica, durante a gestação, o risco de parto de neonatos que necessitarão de cuidados intensivos. A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), onde a mãe, apoiada e orientada pela equipe de saúde, assume a maior parte dos cuidados com o recém-nascido. Nesse momento, implementa-se a efetivação da posição canguru, incentivando que as mães e os pais mantenham a posição canguru (contato pele a pele) pelo maior tempo possível (Ministério da Saúde, 2018; Morimoto, 2020).

Essa fase também tem como objetivo garantir a continuidade do aleitamento materno, esclarecer dúvidas relacionadas ao recém-nascido e desenvolver demais ações de suporte. Por fim, a terceira etapa do Método inicia-se com a alta hospitalar e abrange o cuidado domiciliar ao neonato e à sua família. Nessa fase, o acompanhamento ocorre de forma articulada entre o hospital e a Unidade Básica de Saúde, monitorando o bebê e seus familiares nas primeiras semanas em domicílio. O seguimento, realizado em ambulatórios ou visitas domiciliares, perdura até o recém-nascido atingir 2.500 g de peso (Ministério da Saúde, 2018; Morimoto, 2020; Alves, 2020).

Na UCINCa, as mães assumem papel central nos cuidados com o bebê, permanecendo em alojamento conjunto com os neonatos. Essa estratégia visa promover a autonomia materna, incentivando-as a realizar de forma independente as atividades de cuidado orientadas pela equipe interdisciplinar. Assim, ao receberem alta hospitalar, as mães encontram-se mais seguras e habilitadas para prosseguir com os cuidados domiciliares preconizados, garantindo a continuidade do suporte e favorecendo o desenvolvimento infantil (Morimoto, 2020).

Durante o processo de hospitalização, a díade mãe-bebê é inicialmente encaminhada a unidades de maior complexidade, como a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou a Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), nas quais os cuidados ao neonato pré-termo ou

de baixo peso estão predominantemente sob responsabilidade de profissionais de saúde. Essa limitação de atuação materna impacta o desempenho do papel ocupacional materno — definido como o conjunto de comportamentos socialmente construídos e influenciados pela cultura e pelo contexto (AOTA, 2020).

Ser mãe configura-se como um papel ocupacional repleto de desafios e expectativas, nos quais a mulher e seu entorno familiar projetam vivências positivas com a chegada do novo membro. Tais expectativas podem ser abruptamente desestruturadas em decorrência de intercorrências que exigem hospitalização por prematuridade ou baixo peso. Nessa situação, a mãe vivencia sentimentos de medo, insegurança, angústia e culpa, bem como alterações na percepção de sua competência materna, influenciados pelas condições de prematuridade, pela duração da internação, pelos procedimentos terapêuticos e pelos equipamentos utilizados no suporte ao bebê (Menegat, 2021; Santos, 2017).

Do Carmo (2018) observou que, na UCINCa, o papel materno envolve uma gama de medos, desejos e emoções singulares, bem como (re)significações inerentes a essa vivência, além da presença de esperança e expectativas quanto ao retorno domiciliar com o bebê saudável. Quando os cuidados neonatais ocorrem em UTIN ou UCIN, o contato mãe-bebê, embora estimulado, permanece restrito, gerando repercussões no exercício da maternidade que podem persistir até a admissão na UCINCa. Nesse momento, as mães assumem a maior parte dos cuidados ao recém nascido, frequentemente acompanhados de dúvidas, medos e inseguranças. Torna-se, portanto, imprescindível o suporte da equipe de saúde, em especial dos profissionais de Terapia Ocupacional, cuja formação os habilita a intervir em ocupações e papéis ocupacionais de modo a otimizar o desempenho materno (Santos, 2017).

Segundo a AOTA (2020), a prática do terapeuta ocupacional fundamenta-se na promoção da participação em ocupações significativas no contexto de vida dos indivíduos, considerando a interação dessas atividades com fatores correlatos, tais como papéis sociais, competências e valores pessoais. As ocupações são compreendidas como ações cotidianas dotadas de propósito e relevância singular para cada pessoa, carregando significados pessoais e experiências subjetivas (AOTA, 2020). No âmbito do cuidado parental, a assistência ao filho é caracterizada como uma co-ocupação, uma vez que exige engajamento intencional e ativo dos genitores junto ao bebê, caracterizando-se por um processo compartilhado e interativo (Dos Santos, 2024).

Ao se envolverem progressivamente nos cuidados de recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, as mães podem enfrentar dificuldades relacionadas ao manejo de um bebê fragilizado ou, em caso de primeira maternidade, à inexperiência, sentindo-se incapazes e inseguras para desempenhar essa ocupação. Dessa forma, tais dificuldades podem estar atreladas ao cuidado com a alimentação, na troca de fraldas, na observação comportamental, na manipulação e posicionamento, no banho e na manutenção da integridade cutânea do neonato. Esses achados evidenciam a necessidade de acompanhamento por meio da Terapia Ocupacional, cujo enfoque visa empoderar a mãe e seus familiares para que participem dos cuidados de forma eficaz e preservem esses ganhos após a alta hospitalar (Rocha, 2019; Casimiro et al., 2021; Borregas et al., 2024).

Portanto, considerando que cada família vivencia o processo de cuidado ao neonato prematuro e/ou de baixo peso de maneira singular, torna-se imprescindível conhecer seus comportamentos, valores, crenças, sentimentos, conhecimentos, habilidades e necessidades, bem como os significados atribuídos a essa experiência. A partir da compreensão dessas especificidades familiares, objetiva-se promover uma assistência centrada nas necessidades individuais de cada criança prematura (Do Carmo, 2018).

Nesse contexto, a prestação de cuidados a uma outra pessoa é considerada uma co-ocupação que requer a participação ativa não somente do prestador de cuidados, mas também do destinatário dos mesmos. Para as co-ocupações necessárias durante a parentalidade, as rotinas socialmente interativas de comer, alimentar e confortar podem envolver os pais, um parceiro, a criança, bem como outras pessoas significativas que fazem parte do círculo social. Assim, a co-ocupação de prestação de cuidados ao bebê também é considerado dentro do eixo de ocupações, uma ocupação de atividade da vida diária instrumental (AVDI), sendo esta, uma ocupação de cuidar do outro, podendo ser uma prestação de cuidados direto, providenciar ou supervisionar o cuidado realizado por outra pessoa (AOTA, 2020).

Nessa perspectiva, segundo Menegat (2020), o papel ocupacional da mãe se desenvolve de diferentes formas na unidade neonatal durante a hospitalização, por meio de atividades como amamentar/oferecer leite ao bebê, observar os procedimentos realizados pela equipe de saúde, segurar o bebê no colo, estabelecer contato por meio do toque e estar presente durante a pesagem do recém-nascido, sendo estas consideradas como co-ocupações de Atividade da vida diária instrumental (AVDI).

Devido às particularidades do ambiente hospitalar, as mães precisam de apoio para expressar suas angústias e lidar com as dificuldades de cumprir seus papéis ocupacionais. Nesse sentido, as intervenções em grupos proporcionam um espaço aberto para que as mães se expressem livremente, junto a pessoas com experiências semelhantes, criando assim, um lugar no qual elas podem expor e compartilhar suas angústias, medos e necessidades, além de poderem reorganizar seu cotidiano, visualizar redes de apoio, e reconhecer sua autonomia e potencialidade para esse cuidado (Joaquim, 2013).

Dessa forma, os grupos de Terapia Ocupacional, por sua vez, oferecem estratégias diversificadas de intervenção — tais como discussões temáticas, atividades de relaxamento e exercícios de enfrentamento — com o objetivo de desenvolver habilidades adaptativas, promover o distanciamento momentâneo de situações estressoras e fortalecer o suporte mútuo entre as mães (Correia, 2018).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar a atuação da Terapia Ocupacional em âmbito grupal na UCINCa, evidenciando o papel dessas intervenções na promoção do bem-estar materno e no fortalecimento da co-ocupação no cuidado ao recém nascido.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo caracteriza-se por um relato de experiência, alicerçado em vivências profissionais e acadêmicas, cujo propósito é contribuir para a prática da Terapia Ocupacional direcionada a mães e recém-nascidos em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, descrevendo detalhadamente as ações implementadas no âmbito do serviço.

As experiências relatadas foram vivenciadas durante a disciplina de Estágio Supervisionado em Terapia Ocupacional, ofertada pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará, no contexto hospitalar. O foco está na prática terapêutica ocupacional realizada junto a mães e bebês internados na Unidade de Cuidado Intermediário Canguru em um Hospital, localizado em Belém/Pará. Os encontros do grupo com as mães ocorreram duas vezes por semana, durante quatro sessões no total. Cada grupo foi composto de forma homogênea por cinco mães em situação clínica semelhante, cuja presença integral em todas as sessões garantiu a fidelidade ao protocolo de intervenção proposto.

As atividades integraram componentes de educação em saúde e instrumentalização por meio de Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI), direcionadas ao manejo prático do cuidado neonatal. As sessões enfatizaram práticas como a alimentação, trocas de fralda, higiene

e posicionamento do bebê, articulando conteúdos teóricos e exercícios práticos. O monitoramento sistemático da participação e do progresso das mães permitiu avaliar de forma contínua os avanços no desempenho ocupacional materno.

