



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades
Sub-eixo: Relações Patriarcais de gênero e raça

“PORQUE SOMOS MULHERES, POBRES E NEGRAS”: UM BALANÇO SOBRE O PROJETO DE EXTENSÃO OFICINAS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: “MEU CORPO, MINHAS REGRAS” EM RECIFE – PE

TATIANE MICHELE MELO DE LIMA¹
LÉIA GENESES DE SOUZA²
PATRICK MATHEUS DE OLIVEIRA³
BEATRIZ SOARES BEZERRA⁴

Resumo: Esse artigo objetiva uma reflexão sobre os achados do projeto de extensão “Oficinas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos: ‘MEU CORPO, MINHAS REGRAS’”, no que se refere a interpretação das mulheres sobre os marcadores de gênero, raça e classe social e sua relação com a violência obstétrica.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos. Violência obstétrica. Interseccionalidade.

Abstract: This article aims to reflect on the findings of the extension project "Workshops on Sexual and Reproductive Rights: 'MY BODY, MY RULES'", regarding the interpretation of women on markers of gender, race and social class and their relation to obstetric violence.

Keywords: Sexual and reproductive rights. Obstetric violence. Intersectionality.

1. INTRODUÇÃO

“Porque somos mulheres, pobres e negras”, foi a expressão utilizada por uma mulher moradora do Córrego do Euclides, bairro da Cidade do Recife - PE, quando perguntada sobre o porquê da violência obstétrica, na ocasião de uma roda de diálogo desenvolvida como atividade do projeto de extensão “Oficinas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos: ‘MEU CORPO, MINHAS REGRAS’”. Essa fala revela a síntese do que está no cerne desse tipo de violência perpetrada contra mulheres, o nó ou novelo (SAFFIOTI, 2004), que imbrica os determinantes estruturais: patriarcado, racismo e capitalismo na particularidade brasileira.

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: <tatimelo83@yahoo.com.br>.

² Estudante de Graduação, Centro Universitário Estácio do Recife.

³ Estudante de Graduação, Centro Universitário Estácio do Recife.

⁴ Estudante de Graduação, Centro Universitário Estácio do Recife.

O presente projeto de extensão desenvolveu-se em 03 edições, sendo esta última no ano de 2017 em parceria com o Grupo de Mulheres Cidadania Feminina e da Ong Gestos - Soropositividade, comunicação e gênero. Com o intuito de possibilitar, no âmbito da comunidade acadêmica e de 03 áreas periféricas da cidade do Recife, a compreensão e o debate dos Direitos Sexuais e Reprodutivos com ênfase no enfrentamento à violência obstétrica, através da realização de oficinas e rodas de diálogos que ocorreram nos bairros de Roda de Fogo e no bairro da Várzea em 2016, e no bairro do Córrego do Euclides em 2017. Paralelo a essas atividades extramuros do espaço acadêmico, também foram realizadas duas oficinas envolvendo estudantes de diversos cursos do então Centro Universitário Estácio do Recife, o público foram os alunos do curso de Serviço Social, Psicologia, Direito, Enfermagem, aconteceram em 2016 e em 2017.

Intentamos com esse trabalho apresentar uma reflexão sobre os achados da realização desse projeto, para nós as rodas de diálogos com as comunitárias revelaram e corroboraram com as sínteses das pesquisas sobre a violência obstétrica no Brasil, reafirmaram a interseccionalidade entre gênero, raça e classe social em relação a esse tipo particular da violência contra a mulher.

3. OS MARCADORES DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O projeto de extensão “Oficinas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos: ‘MEU CORPO, MINHAS REGRAS’” justifica-se pela possibilidade de desmistificar a violência obstétrica. Uma vez que o conjunto de práticas relacionadas ao parto medicalizado, sem evidências científicas apontadas por Diniz (2005), Hotmsky (2007), Aguiar (2010) foram naturalizadas em nossa sociedade. Além dessas práticas sem evidências científicas, há também um conjunto de procedimentos que expressam violência contra as mulheres tanto em situação gestacional quanto em situação de abortamento, denunciado pelos movimentos de mulheres, feministas e de luta pelo parto humanizado como sendo Violência Obstétrica.

