

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

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!!!



CAPÍTULO 1.....	9
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E DIREITOS SEXUAIS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	9
CAPÍTULO 2.....	19
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE DE GESTANTES E CRIANÇAS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	19
CAPÍTULO 3.....	28
CUIDADO INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIDADE: A FORÇA DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE COLETIVA.....	28
CAPÍTULO 4.....	39
SAÚDE MENTAL DA MULHER COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE COLETIVA	39
CAPÍTULO 5.....	48
AMOR, SEXO E ENVELHER: UMA EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS.....	48
CAPÍTULO 6.....	63
ENTRE O SOFRIMENTO MATERNO E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	63
CAPÍTULO 7.....	73
JOGO DE TABULEIRO COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	73
CAPÍTULO 8.....	84
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MALÁRIA NO ESTADO DO PARÁ- UMA ANÁLISE DOS ANOS 2023 E 2024	84
CAPÍTULO 9.....	94
TENDÊNCIAS DE CESÁRIAS NO ESTADO DO PARÁ DURANTE 2018 A 2023: ANÁLISE POR REGIÃO	94
CAPÍTULO 10.....	101
A REPRODUÇÃO ASSISTIDA COMO ALTERNATIVA PARA A MATERNIDADE APÓS DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	101
CAPÍTULO 11.....	113
ATENÇÃO HUMANIZADA À VINCULAÇÃO MÃE BEBÊ NO CONTEXTO DA AMAMENTAÇÃO: PERSPECTIVAS PARA PRÁTICA EM SAÚDE.....	113
CAPÍTULO 12.....	125
DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL: REVISÃO DE LITERATURA.....	125
CAPÍTULO 13.....	140
HORA OURO: OS BENEFÍCIOS DO PRIMEIRO CONTATO ENTRE MÃE E NEONATO.....	140
CAPÍTULO 14.....	160

SUPLEMENTAÇÃO UNIVERSAL DE CÁLCIO PARA GESTANTES NO BRASIL: EVIDÊNCIAS, DESAFIOS E IMPLICAÇÕES.....	160
CAPÍTULO 15.....	173
ATIVIDADES EXTENSIONISTAS SOBRE SEXUALIDADE, FUNÇÃO, PRÁTICAS E POSIÇÕES SEXUAIS NA GESTAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	173
CAPÍTULO 16.....	182
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININA	182
CAPÍTULO 17.....	197
ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DE LACERAÇÕES PERINEAIS EM PARTO VIA VAGINAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	197
CAPÍTULO 18.....	212
USO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS MATEERNAS NO ALÍVIO DA DOR DOS RECÉM-NASCIDOS: REVISÃO INTEGRATIVA	212
CAPÍTULO 19.....	227
USO TERAPÊUTICO DA CURCUMINA NA MELHORA DA ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO.....	227
CAPÍTULO 20.....	240
AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER.....	240
CAPÍTULO 21.....	250
FATORES DESENCADEANTES DO DESMAME PRECOCE NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA	250
CAPÍTULO 22.....	265
ENTRE ESPELHOS PARTIDOS E ALGORITMOS: A INFLUÊNCIA DOS DISCURSOS DA MACHOSFERA NA SUBJETIVIDADE ADOLESCENTE.....	265
CAPÍTULO 23.....	284
METODOLOGIAS DECOLONIAIS NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS RACIAIS E DE GÊNERO CONTRA MULHERES NEGRAS	284
CAPÍTULO 24	304
VIVÊNCIAS TERAPÊUTICAS: PRÁTICA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL GRUPAL NA UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU.....	304
CAPÍTULO 25	320
METODOLOGIAS DECOLONIAIS NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS RACIAIS E DE GÊNERO CONTRA MULHERES NEGRAS	320

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 25

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

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

 [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, 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, 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 *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, Maldonado-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 sonhos 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 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. <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. 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.