Cada sessão grupal iniciava-se com a adoção da posição canguru, seguida pela apresentação das estagiárias, dos profissionais de Terapia Ocupacional, das mães e de seus neonatos. Na sequência, eram discutidos e acordados os termos de participação e estabelecidas as normas de funcionamento do grupo, bem como explicitados seus objetivos. Em seguida, procedia-se à implementação das propostas de intervenção, articulando conteúdo teórico e atividades práticas. Para o desenvolvimento das dinâmicas, foram mobilizados recursos diversificados, tais como baldes de ofurô, infusões de ervas (camomila, erva-doce etc.), sal grosso, petecas, sistema de sonorização, materiais de auriculoterapia, placas de jogos de verdadeiro/falso, balões, Caderneta da Criança, post-its, canetas, bonecas, panos e bacias, os quais foram selecionados de acordo com os objetivos específicos de cada intervenção

Ao final de cada grupo as participantes eram acolhidas em relação às suas dúvidas e convidadas a compartilhar suas impressões sobre o grupo, e como se sentiram após a vivência grupal.

### 3. RESULTADOS

O primeiro grupo terapêutico envolveu a expressão do materno e estratégias de relaxamento para as mães, com o objetivo de atenuar os níveis de ansiedade e estresse associados ao cuidado neonatal e ao período de internação, além de incentivar a criação de uma rede de apoio entre as mães. Inicialmente, foi proposta uma questão norteadora acerca das dificuldades vivenciadas pelas mães durante a hospitalização. Em seguida, procederam-se às intervenções de relaxamento - escalda-pés, auriculoterapia e massagem- empregando bacias, ervas medicinais, ruído branco e protocolo de auriculoterapia.

Em relação às dificuldades encontradas, os relatos das mães identificaram como desafios predominantes o manejo da amamentação, a regulação do sono do neonato e outras ocupações de desempenho mais complexo. Apesar dessas dificuldades, observou-se uma manifestação significativa de bem-estar, evidenciada pelos depoimentos que enfatizaram sensações de relaxamento, conforto e tranquilidade durante a atividade. Adicionalmente, as participantes expressaram interesse em aprofundar práticas voltadas ao autocuidado materno, integrado às dinâmicas de cuidado do bebê, sugerindo a relevância de futuras intervenções que integrassem de forma equilibrada o suporte à mãe e ao recém nascido.

No segundo encontro, o foco centrou-se na promoção do aleitamento materno, reconhecido como elemento essencial ao vínculo e ao desenvolvimento da díade mãe-bebê. Os objetivos incluíram: (1) fomentar a constituição de redes de apoio mútuo entre as mães; (2) esclarecer dúvidas recorrentes acerca da produção de leite, manejo de fissuras mamilares, sinais de fome neonatal e técnicas de “pega”; e (3) estimular o compartilhamento de experiências práticas. A dinâmica adotada consistiu em um jogo de perguntas e respostas, estruturado a partir dos temas elencados. A cada intervenção das participantes, procedeu-se à explanação dos conceitos questionados e à demonstração prática do posicionamento correto e da “pega” adequada durante a amamentação. Adicionalmente, foram ainda apresentadas e discutidas estratégias de prevenção de fissuras e algias mamilares. Neste contexto, para as atividades, utilizou-se material lúdico-didático composto por placas de verdadeiro/falso, balão representando a mama e boneca anatômica, permitindo reforçar, de forma ilustrativa e interativa, os procedimentos demonstrados.

Os resultados do segundo encontro revelaram que as participantes detinham um repertório conceitual robusto sobre aleitamento materno, respondendo corretamente à maior parte dos questionamentos. Entretanto, questões relacionadas à prevenção e manejo de fissuras mamilares e aos determinantes biológicos da produção láctea apresentaram maior grau de incerteza. As dúvidas foram prontamente esclarecidas mediante orientações técnicas e simulações práticas de amamentação, favorecendo a compreensão dos procedimentos corretos. Adicionalmente, emergiram novas demandas vinculadas aos cuidados neonatais, nas quais as mães enfatizaram o papel determinante da rede de apoio familiar e social. Como ponto de destaque, observou-se que os valores culturais específicos de cada núcleo familiar influenciam as recomendações recebidas pelas cuidadoras principais, gerando, por vezes, conflito com as orientações da equipe multiprofissional. Essa dissonância de informações mostrou-se capaz de impactar o senso de autoeficácia materna, evidenciando a necessidade de estratégias de mediação e alinhamento comunicacional para fortalecer a confiança das mães em seu papel ocupacional.

O terceiro encontro, intitulado “Desvendando a Caderneta da Criança”, teve por objetivo capacitar as mães para a utilização efetiva do instrumento de acompanhamento da saúde infantil, enfatizando sua relevância no monitoramento do desenvolvimento neonatal. Para tanto, empregou-se dinâmica baseada em cartas temáticas, estruturadas a partir de tópicos da caderneta, tais como amamentação, estímulo afetivo ao desenvolvimento, prevenção de acidentes, cronograma de consultas e registros de crescimento. Cada carta continha uma tarefa

ou pergunta cuja resposta podia ser localizada na caderneta, incentivando a leitura ativa e o compartilhamento de informações entre as participantes. Essa estratégia promoveu a familiarização com o conteúdo do documento, estimulou a discussão coletiva sobre sua utilização prática e favoreceu a construção de competências que contribuem para o registro sistemático e a interpretação dos dados de saúde do bebê.

A intervenção evidenciou as limitações no conhecimento desse documento como um passaporte da cidadania, ao considerar a criança e sua família de forma holística, sendo mais conhecido pelo esquema de vacinação infantil. Com a proposta apresentada, observou-se que as mães tiveram dificuldades em encontrar as respostas, por se tratar de um documento que abrange muitos temas. No entanto, com suporte, conseguiram localizá-las com mais facilidade. Além disso, as cuidadoras demonstraram engajamento e interesse nos assuntos abordados, como o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento, no qual foi apresentada a tabela com o que é esperado para cada idade, sempre evidenciando a necessidade de um olhar especializado para considerar os marcos de um bebê prematuro. Em relação à prevenção de acidentes, relataram dúvidas e vivências que as fizeram repensar os riscos aos quais seus bebês foram expostos. Ademais, expressaram satisfação ao identificar os diversos temas e orientações presentes na caderneta da criança, com destaque para o quadro de vacinação, que apresenta as vacinas recomendadas para cada mês de vida do bebê.

O quarto e último encontro terapêutico focou nos cuidados instrumentais ao neonato e no gerenciamento em saúde neonatal. Os objetivos incluíram: (1) capacitar as mães para a realização autônoma de atividades instrumentais domiciliares de cuidado, com ênfase em higiene; (2) fortalecer habilidades de gestão do cuidado em saúde neonatal; e (3) promover a troca de experiências e a socialização entre as participantes. A dinâmica inicial utilizou post-its para que cada mãe registrasse dúvidas, inseguranças e dificuldades relativas ao banho e à higiene do bebê, constituindo-se um mural coletivo das necessidades identificadas. Em seguida, procedeu-se à demonstração prática do banho seguro, empregando uma boneca para ilustrar cada etapa do procedimento, com atenção especial à manipulação adequada e à limpeza das regiões íntimas. Essa abordagem permitiu às mães visualizar detalhadamente os gestos técnicos e compartilhar estratégias de enfrentamento, consolidando competências essenciais ao cuidado domiciliar do neonatal.

Durante a intervenção, as mães relataram múltiplas dificuldades relacionadas ao banho e à higiene neonatal, sustentadas por receios de causar lesões, afogamento ou execução

incorreta dos cuidados. A cada manifestação de insegurança, a equipe realizou demonstrações práticas e esclareceu dúvidas pontuais, promovendo a construção de saberes e a redução das apreensões iniciais. Posteriormente, emergiram novas demandas — higienização das regiões íntimas e corte das unhas — as quais apresentaram caráter transversal a todas as mães. Esse momento favoreceu intensa troca de informações e exercício de suporte mútuo, com as mães compartilhando experiências e estratégias pessoais. A equipe de Terapia Ocupacional acolheu sistematicamente tais necessidades, apresentando protocolos de cuidado íntimo e instruções passo a passo para o corte seguro das unhas. Ao término da sessão, observou-se consenso quanto à satisfação com as orientações recebidas e à aquisição de compreensão prática dos procedimentos demonstrados

#### 4. DISCUSSÃO

Os achados deste relato corroboram o papel estratégico da Terapia Ocupacional na promoção da coparticipação materna e no fortalecimento do vínculo mãe-bebê em unidades de cuidado intermediário neonatal. A redução observada nos indicadores de estresse e ansiedade materna após as intervenções de relaxamento aproxima-se de resultados relatados em estudos que vinculam práticas de autocuidado à melhoria do bem-estar psicológico de mães em contexto hospitalar (Menegat, 2020). A partir da vivência e das práticas grupais realizadas na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), foi possível refletir sobre o papel da Terapia Ocupacional no cuidado às mães e aos recém nascidos internados. As intervenções propostas em grupo, orientadas pela co-ocupação materna e pelas Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI), evidenciaram potencial significativo para promover tanto o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê quanto o bem-estar psicológico e a autoconfiança materna no exercício dos cuidados neonatais (Dos Santos, 2024).

Os achados da intervenção grupal indicam que as mães enfrentam, principalmente, desafios associados às co-ocupações essenciais na UCINCa — como a alimentação, a higiene pessoal e o banho do neonato. Essas demandas reforçam a importância de oferecer suporte direcionado e instrumentalização técnica, de modo a promover segurança e autonomia maternas na execução das atividades de cuidado, consolidando a independência necessária para a continuidade eficaz desses cuidados no período pós-alta hospitalar.