Compreendemos que a violência obstétrica atinge as mulheres de forma diferenciada, os marcadores de gênero, raça, classe social somam-se a marcadores geracionais, a quantidade de filhos, e ao estado civil das mulheres como justificadores

das violências perpetradas contra elas. Um outro elemento é quanto ao *locus*, ou seja, em relação as maternidades públicas e privadas. Nos serviços privados há uma cultura da cesariana eletiva, sem indicação clínica, que põe mulheres e recém-nascidos em risco. Nos serviços públicos, por outro lado, há a primazia pelo parto normal, que deveria ser o mais seguro para as mulheres pela possibilidade de respeito aos tempos do nascer, mas que se têm evidenciado como um parto violento pela utilização de práticas desnecessárias e abusivas sobre os corpos das mulheres. Soma-se a esse quadro, nos serviços de saúde pública, a superlotação das maternidades devido ao fechamento de outras maternidades, a escassez de profissionais, de materiais e de leitos compõem um cenário de caos na assistência ao parto.

Na particularidade do Estado de Pernambuco, segundo Andrade et al (2016), ao analisar os fatores associados a violência contra as mulheres grávidas em uma maternidade de alta complexidade em Recife – Pernambuco, as mulheres que, em sua maioria, eram de baixa escolaridade e pobres, apresentaram maior utilização de procedimentos dolorosos e menos frequente o uso de analgesia, enquanto que as mulheres com o grau de instrução mais elevados e com acesso à informação, questionavam mais e desencorajavam os procedimentos contra indicados. Evidenciando assim, essa diferenciação em relação aos marcadores sociais das mulheres e a incidência da violência.

Não se trata de mensurar quem sofre mais ou menos violências, mas compreender quais os determinantes que a estruturam, dando visibilidade a diversidade das mulheres e suas demandas. Universalizar a violência obstétrica apenas como uma questão de violência contra a mulher e não como uma questão de racismo institucional e de classe social é ceder a uma racionalidade abstrata.

Assim, para esse projeto de extensão definimos, no ano de 2016 duas comunidades periféricas do entorno do Centro Universitário Estácio do Recife, a comunidade de Roda de Fogo e da Várzea. No ano de 2017, firmamos parceria com a Ong Gestos - Soropositividade e com o Grupo de Mulheres Cidadania Feminina, assim a roda de diálogo foi realizada na comunidade do Córrego do Euclides, que apesar de não se localizar no entorno do Centro Universitário, é atendida por essas instituições parceiras. Diferentemente das comunitárias que participaram em 2016, as moradoras do Córrego do Euclides participam do movimento de mulheres articuladas pelo Grupo de Mulheres Cidadania Feminina. As gestantes do Córrego do Euclides são atendidas em uma maternidade do entorno a Barros Lima, que em 2017 foi alvo de denúncias na imprensa local (Folha PE, 2017), por conta da precariedade dos serviços.

A metodologia utilizada nas rodas de diálogos teve início por uma breve exposição sobre o objetivo da atividade e seguiu-se com questões provocativas como “Vocês já ouviram falar em violência obstétrica?”, “Para vocês o que seria violência obstétrica?”, “Como foram as experiências de parto de vocês?”, “Como vocês se sentiram em todo o momento do parto, desde a chegada na maternidade até a saída?”, “Vocês consideram que foram maltratadas em algum momento?”, “Vocês diriam que esses maltratos são uma forma de violência?”, “Porque vocês acham que esse tipo de violência acontece?”. Ao final, entregávamos as cartilhas confeccionadas pelo projeto institucional do Humanização do Parto do Ministério Público de Pernambuco, divulgávamos a Lei do Acompanhante - LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005, e demais informações sobre o parto humanizado e os direitos sexuais e reprodutivos, bem como os serviços públicos de assistência à saúde das mulheres.

Oferecemos uma análise a partir da experiência mais recente, no Bairro do Córrego do Euclides, em 2017. Quando questionadas sobre as experiências de parto, as mulheres que se manifestaram relataram diversas manifestações de violência, a exemplo de peregrinação, xingamentos, omissão de atendimento, proibição de comer e beber água. Já os relatos de manobra de Kristeller (quando o profissional sobe na barriga da mulher e empurra para o bebê nascer) e episiotomia (o corte que é feito na região do períneo) – procedimentos proibidos pela OMS – aparecem, mas as mulheres descrevem esses procedimentos como sendo uma ajuda do profissional.