Tais achados corroboram o estudo de Borregas e colaboradores (2024), que analisou o tempo necessário para que pais de neonatos de baixo peso atingissem autonomia no cuidado infantil após treinamento parental. Os autores observaram que a autonomia na alimentação foi

a última a ser alcançada, demandando maior número de dias de prática. Ademais, identificaram que, no segundo ciclo de treinamento — que contemplava cuidados associados ao Método Canguru, prevenção de infecções relacionadas à assistência, troca de fraldas e higienização —, os participantes também necessitaram de tempo adicional para consolidar as habilidades demandadas. Esses achados reforçam a imperativa de implementar estratégias de escuta ativa, acolhimento, orientação técnica e treinamentos práticos, de modo a garantir que as mães sintam-se seguras e capacitadas para desempenhar ocupações fundamentais de forma autônoma.

De modo semelhante, Lund e colaboradores (2025) investigaram a experiência de mães de neonatos prematuros durante a transição da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para o cuidado domiciliar, evidenciando que a impossibilidade de envolvimento ativo nos cuidados do bebê provocava sensação de distanciamento emocional do papel materno, comprometendo o senso de autoeficácia. Quando, entretanto, foram oferecidas orientações claras acerca de papéis e expectativas, a passagem para o ambiente domiciliar tornou-se mais segura e estável. Além disso, o engajamento em tarefas de cuidado foi apontado como fator determinante para o fortalecimento do vínculo materno e para a apropriação do papel de cuidadora, promovendo senso de capacidade na execução das atividades.

O estudo anterior corrobora os achados deste relato de experiência, pois as mães relataram que as mudanças que antecedem a UCINCa impõem barreiras ao envolvimento precoce no cuidado, impactando negativamente sua percepção de competência. No entanto, a implementação de intervenções grupais — especialmente aquelas que estimulam a co-ocupação e oferecem demonstrações práticas — revelou-se fundamental para superar tais desafios, pois promoveu exercício antecipado das ocupações maternas em um contexto apoiado, favorecendo a construção de autoconfiança e o fortalecimento do papel ocupacional materno antes da alta hospitalar.

Outro ponto em consonância com a literatura, ressalta a importância do vínculo precoce para a regulação fisiológica e afetiva do recém-nascido (Ministério da Saúde, 2018), as dinâmicas de relaxamento e a posição canguru mostraram-se eficazes na redução de indicadores de estresse materno, e para a sensação de segurança em relação às competências parentais (Araújo et al., 2022; Correia et al., 2019). Nesse sentido, as intervenções em grupos são utilizadas como estratégias que contribuem para a permanência das mães no hospital, possibilitando a continuidade do Método Canguru. Tais ações contribuem para aumento do engajamento dos pais no cuidado ao bebê, além de auxiliarem na redução da ansiedade e

promoção da saúde mental (Dos Santos, 2024). Resultados semelhantes foram observados durante uma das intervenções em grupo realizadas na UCINCA, cujo objetivo foi promover estratégias de relaxamento para as mães. Ao final da atividade, elas relataram sentir-se relaxadas, confortáveis e tranquilas. Nesse sentido, destaca-se a importância de promover intervenções grupais que não se limitem somente aos cuidados com o bebê, mas que também atendam às necessidades pessoais das mães, que, apesar de vivenciarem de modo diferente, também vivenciam o processo de hospitalização.

As dúvidas apresentadas pelas mães em relação à amamentação, com fissuras nas mamas, reforçam as dificuldades encontradas por elas durante esse processo, o que está de acordo com os dados encontrados por Santos et al (2023), que, em sua pesquisa, descreveram a frequência das dificuldades encontradas pelas mães com o aleitamento materno em alojamento conjunto e a relação disso com a prática alimentar pós alta, apresentando que 50,6% das mulheres apresentaram dificuldades na amamentação. As dificuldades de maior frequência estavam atreladas a: dificuldades com a “pega”, sucção do recém nascido, tipo de mamilo, dor ou fissuras mamilares e demora na descida do leite.

Esse fenômeno está diretamente relacionado às vivências relatadas pelas mães e observadas nas dinâmicas grupais, nas quais as barreiras associadas ao aleitamento foram abordadas de forma sistemática para oferecer suporte e incentivar o aleitamento materno exclusivo conforme preconiza o Método Canguru — contato pele a pele, amamentação precoce e alta segura (Brasil, 2018). A incorporação da posição canguru nas práticas grupais não apenas assegurou a diminuição dos índices de mortalidade neonatal e de infecções hospitalares, como também potencializou o ganho ponderal e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Além disso, tais intervenções favorecem a saúde materna e facilitam o início e a manutenção da amamentação em neonatos prematuros ou de baixo peso, aumentando a probabilidade de continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar (Mekonnen et al., 2019; Sivanandan et al., 2023).

O estudo de Dos Santos (2024) investigou as barreiras enfrentadas por mães para participação na segunda etapa do Método Canguru, apontando como hipótese central o afastamento prolongado de suas rotinas cotidianas, o que pode resultar em recusa em permanecer no ambiente hospitalar. Os achados identificaram que a manutenção de atividades significativas da vida diária durante a internação figura como obstáculo primordial, uma vez que impõe ruptura do padrão ocupacional habitual. Ademais, foram destacadas limitações no

acesso e na participação da rede de apoio familiar, fragilidade desse suporte, questões relacionadas ao estado de saúde materno, bem como dificuldades em conciliar as demandas hospitalares com a preservação de papéis sociais e ocupacionais maternos.

Tais resultados corroboram a necessidade de compreender o contexto familiar para posteriormente manejar as barreiras, sendo esse um campo de atuação da Terapia Ocupacional que transcende a mera instrução de procedimentos técnicos, considerando os padrões e competências de desempenho e os fatores individuais de cada cliente. Nesse sentido, a prática terapêutica deve contemplar o fortalecimento das competências de desempenho materno – incluindo a retomada de rotinas e papéis sociais – e o desenvolvimento de estratégias capazes de mitigar os impactos da hospitalização na autonomia ocupacional. A articulação entre suporte emocional, intervenção em ocupações e adaptação de atividades significativas configura-se, portanto, como campo privilegiado para a intervenção ocupacional no âmbito do Método Canguru.

Essa foi uma necessidade também evidenciada durante a intervenção grupal realizada na UCINCa durante a intervenção grupal sobre amamentação. Na ocasião, as participantes relataram que o desempenho da co-ocupação de amamentação é influenciado pelos valores culturais da rede de apoio, em que as mães relataram sentir-se sobrecarregadas pelas informações e opiniões familiares, que, por vezes, estão em conflito com as informações repassadas pela equipe de saúde.

Diante desse contexto, a exploração sistemática da Caderneta da Criança constituiu recurso valioso para instrumentalizar as cuidadoras a acompanhar a vigilância do crescimento e a ampliar os conhecimentos sobre os cuidados com a saúde da criança, em acordo com as diretrizes nacionais de atenção à saúde infantil (Silva et al., 2015; Ministério da Saúde, 2024). Essa abordagem fortaleceu competências de gestão em saúde e estimulou o protagonismo materno, ampliando a sensibilidade para sinais de alerta no desenvolvimento neonatal.

Por fim, as intervenções voltadas ao banho e à higiene demonstraram a relevância das co-ocupações instrumentais na consolidação da identidade materna, evidenciando que o suporte prático, aliado ao intercâmbio de experiências e à validação social entre mães, pode atenuar inseguranças comuns nesse contexto (Borregas et al., 2024; Lund et al., 2025). Diante disso, torna-se essencial compreender os contextos familiares e reconhecer os valores e crenças envolvidos, com o objetivo de facilitar o desempenho das ocupações instrumentais das mães

durante a hospitalização, e promover o desempenho da co-ocupação materna de maneira efetiva.

Embora os resultados deste relato de experiência indiquem benefícios promissores, é recomendável que pesquisas futuras adotem delineamentos controlados e instrumentos padronizados para quantificar mudanças em níveis de estresse, competência materna e desfechos de desenvolvimento neonatal, de modo a permitir a comparação entre grupos e a avaliação da manutenção dos ganhos no pós-alta.

## 5 CONCLUSÃO

As intervenções grupais de Terapia Ocupacional demonstraram a importância ao acolhimento das angústias, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e o empoderamento das mães no desempenho das co-ocupações relacionadas ao cuidado neonatal. Ao abordar diretamente as dificuldades expressas pelas participantes, o grupo propiciou espaço de escuta qualificada, troca de experiências e construção de redes de apoio, promovendo mudanças significativas no senso de capacidade e autonomia materna. No entanto, a ausência de instrumentos padronizados ou escalas validadas para mensurar o impacto das intervenções em estresse e autoeficácia materna impedem generalizações.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, F. N. et al. **Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4509–4520, nov. 2020.
- ARAÚJO, E.S et al. **Evidências do método canguru no alívio do estresse materno durante a hospitalização do filho prematuro em unidade de terapia intensiva.** *International Journal of Development Research*, Vol. 12, Issue, 02, pp. 53815-53819, February, 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada** – [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília:Ministério da Saúde, 2018.
- BORREGAS, S.P et al. **Parental Autonomy in the Care of Premature Newborns and the Experience of a Neonatal Team: Observational Prospective Study.** *JMIR Pediatrics and Parenting*, v. 7, p. e55411–e55411, 11 jun. 2024.
- CASIMIRO, T; LINHARES, C. **Atuação do terapeuta ocupacional com pais de bebês em unidades neonatais brasileiras/ Occupational therapist performance with parents of babies in brazilian neonatal units.** *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 333–351, 2021.

CARMO, R. F; CORRÊA, V.A.C. **Com a palavra as mães: uma compreensão da forma e do significado da ocupação de cuidar de recém-nascidos pré-termos no método canguru.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 177-188, 2018.

CORREIA, L.A; ROCHA, L.L.B; DITZ, E.S. **Contribuições do grupo de terapia ocupacional no nível de ansiedade das mães com recém-nascidos prematuros internados nas unidades de terapia intensiva neonatal/Contributions of the occupational therapy group to the anxiety level of mothers with premature newborns admitted in the neonatal intensive care units.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S. l.], v. 27, n. 03, p. 574–583, 2019.

DOS SANTOS, C.C; GREGO DEL COLE, C. **Identificação das barreiras para a participação das mães na segunda etapa do método canguru: análise baseada no enquadramento da prática da terapia ocupacional: Identification of barriers to mothers participation in the second stage of Kangaroo-mother care: analysis based on the occupational therapy practice framework.** Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO, [S. l.], v. 8, n. 4, 2024.

Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro. J. (2021). **Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo 4ª Edição.** Versão Portuguesa de Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4th Edition (AOTA - 2020).

JOAQUIM, R.H.V.T; SILVESTRINI, M.S; MARINI, B. P.R. **Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar / Group of mothers of hospitalized premature newborns: experience of Occupational Therapy intervention in hospital context.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S. l.], v. 22, n. 1, 2014.

LUND, M.; LUNNAY, M. L.; EVENSEN, E. K. **Mothers' experience with transitions in the process towards neonatal digital homecare.** Journal of Neonatal Nursing, v. 31, n. 3, p. 101663, 28 mar. 2025.

MEKONNEN, A. G.; YEHUALASHET, S. S.; BAYLEYEGN, A. D. **The Effects of Kangaroo Mother Care on the Time to Breastfeeding Initiation among Preterm and LBW infants: a meta-analysis of Published Studies.** International Breastfeeding Journal, v. 14, n. 1, 19 fev. 2019.

MORIMOTO, S.Y.U; SANTOS, D.D.A; LEITE, V.M.M. **Atuação do terapeuta ocupacional em uma unidade neonatal do Recife/ Occupational Therapist's Action in a Neonatal Unit of Recife.** Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 116–122, 2020.

MENEGAT, D; DAHDAH, D. F; BOMBARDA, T. B; JOAQUIM, R. H.V. T. **Processo de construção da identidade ocupacional materna interrompida pelo luto/ Process of construction of the maternal occupational identity interrupted by the grief.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S. l.], v. 29, p. e2134, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania 7ª ed.** Brasília - DF 2024.

ROCHA, A.L.S. **Atuação do terapeuta ocupacional em neonatologia: uma revisão integrativa.** Belo Horizonte. 2019.

SILVA, F.B; GAÍVA, M.A.M; MELLO, D.F. **Utilização da caderneta da saúde da criança pela família: percepção dos profissionais.** Texto contexto - enferm [Internet]. Apr;24(2):407–14. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>.

SANTOS, L. F. et al. **Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 26, n. 3, p. e1260016, 2017.

SANTOS, B.O.M. F; SILVA, M.D.B et al. **Dificuldades com amamentação e sua relação com a prática alimentar na alta hospitalar.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e73485, 2023.

SIVANANDAN, S; SANKAR, M. J. **Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis.** BMJ Global Health, v. 8, n. 6, p. e010728, 1 jun. 2023.

# CAPÍTULO 25

 [10.56161/sci.ed.2025052725](https://doi.org/10.56161/sci.ed.2025052725)

**Bárbara Taciana Furtado**

Doutora pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-5938-9845>

**Simone de Araújo Medina Mendonça**

Professora Adjunta na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0001-5792-0682>

**Djenane Ramalho-de-Oliveira**

Professora Titular na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0002-5548-8184>

## RESUMO

O preconceito racial causa inúmeros problemas de saúde e está envolvido no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos a pessoas negras. Na população feminina a confluência do racismo e do sexismo relegam mulheres negras a omissão, negligência e imperícia em serviços de saúde e o ambiente que deveria ser de cuidado se revela um local de propagação de violências onde a mulher se encontra num dos momentos mais vulneráveis. Apesar de inúmeros estudos científicos epidemiológicos e qualitativos identificarem tais problemas, são raros os que evidenciam as rotas do racismo dentro dos serviços de saúde. Assim utilizou-se nesse estudo uma metodologia inovadora onde a pesquisadora acessa suas experiências para evidenciar os mecanismos culturais que levam mulheres negras a receberem menos analgesia potente em serviços de saúde. A metodologia consiste na associação da autoetnografia e da escrevivência numa perspectiva contracolonial/decolonial que permitem o olhar de uma outsider interna em primeira pessoa pela autora principal. Um dos pontos mais robustos da associação dessas metodologias é que o pesquisador esteja imerso no meio onde pesquisa, que tenha robusta experiência e olhar crítico do ambiente cultural onde a pesquisa se dará. Assim a primeira autora é mulher negra, farmacêutica clínica com mais de 20 anos de experiência e pesquisadora qualitativa há mais de duas décadas. Essa experiência revelou perspectivas de vivências subalternizadas pela luz da decolonialidade evidenciando criticamente o contexto cultural colonizado denunciando o racismo enraizado em instituições de saúde e de educação. Denuncia a magnitude do PRM2, necessita de terapia adicional, no caso analgesia potente para dor em mulheres negras, um problema de racismo já robustamente identificado por inúmeros estudos de outros profissionais da saúde, mas ainda praticamente sem menção na farmácia clínica o que nos aponta para um significativo viés racial da ciência envolvida na saúde e na farmácia clínica que tem por objetivo resolver PRMs.

**PALAVRAS-CHAVE:** Racismo, Escrevivência, violência obstétrica, farmácia clínica e decolonialidade.

## ABSTRACT

Racial prejudice causes numerous health problems and is implicated in the access and quality of services offered to Black people. Among the female population, the confluence of racism and sexism relegates Black women to omission, negligence, and incompetence in health services, and the environment that should be caring becomes a breeding ground for violence, where women are at their most vulnerable. Although numerous epidemiological and qualitative scientific studies identify such problems, few highlight the pathways of racism within health services. Therefore, this study used an innovative methodology, in which the researcher uses her personal experiences to highlight the cultural mechanisms that lead black women to receive less effective analgesia in health services. The methodology combines autoethnography and writing from a countercolonial/decolonial perspective, allowing the lead author to take a first-person, insider's perspective. One of the most powerful aspects of combining these methodologies is that the researcher must be immersed in the research environment, possessing substantial experience and a critical eye for the cultural environment where the research will take place. Thus, the lead author is a black woman, a clinical pharmacist with over 20 years of experience, and a qualitative researcher for over two decades. This experience revealed perspectives of subalternized experiences through the lens of decoloniality, critically highlighting the colonized cultural context and denouncing the racism rooted in health and educational institutions. It highlights the magnitude of DRP2, requiring additional therapy, in this case, powerful analgesia for pain in black women. This racism problem has already been robustly identified by numerous studies by other health professionals, but remains virtually unmentioned in clinical pharmacy. This points to a significant racial bias in the science involved in health and clinical pharmacy, which aims to resolve DRPs.

**KEYWORDS:** Racism, Escrivência, obstetric violence, clinical pharmacy and decoloniality.

## 1. INTRODUÇÃO

O preconceito racial impõe barreiras de acesso e de qualidade a pessoas racializadas (Brasil, 2013; Cruz, 2024, Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023; Oliveira, 2003; Souza, 2023; Nascimento, 2013). O racismo é uma forma de retirar das pessoas a sua humanidade (Bernardino-Costa, Maldonato-Torres e Grosfoguel; 2019) e dessa forma, historicamente mulheres negras foram submetidas a cirurgias obstétricas sem anestesia, e recebem até os dias atuais tratamentos de menor qualidade (Vale, Delfino, 2003; Cruz, 2004; Curi, 2020). Estudos robustos comprovam que mulheres negras sofrem várias violências nos serviços de saúde e essa tem sido uma causa importante levada em consideração em políticas públicas (Curi; Ribeiro, Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023; Brasil 2013). No que se refere a formação de farmacêuticos fica nítido que há uma preocupação nas novas diretrizes curriculares (Brasil, 2017) a necessidade de formar farmacêuticos que estejam comprometidos em promover equidade em saúde pensando-se no gênero, na raça, na sexualidade, nas diferenças regionais, e culturais. Dessa forma essa pesquisa foi elaborada fruto de um projeto de doutorado que teve como objetivo desenvolver

práticas didáticas que pudessem contribuir para uma formação clínica mais humanizada que fizesse frente as violências interseccionais (Furtado et al, 2020; Furtado, Detoni, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira, 2024; Lara, Lima, Furtado,2024 ). Uma das abordagens foi retratar experiências reais que acontecem no cenário da saúde para a sala de aula através da elaboração de escrituras (Lara, Lima, Furtado,2024). Esse manuscrito pretende demonstrar o potencial de metodologias decoloniais no ensino de profissionais de saúde comprometidos com o enfrentamento das violências interseccionais em saúde. Espera-se que esses relatos possam trazer contribuições para a formação de profissionais de saúde mais comprometidos com a justiça social em saúde e um cuidado humanizado que leve em consideração aspectos de gênero, raça especificamente.

## 2. METODOLOGIA

Nesse texto pretendemos retratar a rota epistemológica que permite evidenciar problemas vivenciados por pessoas cujas existências têm sido sistematicamente subalternizadas, demandando soluções que não tem sido levadas em consideração e que são negligenciadas em serviços de saúde por causa do viés do racismo estrutural que sempre encontra formas de escamotear esses problemas. Muitas vezes as discussões sobre o racismo tem sido feitas a partir da parte de discussões, ou quando muito no campo de resultados dentro de produções científicas. Nesse trabalho inicia-se esse discussão aprofundada a partir da metodologia para que possamos lançar luz sobre as contribuições de metodologias decoloniais/contracoloniais em problemas sofridos por mulheres negras.

Para isso usamos uma abordagem metodológica inovadora que associa a autoetnografia (Ellis e Bochner, 2000) e a escritura (Evaristo, 2020). A autoetnografia é uma metodologia qualitativa elaborada para que o pesquisador também possa utilizar suas próprias experiências (auto) para retratar o contexto cultural (ethno)que um fenômeno acontece e retrata o acontecido através da escrita (grafia). Assim os relatos ocorrem em primeira pessoa e permitem ao leitor uma compreensão aprofundada e crítica da experiência vivida através de um texto que traz uma leitura mais fluída com características literárias, mas que mantém o rigor da observação participante e o relato fidedigno dos fatos, preservando a identidade dos envolvidos por questões éticas.

A escritura é um termo cunhado por Conceição Evaristo para retratar acontecimentos vividos por pessoas que tem uma vivência hifenizada, em outras palavras uma vivência de pessoas que não são lidas como o ser humano universal. Estamos falando de pessoas

que tem uma vida marginalizada por vários motivos onde a raça aparece como o principal, seguida do gênero, importantes para retratar experiências de mulheres negras. Razão pela qual a idealizadora descreve que a escrevivência tem por objetivo “acordar a casa grande de seus sonos injustos” (Evaristo, 2020).

Nessa pesquisa reunimos na escrevivência que já traz a denúncia ao racismo esse caráter confessional que a autoetnografia traz pela descrição em primeira pessoa (pela pesquisadora principal, primeira autora) de acontecimentos atravessados pelos racismo e também pelo sexismo afim de expor essas violências interseccionais na saúde. As escrevivências elaboradas foram utilizadas em várias formas de pedagogias decoloniais (Lara, Lima e Furtado 2024) a fim de promover maior imersão dos alunos com a realidade vivida por mulheres negras, e de mobilizá-los para uma atitude que melhore o cuidado oferecido a essas pessoas, em outras palavras promover engajamento empático ou o giro decolonial (Furtado, Detoni, Mendonça e Ramalho-de-Oliveira, 2024).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi no final da graduação do meu curso de farmácia que pude ter contato com a metodologia da atenção farmacêutica (Cipolle; Strand; Morley, 2012). Desde a primeira disciplina nessa área, oferecida de forma optativa, pude ver que esse era o caminho que gostaria de trilhar na farmácia. Entre todas as opções que a graduação em farmácia oferecia, essa era a que evidenciava a responsabilidade com a saúde das pessoas na sua filosofia e, além disso, me ofereceu um método de cuidado. Foi nessa linha que segui com o mestrado (Furtado, 2008) e, desde então, meus caminhos sempre estavam entre lecionar essa prática em outros cursos de farmácia e oferecê-la na atenção primária a saúde (APS). Tenho atuado desde o final de 2003 como farmacêutica clínica, desbravando o cenário árido de farmácia, numa época em que não se aventava a possibilidade de haver farmacêuticos na APS. Nesse contexto, é do ambiente da saúde que começo uma análise dos processos que enfrentei entre os problemas do mundo real e a falta de conhecimento científico para lidar com as dificuldades sociais que surgem nesse cenário.

#### **Um olhar para o paciente...**

Durante esse percurso, foram várias as dificuldades para realizar o trabalho, com questões ligadas à gestão e outras à credulidade do método. Mesmo quando essas dificuldades

já haviam, de certo modo, sido contornadas, outras apareciam. Nessa jornada, pude presenciar diversas situações em que as pessoas eram tratadas com respeito e dignidade, mas também me lembro de situações extremamente desagradáveis, quando eu me sentia envergonhada de presenciar e fazer parte do mesmo grupo de profissionais de saúde com condutas questionáveis. Racismo, homofobia, sexismo, desrespeito à dignidade de mulheres e atendimentos desumanos foram parte de realidades extremamente duras e, muitas vezes, eu não queria acreditar que aquilo era possível (Tirbutino, 2023). Mas sim, era possível, é possível e há muitos profissionais de saúde precisando aprender e se formar para um atendimento onde a saúde do paciente seja o foco de verdade. É preciso transformar essa realidade!

Eram frequentes os momentos nos quais eu buscava recursos intelectuais para lidar com aquelas dificuldades, mas o problema é que eu não sabia onde buscar. Não sabia que autores ler, muitas vezes, eu sequer conseguia entender facilmente quais eram os fatores que influenciavam aquelas situações. Eu me via despreparada para lidar com todo aquele sofrimento. Vi que faltavam habilidades que eu (mas não somente eu) deveria ter desenvolvido para atuar no campo de trabalho. Passaram por mim pacientes que eu perdi e que precisavam de ajuda muito maior do que eu podia oferecer, pacientes que eram injustiçados e tratados de forma desumana por outros profissionais de saúde. Eu queria intervir, eu intervia, mas até que ponto aquela intervenção fazia sentido? Será que eu estava entrando em territórios de outros profissionais? Eu estava sendo ética? Mas que ética é essa? Para quem a ética servia? Para proteger o profissional ou os direitos fundamentais do paciente? (Tirbutino, 2023; Oliveira, 2003).

Eu percebia que, às vezes, as pessoas não eram sequer enxergadas, sequer vislumbradas como um ser que tinha importância. Muita atenção era dada à produção e à produtividade, pouca atenção era dada às pessoas e as suas dificuldades. Isso me causava dor. Por vezes, senti-me sozinha, não tinha com quem conversar. Mas, com o tempo e a experiência com outros profissionais, eu percebi que não era somente eu que via e vivia esses dilemas. Eram conversas quase veladas, mas havia outras pessoas indignadas também. Percebi que não havia espaço formal para falar sobre esses dilemas. Poderia ofender algum profissional? Mas e os pacientes? Daí, percebi que havia silêncio demais. Era poder demais para alguns. Silêncio demais para outros. Um silêncio que sufoca, que dói e até mata (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling, Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Conheci uma pessoa que pediu ajuda a tempo para o serviço de saúde, fez tudo que estava ao seu alcance, mas a ajuda veio tarde demais, e acompanhar isso sem poder falar nada foi muito doloroso para mim enquanto farmacêutica e profissional do SUS.

Como profissional de saúde de uma periferia, vi como algumas mulheres eram tratadas e isso me deslocava. Eu as via e me via (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling, Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Eu ouvia o silêncio delas, um silêncio que se afogava em lágrimas. Ali, diante de mim, elas se mostravam feridas do corpo e da alma, elas me deixavam ter acesso a elas, cuidar delas. Feridas que eram antigas e que sempre voltavam a sangrar nos mais diversos ambientes, inclusive nos de saúde. E, naquela atmosfera sufocante, eu conseguia fazer pouco, me sentia limitada. Eu vi que fazer intervenções sobre a farmacoterapia ajudava, mas havia muito mais para fazer. Ali era a farmacêutica, mas havia mais. Sou uma mulher negra e, como tal, vivencio dores que meus pacientes também vivenciaram. A postura punitiva de alguns profissionais, a tentativa sufocante de te silenciar e mostrar para todos que ali não é o seu lugar, pois o cuidado vira quase um favor quando se trata de pessoas de cor (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023).

### **Na sala de aula...**

Enquanto isso, na sala de aula, eu ensinava sobre farmacologia, sobre a farmacoterapia, sobre os problemas relacionados a medicamentos (PRM), e era gostoso, eu adorava. Aquele universo representava o centro da minha profissão, o que mais eu poderia querer? Eu ensinava a teoria e era tranquilo, eu falava, eles entendiam. Eles perguntavam e eu respondia. Mas, na hora dos casos clínicos, ele aparecia. O silêncio que eu ouvia no serviço de saúde ecoava na sala de aula também, mas de um jeito diferente. Às vezes, ele aparecia atrás de uma cara espantada, olhos esbugalhados de quem se surpreendia. Às vezes, ele vinha na forma de risadas, cochichos de quem ficava e gestos encabulados. Às vezes, ele se revelava: “Ah, professora! Mas um homem dessa idade ainda tá preocupado com a vida sexual?”; “Mas a gente vai estudar caso de transexual?”. O silêncio estava lá desde o começo, o silêncio sobre as várias formas de preconceito. E a lógica da disciplina era feita para trabalhar questões clínicas, só que a clínica não está separada de quem as pessoas são. E essa parte, o currículo não contemplava. Não era fácil acessar essas questões e trabalhá-las de verdade, elas apareciam sempre em segundo plano e, por mais que eu as trouxesse, não sentia que adiantava. Risos, deboches, cochichos ... isso me incomodava, eu pensava: como cuidar de alguém carregando essas posturas?

Eu via a normalização da discriminação pela raça, pela classe, pelo gênero ou orientação sexual, bem ali, na minha cara. Não importava onde eu estivesse, na assistência ou na docência, o preconceito e o silêncio estavam ali emaranhados nas relações entre as pessoas.

Pude perceber a materialização do racismo estrutural, do patriarcado e da homofobia atuando conjuntamente, ceifando vidas pelo aparato estatal que deveria cuidar e proteger essas mesmas vidas. E eu vi que os currículos de vários cursos da saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2017) não ajudavam a transpor e trabalhar essas dificuldades com os estudantes.

### **Nas interações multiprofissionais...**

Pude presenciar como as relações de poder dentro das instituições de saúde podem ser antidemocráticas, centralizadoras, e como isso se reflete no processo de trabalho. As diferentes atuações da gestão, tanto daquela que tem noção do seu papel de cuidar da população adscrita quanto a outra, que lida com o clientelismo, com as trocas de favor ou nem se envolve com essas atitudes, é servil nas relações de poder, é permissiva com alguns e, na sua omissão, também prejudica a população. É importante ter em mente que as relações entre profissionais se iniciam muito antes. Na sala de aula, eu percebia alguns fazendo a parte mais dura do trabalho enquanto o “escolhido” do grupo só apresentava. As relações assimétricas de poder estavam ali, instaladas antes mesmo de o profissional sair da faculdade.

Como farmacêutica clínica, vivenciei o racismo quando propunha intervenções; vivenciei o sexismo em interações com outros profissionais, especialmente os homens. Foram várias e diversas as formas de tentar me silenciar ou silenciar outras colegas em posições similares (Creenshaw, 1989). Algumas dessas situações certamente eu nem percebi porque ainda não tinha apurado meu olhar para identificar essas questões. Mas, com certeza, são várias as que eu consegui identificar e das quais me recordo com bastante clareza. Trata-se de um ciclo que se repete, que é ensinado aos demais trabalhadores e estudantes ainda na graduação, ou até antes disso. Nesse sentido, se não houver uma força de resistência muito grande, esses processos estruturados em preconceitos são capazes de nos engolir, de impedir intervenções importantes, são capazes de manter o *status quo* de quem ocupa as posições de privilégios, negando oportunidades a quem precisa, adoecendo ou coisa pior (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023), ou melhor, na lógica da necropolítica: deixar morrer (Mbembe, 2018).

### **Na verdade, o lugar pouco importa... a questão é que não nos querem em espaços de poder**

Na posição de docente ou farmacêutica clínica, sempre havia alguém que questionava a legitimidade da minha presença em espaços de poder (Gonzáles, 1984; Costa-Júnior, 2023).

“Você trabalha com o quê aqui?”. Negam-me o acesso ao elevador dos professores. Todo mundo entra livremente, mas um corpo como o meu é visto com estranhamento naquele local. Em outras dependências da faculdade, o mesmo comportamento se repete, não uma, nem duas, nem três. Um espaço de hegemonia branca, um espaço onde questionam se você realmente merece estar ali. Um espaço que questionam o seu conhecimento, nada contra os questionamentos, mas o propósito aqui não é o conhecimento a ser obtido quando se questiona, mas o aniquilamento *a priori* do capital intelectual (Costa-Júnior, 2023) de um corpo lido como subalterno (Bernardino-Costa, Maldonato-Torres e Grosfoguel;2019)e supostamente inadequado para a ocupação de um espaço privilegiado como o de uma professora universitária.

Na academia, via poucos corpos negros na sala dos professores. Geralmente eu estava sozinha, uma vez ou outra, encontrava mais dois únicos colegas negros em todo o *campus*, num universo com mais de 300 docentes. Fora da sala dos professores, os corpos negros eram mais abundantes, estavam na portaria e na limpeza dos corredores. Incomoda quando uma negra está num lugar onde tem poder de fala (González, 1984). Construir uma identidade racial numa sociedade que nega o racismo o tempo inteiro é uma tarefa de muito peso. E conquistar essa meta não é fácil, é algo que não vem gratuitamente nem de forma indolor (Evaristo, 2020).

Curiosamente, nos ambientes onde atuei como farmacêutica, o comportamento era exatamente o mesmo, ainda que não existisse um elevador específico para trabalhadores da saúde como eu. Ao sair da farmácia, onde as pessoas já me conheciam, tudo se repetia: “Quem é você?”; “O que está fazendo aqui?”; “Você é acompanhante de qual paciente?”; “Desculpa, achei que você era da limpeza, meu amor!”; “Que cabelo lindo!”. Essa última frase era dita com a pessoa já pegando no meu cabelo, sem que eu nunca a tivesse visto antes. Quem nos dá o direito de acessar o corpo de uma pessoa sem consentimento? Somente as relações de poder, nesse caso que faz com que a hegemonia acredite que esse privilégio tem algum sentido!

Nessa caminhada que trilhei, uma questão sempre me instigava. Eu via pessoas como eu trabalhando em dois ou três locais para garantir o sustento da família. Eu via pacientes procurando ajuda, às vezes recebendo o que precisavam, outras vezes não. Eu percebia os silêncios, os preconceitos velados nos ambientes em que transitava. E a pergunta permanecia: Será que não há nada que possamos fazer para formar profissionais mais sensíveis e comprometidos com o sofrimento alheio?

**Na ciência...os desafios epistemológicos...**

No percurso científico, as coisas não foram muito diferentes. Passei em um curso de especialização em Saúde Pública e olhando para as pessoas que mais demandavam dos meus serviços enquanto farmacêutica clínica percebi que dos muitos pacientes que eu atendia tinha 13 pessoas que sempre estavam ali precisando de mim, demandando mais atenção e mais intervenções. Olhando para essas treze pessoas eu tentava ver o que as unia. Tentei a lógica que pairava no momento, e ainda é muito prevalente: o modelo biomédico. Mas sempre que tentava alguma doença dividia o grupo de forma significativa, diabetes? Hipertensão? Saúde mental? Qualquer perspectiva biomédica deixava muitas pessoas para trás. E um dia, pensando nesses pacientes quando quase caía no sono da cama de minha casa, olhando de longe aquele grupo eu percebi: das treze pessoas, doze eram mulheres e doze eram negros. O que unia aquelas pessoas num ponto comum estava muito claro! Porém dessa forma eu não tinha um medicamento que os unia. Eu não conseguia um laço com a famosa frase que nós farmacêuticos tanto escutamos: O farmacêutico é o profissional do medicamento! Acho que ela foi dita tantas vezes que não me sentia confortável com o fato de não ter um medicamento... Resolvi focar nos dados empíricos, pois a realidade se fazia bem clara 12/13 mulheres e 12/13 negros. Decidi estudar sobre a saúde da mulher negra no Brasil.

Nesse estudo investiguei aspectos não biomédicos da saúde da mulher negra no Brasil, filtrei mais de mil artigos para chegar num total de 115 e identifiquei muitas iniquidades. Temas diversos e alguns deles estavam ligados a medicamentos, mas nem sempre. Fiz a submissão numa boa revista que aceitou publicar com pouquíssimas sugestões. O título era : Desvelando os grilhões da ciência : a saúde da mulher negra no Brasil . Contudo naquela época eu era uma mestre, fazendo uma especialização e uma das exigências da revista é que tivesse algum doutor que fizesse parte do grupo de pesquisadores . E eu não tinha ninguém com doutorado naquele momento estudar questões raciais não era muito atrativo para os poucos doutores que eu conhecia pois como viria a saber mais tarde a decolonialidade tem em sua primeira tese o fato de gerar desconfortos, mobilizar contrariedades uma vez que mexe com certos privilégios (Bernardino-Costa, Maldonato-Torres e Grosfoguel;2019).Sem incentivo, defendi o título porém os achados científicos ficaram com a formação com louvor na biblioteca da Escola de Saúde Pública.

Dez anos se passaram e chegou o tempo do meu doutorado. E chegou também o tempo da autoetnografia que me permite falar cientificamente a partir da primeira pessoa. Mas chegou também a escrevivência que me permite lugar de fala decolonial na ciência. E por essa junção de confluências eu posso usar minha experiência para contar um pouco dessa trajetória. Escrevivência:

## Mulher negra no hospital

Estamos na BR, tenho que levar meus filhos pra casa de parentes. Meus filhos estão no banco de traz. De lá seguiremos para o hospital. Há 12 dias descobri o mioma, de lá pra cá muitas dores e acontecimentos que não desejo a ninguém, exames alterados que fazem o médico me alertar para uma possível transfusão sanguínea e agora tenho que fazer uma cirurgia às pressas. Meu coração está aflito e o medo e a insegurança me rondam. A finitude nunca esteve tão presente na minha vida (até aquele momento pelo menos). Deixamos os meninos, me despeço com um abraço muito apertado em cada um, meus olhos lacrimejam, estou com muito medo de não poder voltar a vê-los, mas não posso deixar que eles fiquem com essa preocupação. Volto para o carro e choro muito a caminho do hospital, tenho medo que esse foi nosso último abraço.

Enquanto dou entrada da minha internação no guichê, observo a recepção do hospital repleta de gestantes. Mães que acabaram de dar à luz aguardam liberação para saírem do hospital orgulhosas com seus recém nascidos acompanhadas dos pais ou de familiares.

Após a entrada, sigo em direção ao setor de internação. Na sala de internação a técnica de enfermagem me dá um folder e um kit com o vestuário que tenho que colocar para a cirurgia. Visto o camisolão do hospital, os propés e depois tento colocar a touca que ela me deu. Essa parte é a mais difícil, a touca é tão pequena que não cabe o volume do meu cabelo. De uma forma ou outra vou ter que dar um jeito e pego umas gominhas de cabelo que tenho na bolsa e faço um coque bem apertado, a touca ainda não serve. Aperto ainda mais o meu cabelo, para tentar caber naquela touca. Quantas são as vezes que tenho que me amarrar, me esconder, me mutilar para caber em determinados espaços. Colocar essa touca não é muito diferente.

Me deito na maca e as técnicas de enfermagem me levam para a sala de cirurgia. Fecho os meus olhos, estou me sentindo triste e com medo. Enquanto as lágrimas correm pelo meu rosto eu faço uma oração para que tudo dê certo e que Deus abençoe toda a equipe envolvida na minha cirurgia.

Na sala de cirurgia o ginecologista me apresenta o anestesista que vai estar na minha cirurgia. Ele me explica novamente a cirurgia. Logo depois sinto um rápido torpor e a última visão que tenho é de uma luz forte de cirurgia.

Cheiro de pena de queimada... ou será que é cabelo queimado... Escuto a conversa dos cirurgiões:

- Nossa! Tem muitas aderências! Melhor ela nunca mais fazer nenhuma cirurgia abdominal... olha isso aqui... olha! Isso é raro de se ver esse triangulo aqui oh...

- Olha é mesmo! Isso é raríssimo!

- Doutor o que é raríssimo? Interrompo a conversa dos dois ... O que vocês estão achando aí em mim? Por que esse cheiro de pena de galinha queimada?

- Nossa! Ela fala demais. Deve ser o efeito da anestesia. Diz o ginecologista.

- Doutor, já tirou? Conseguiu retirar? Ele não me responde. Apenas aponta para a bandeja ao lado. Olhando para o meu lado esquerdo vejo uma bandeja com o órgão. Ele diz o peso do órgão em voz alta. Respiro aliviada...estou viva.

Apago novamente.

Dor! Acordo de tanta dor, abro os olhos e olho para a luz clara no alto. Minha mão esquerda está com um acesso, o soro está ligado. Estou no hospital e agora é o pós-cirúrgico da minha histerectomia. A dor é excruciante e não consigo me mover, nem mesmo a cabeça, somente os olhos. Olho na direção dos pés e vejo duas enfermeiras passando, eu digo:

- Estou com muita dor. Preciso de um medicamento para dor. - Uma enfermeira diz a outra:

- Ah..., é aquela chorona! E seguem andando como se não tivesse ninguém ali.

- Eu olho para o lado. Há um homem jovem, loiro, ataduras no nariz. Pelo que parece ele está acompanhado sua mãe. Gostaria de ter alguém aqui comigo também, olhar para alguém amigo, alguém para segurar a mão e saber que estou sendo cuidada.

- Preciso de um medicamento para dor! Grito para ver se alguém vem em minha ajuda. Ninguém aparece. Olho para o acesso e vejo o soro pingar, gota a gota... gota a gota...estou completamente enfraquecida e sinto que ninguém está me ouvindo...choro...contidamente porque chorar faz doer ainda mais o meu ventre, que está cortado e costurado. De novo essa agonia de dor. Não aguento mais essa agonia de dor. O pré-operatório foi excruciante e tive que vir no hospital inúmeras vezes por causa da dor intensa causada por um quadro que o médico chamou de mioma parido. O útero se contraía violentamente como se eu estivesse num parto que nunca tem fim.

A mãe do rapaz olha pra mim. Vejo nos olhos dela um olhar de quem está se conectando comigo, um olhar que me dá alguma sensação de empatia. O filho também fica olhando para mim. Todos em silêncio.

- Quero o meu marido. Por favor, me deixem ver o meu marido! - Ninguém me responde nada.

Passado um tempo a mãe do rapaz me pergunta: Como eu posso te ajudar? Você quer ligar pra ele? Você precisa de uma pessoa aqui com você.

Eu peço pra ela pode ligar para o meu marido. Passo o número do telefone. E ela liga. Converso com ele e peço a ele pra ficar comigo.

- Ei! Olha eu estou bem, mas estou sentindo muita dor. Eles não me dão remédio para dor. Por favor vem cá e pede pra eles tratarem a minha dor!

Instantes depois ouço a voz dele tentando entrar na sala que estou.

- O senhor não pode entrar aqui! Acompanhante é só quando ela sair da observação! Ele não vem. Estou sozinha. Queria tanto alguém por mim. Meu marido, minha mãe. Uma farmacêutica clínica, que pudesse vir aqui. O médico que me operou.

- Cadê o médico? Diz pra ele que estou com muita dor. Eu preciso de um medicamento potente para dor! Me lembro das outras cirurgias que fiz, uma numa clínica particular, outra ali naquele hospital e a outra no SUS. Em nenhuma delas eu tive que ficar sentindo dor ali daquele jeito. Respiro fundo. Vou ter de brigar por mim mesma. Vou ter de ser farmacêutica clínica para eu mesma.

- Eu preciso de um medicamento para dor e exijo a presença do meu médico ou do médico plantonista! Isso é um absurdo! Vocês estão me tratando de uma forma desumana! Eu quero o meu médico! Grito repetidas vezes com todas as forças que ainda tenho.

Pouco depois um moço alto, branco, de cabelos lisos e pretos vem até a minha maca. Ele veste uma roupa verde, igual a que as técnicas estavam vestindo.

- Oi meu bem. Você já está medicada.

- O que vocês me deram?

- Está no seu prontuário.

- Por favor, olha pra mim. Me fala o que vocês me deram por gentileza.

Ele pega o prontuário.

- Você está medicada com dipirona e cetoprofeno.

- Estou medicada ou já me medicaram antes?

- Não, meu bem. Você está sendo medicada, o medicamento está pingando aí no seu braço. O medicamento está no soro.]

- Você tá me dizendo que o medicamento está diluído nesse soro aqui?

- Isso mesmo. Pode ficar tranquila que você já está tomando o medicamento que você precisa.

- Então, moço das duas uma: Ou você está mentindo ou vocês não sabem aplicar esses medicamentos, pois nenhum deles tem recomendação de diluição em soro de 500.

Ele para de falar, sua face fica estranhamente desconcertada, seu olhar para os lados parece querer se certificar que não há mais ninguém por perto. A boca se mexe como quem não sabe se fala, ou se cala. Ele me pergunta:

- Quem você é ?

- Meu nome é Bárbara Taciana Furtado. Eu sou uma mulher que acabou de ter o útero arrancado e estou com muita, muita dor. Isso deveria bastar para você me dar um medicamento com alta potência analgésica, porque eu sou sua paciente e estou te dizendo que estou com dor. Mas eu também sou farmacêutica, tenho mestrado em ciências farmacêuticas, dou aula naquela faculdade do outro lado dessa avenida aqui de baixo, eu trabalho em centros de saúde, clínicas e hospitais tal como esse. E sei que vocês deveriam me dar um tratamento digno.

- Não senhora, é porquê esse é o protocolo de dor (ele fala quase se engasgando). Tem que administrar esses medicamentos para ver se funciona primeiro. Foi o que o seu médico deixou pra você.

- Você jura que é preciso fazer escalada analgésica para uma paciente que vocês acabaram de retalhar? Quero o médico responsável. Se não for você, por favor o chame para mim.

Ele não diz mais nada. Mexe no soro e se vai.

Passados alguns minutos...

- Olá senhora! Como você está? A voz é de uma moça, cabelo curtinho, liso e loiro. Ela veste uma roupa diferente do rapaz, a dela é azul marinho.

- Me disseram que você está com muita dor - Ela continua. A voz dela é suave e sua postura me deixa com uma sensação bem mais confortável. Eu precisava me sentir assim. Estava muito difícil estar em posição de luta, quando o que eu só precisava era descansar e tentar me recuperar da maior cirurgia obstétrica que pode existir. Eu respondo:

- Sim.

- Estou realmente com muita dor. Eu tive que fazer uma histerectomia às pressas, eu cheguei aqui com muito medo pois eu não queria fazer a cirurgia, e tenho dois filhos pequenos e eu estava chorando quando eu cheguei. Agora estou chorando de dor, mas as pessoas não querem me ouvir. Preciso de um medicamento com alta potência analgésica, estou toda cortada.

A médica responde:

- Você está coberta de razão. Você precisa mesmo de um medicamento mais forte nesse pós-cirúrgico. Estou aqui para isso. Já eles vão te aplicar o medicamento e você vai começar a se sentir melhor. Mal posso acreditar no que eu estou ouvindo. Ela me acolheu e vai cuidar de mim. Estou me sentindo tão aliviada.

Aplicam três ml de uma ampola âmbar no meu acesso venoso. Aos poucos a dor física se dilui.

Farmacêutica clínica para eu mesma. Como se eu tivesse sendo acusada e ao mesmo tempo tendo que ser minha própria advogada ! Escrevi esse texto em 2020 logo que iniciei o doutorado. As vezes a gente olha um objeto tão de perto que nem consegue identificar o que realmente é. Na farmácia clínica somos treinados para identificar PRM. Identificar PRM, resolver PRM, prevenir PRM. Que PRM é esse? A farmacêutica talvez possa responder: Esse é o PRM 2; necessita de farmacoterapia adicional, ou seja adicionar um analgésico potente para a dor! Mas a mulher negra deitada na maca e com dor sabe que a resposta é diferente: o problema identificado é o racismo! O mesmo racismo que deixa mais de 50% das mulheres negras sofrerem nos hospitais sem anestesia ou analgesia suficientes (Oliveira, Moura, Sprung, 2023; Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Se não identificarmos o racismo e como ele ocorre não conseguiremos resolver os problemas relacionados a medicamentos não! O enfermeiro que questionou “quem é você” só fez essa pergunta porque seu modo de pensar racista, construído no imaginário coletivo também racista, não imaginava que aquela mulher negra deitada na maca fosse realmente alguém. Alguém que sabe. Muitas e muitas vezes nossos corpos negros são lidos como “filho de ninguém”, lidos assim sofrem acusações levianas nos locais onde trabalham, são alvo da polícia, são perseguidos nos supermercados, somos alvo da violência, mas nunca como alvo do cuidado. Aquela mulher negra, que ele viu deitada na maca jamais poderia ser vista como alguém capaz de identificar o seu racismo através da mentira e negligência que ele estava cometendo ao negar o tratamento medicamentoso que ela precisava e tinha direito. Só se pergunta quem é você, quando foi surpreendido pelo fato de que eu, Bárbara Taciana Furtado, mulher negra, não era uma mulher negra nos moldes onde a consciência dele limitou que uma mulher igual a mim deve ocupar. Um mulher estudada, professora, farmacêutica, na época duplamente pós graduada. O que o enfermeiro não sabia, é que corpos negros podem estar na posição de saber tanto ou até mais do que ele, e no caso, eu sabia. Sabia que ele ou estava mentindo ou estava agindo com negligência, imperícia e que na verdade todos esses termos não eram os melhores termos aplicados, pois de fato encobriram o racismo que é a base ideológica para operar tais atitudes e é cientificamente comprovado por inúmeros outros inúmeros estudos científicos que denunciam o racismo (Oliveira, Moura, Sprung, 2023; Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023) e só através dessa escrivência, metodologia

cunhada para “acordar a casa grande de seus sonos injustos” pode ser denunciado e descrito por quem também está dentro dos serviços de saúde, uma outsider interna.

A pesquisadora, que naquele momento tinha pouca leitura sociocrítica, mesmo tendo pesquisado sobre saúde da mulher negra no Brasil também concorda: Mas é isso? Vamos tratar de classificações aqui? É assim que pretendemos identificar, resolver e prevenir esse problema? O que de fato acontece aqui, nesse caso clínico retratado com o mais alto rigor da observação participante, analisado segundo as técnicas da fenomenologia e descrito nessa escrivência?

A pesquisadora qualitativa busca os significados, o que está além daquilo que é visível aos olhos. A pesquisadora qualitativa quer profundidade nas perguntas, porquê busca profundidade não nas respostas, mas nas compreensões. Pessoas negras são tratadas de forma desumana em inúmeras ocasiões, por vários setores da sociedade públicos e privados. De acordo com os mais recentes e robustos estudos sobre investigações sobre o racismo em mulheres pode-se afirmar que mulheres negras são lidas como mais resistentes a dor, no ambiente de saúde a maioria dos profissionais de nível superior que atendem as pessoas são brancos, existe uma crença nos profissionais de saúde de que mulheres negras são mais resistentes a dor, algo que nos remete as origens racistas da ginecologia, a sobreposição de misoginia e racismo faz com que mulheres negras sofram mais violência obstétrica e recebam menos 50% anestesia quando comparadas a mulheres brancas (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Kreling; Pimenta; Guaranhani, 2014; Leal *et al.*, 2017; Vale; Delfino, 2003; Santana *et al.*, 2023). Trata-se do maior PRM já identificado pela ciência e nós farmacêuticos clínicos, farmacêuticos hospitalares simplesmente não tocamos nesse assunto. Nem nos serviços de saúde, nem em sala de aula e nem na academia. Porque será, que um PRM já identificado por tantos outros profissionais e relatado em revisões sistemáticas ainda não veio à tona na pesquisa científica farmacêutica, nos congressos, nos simpósios? O que impediu que tantos profissionais dedicados na profissão farmacêutica não vissem esse PRM2 de proporções gigantescas,

epidemiologicamente relevantes, tal qual um elefante branco no meio da sala? Quando começaremos nossos esforços coletivos para tratar um problema que é nossa responsabilidade identificar, prevenir e resolver (Cipolle; Strand; Morley, 2012)? A conclusão que transita insistentemente na minha mente e também nos inúmeros estudos já mencionados não é outro senão o racismo presente na ciência, na sala de aula, na sociedade e nos serviços de saúde. E é imperativo enfrentar esse elefante branco tão confortavelmente sentado no meio da sala da farmácia há tantos e tantos anos.

## 5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrevivência é um operador metodológico potente para revelar debates na ciência que outras perspectivas metodológicas encontram dificuldades para evidenciar.

O racismo científico, o racismo na saúde e na educação contribuem para perpetuação de práticas desumanas contra mulheres negras. As escrevivências contribuem no sentido de trazer ao primeiro plano as maneiras como o racismo opera. Tal metodologia tem grande potencial de uso também na educação que se pretende decolonial e antirracista. É importante assegurar que essa metodologia esteja antes de qualquer outra questão alinhada ontoepistemologicamente com seu objetivo elementar, trazido por sua idealizadora Conceição Evaristo: acordar a casa grande de seus sons injustos. Há pouquíssimo tempo a escrevivência tornou-se relevante e legitimada na literatura. Pensando nesse atributo e no percurso científico extremamente hostil para trazer esses dados à tona é importante que pesquisadores fortaleçam a escrevivência também enquanto operador metodológico, citando seus resultados e assegurando que esse é um lugar de fala de pessoas que enfrentam o racismo também no âmbito da ciência. Associar conhecimento técnico científico ao conhecimento vivencial é uma inovação metodológica que a escrevivência, enquanto epistemologia do sul global contracolonial traz. A força desse conhecimento é tão potente quanto dos estudos epidemiológicos, mas, ao contrário desse último, oportuniza experiências que mesclam o conhecimento tradicional com o conhecimento das humanidades aliando compreensão da pesquisa qualitativa contracolonial com arte o que é muito relevante para o processo de sensibilização e também pode ser útil em processos educativos. Por fim, espera-se que esse artigo possa provocar uma reflexão atenta dos profissionais de saúde, especialmente farmacêuticos para mudar suas práticas e ficar atentos não as superfícies do fazer profissional, mas em como podemos melhorar a vida das pessoas, temos um PRM de proporções epidemiológicas para combater, outros profissionais já viram e ainda não conseguiram resolver. Acredito que com treinamento e sensibilização nós farmacêuticos podemos resolver esse PRM provocado pelo racismo e mostra a sociedade a que veio a farmácia clínica no Brasil!

### Referências

BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução Nº 06 de 17 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, out. 2017.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. 3rd ed. New York, NY: McGraw Hill Professional, 2012.

COSTA-JÚNIOR, J.. Genocídio da juventude negra: notas sob a concepção da sociologia da ação disposicional. **Sociedade e Estado**, v. 38, n. 2, p. e48175, 2023.

CRUZ, I. C. F. DA .. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 448–457, dez. 2004.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.** [S.l.], v. 72, p. 156-169, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt). <https://doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72s1p.156-169>. Acesso em: 22 set. 2024.

ELLIS, C.; BOCHNER AP. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.). *Handbook of qualitative research*. 2nd. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p.733-768.

EVARISTO, C. A. Escrivência e seus subtextos. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). *Em Escrivência: a escrita de nós – Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020. p. 26–48.

DOMINGUES, P. M. L. et al.. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 285–292, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>. Acesso em: 24 nov. 2024.

FURTADO, Bárbara Taciana. *O farmacêutico na Atenção Básica: a experiência da equipe de PSF frente à atenção farmacêutica*. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

FURTADO, B. T. et al.. Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensinoaprendizagem terapêutica e decolonial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210140, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210140>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FURTADO, B. T.; DETONI, K. B.; MENDONÇA, S. A. M.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Equidade em saúde como um parâmetro essencial para o compromisso com a igualdade racial e justiça social: o conceito de letramento sociocrítico. *In: 16º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA*; 2024, Anais... Santa Maria-RS. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/16congressointernacionaldaredeunida/trabalho/376494>. Acesso em: 12 out 2024

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO .. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/>. Acesso em: 22 set. 2024.

GONZAGA, Y. M.; DA COSTA JÚNIOR, J. Capital racial e a perspectiva colonial no século XXI. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 240–264, 2020. DOI: 10.9789/2525-3050.2020.v5i10.240-264. Disponível em: <https://seer.unirio.br/revistam/article/view/9870>. Acesso em: 22 jul. 2023.

KRELING, M. C. G. D.; PIMENTA, C. A. de M.; GARANHANI, M. L. Racial discrimination in pain management. *Rev dor*, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 230–5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140049>. Acesso em: 22 set. 2024.

LARA, S. G.; LIMA, M.G.R.; FURTADO, B.T. Educação Decolonial em Saúde: O impacto da utilização de métodos pedagógicos do tipo júri simulado e escrivência na abordagem do racismo e do cuidado. *In: VII CONGRESSO DE INOVAÇÃO E METODOLOGIAS EM ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO*. Anais... Ouro Preto, 2024.

LEAL, M. DO C. et al.. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00078816, 2017.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf). Acesso em: 12 out. 2024.

OLIVEIRA, J.; MOURA, J.; SPRUNG, L. Anesthetic disparity in the delivery of black women: asystematic review. **Brazilian Journal of Global Health**, [S. l.], v. 3, n. 11, p. 6-10, 2023. DOI: 10.56242/globalhealth;2023;3;11;6-10 . Disponível em: [10.56242/globalhealth](https://doi.org/10.56242/globalhealth). Acesso em: 12 out 2024.

SANTANA, A. T. DE . et al.. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e09952023, 2024. 9.09952023EN. Acesso em: 22 set. 2024.

SOUZA, K. N.; SILVA, A. V.; FERREIRA, R.; SANTO, T. B. E. “Pra nós que somos negras, tudo é mais difícil”. Cartografia de uma mulher negra em sofrimento psíquico. **Physis**, [S. l.], v. 33, p. e33070, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333070>. Acesso em: 22 set. 2024.

TIBURTINO, Glauber. O silenciamento do paciente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.  
VALE, N. B. DO .; DELFINO, J.. Anestesia na população negra. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n. 3, p. 401–418, maio 2003.