Apesar das mulheres não afirmarem de imediato que sofreram violência, relataram sentimentos de tristeza, raiva e revolta, algumas afirmavam que se pudessem não teriam um parto “normal”. Após apresentarmos o que seria o conceito de violência obstétrica, as mulheres reconheceram que o que vivenciaram em suas experiências de parto eram manifestações de violência. Por fim, quando questionadas sobre o porquê da violência obstétrica, no geral afirmavam ser por maldade do profissional, porém a resposta de uma delas redirecionou o debate: “porque somos mulheres, pobres e negras”. A partir daí as lideranças do Grupo Cidadania Feminina também se manifestaram colaborando com a desmistificação da violência e a relação com esses marcadores sociais.

Os discursos das mulheres apontam para a naturalização da violência, isso se dá pelo processo de medicalização que é um processo de naturalização dos procedimentos invasivos e violentos. A violência também aparece mistificada como ajuda, a exemplo do uso das práticas que hoje são proibidas pela OMS, como a manobra de Kristeller, como apontado pelas mulheres.

O discurso que justifica essas práticas como ajuda tem base, no que Diniz (1996), vai chamar de uso irracional da tecnologia. A autora ainda argumenta que há uma leitura do parto como algo essencialmente violento, que implica danos e riscos para as mulheres. Em meados das décadas de 1920 e 1950, por exemplo, foi instituindo um modelo de sedação, logo inutilizado após o alto número de mortalidade materna. O modelo que se seguiu e vigora em maternidades públicas brasileiras até hoje, é um padrão em que as mulheres devem viver o parto conscientes, mas imobilizadas, com o funcionamento do útero acelerado e assistidas por pessoas desconhecidas.

E como descreve a Diniz (1996), ao analisar as contradições técnicas das práticas de “desumanização”, aponta uma mudança de caráter do que seria humanitário, um parto seguro a partir do manejo institucionalizado, mas que, na verdade, tornou-se “um conjunto de procedimentos preventivos médicos cirúrgicos que se justificavam para prevenir acidentes que o próprio modelo provocava e confirmava” (DINIZ, 1996, p.175).

A maioria dos relatos de violência foram em torno do parto vaginal, pelo perfil das mulheres (periféricas), esse tipo de parto é mais frequente em maternidades públicas. O Dossiê “Violência Obstétrica: ‘Parirás com dor’” (2012) da Rede Parto do Princípio aponta uma série de abusos:

i. Atendimento desumanizador e degradante, como a busca e peregrinação por vaga, e é apontada como uma das principais causas de morte materna, a instituição deveria encaminhar a gestante para um serviço que tenha vaga disponível, garantindo o atendimento e transporte adequado o que acontece com mais frequência é o não cumprimento desta norma, que está prevista na Portaria GM/MS n.2048, de 05 de novembro de 2002;

ii. Omissão de informações, a não utilização do partograma que permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, diagnosticar alterações que possam indicar a tomada de condutas apropriadas, descaso, abandono, desprezo e humilhação como fora de punição da sexualidade feminina;

iii. Ameaça e coação contra as mulheres que gritam de dor ou reclamam do serviço, preconceito e discriminação quanto a classe, raça, geração (em relação a adolescentes e às mulheres mais velhas), quanto a imigrantes e mulheres que fazem uso de drogas, ou em situação de rua. Assédio, sadismo, culpabilização e chantagem quando há mortalidade infantil por consequência do parto violento, desconsiderações dos padrões culturais como no caso das mulheres indígenas;

iv. Descumprimento a Lei do acompanhante;

v. Procedimentos invasivos e sem evidências científicas como a episiotomia ou “pique”, uma cirurgia realizada na vulva cortando a entrada da vagina com a justificativa de ajudar na saída do bebê, é um procedimento sem evidência científica e que vem acompanhada do “ponto do marido”, o ponto que é feito para deixar a vagina mais apertada para o prazer masculino, o que pode causar dor durante a relação sexual e infecção;

vi. Intervenções com a finalidade didática, ou seja, apenas para o processo de aprendizagem dos médicos;

vii. Intervenções de verificação e aceleração do parto, excessivos e invasivos exame de toque, rompimento artificial da bolsa, uso de ocitocina um hormônio para acelerar o trabalho de parto, a manobra de Kristeller e a imposição da litotomia .

É certo que a mercantilização dos serviços precariza os profissionais da saúde e este é um elemento que deve ser aprofundado em relação ao desenvolvimento da violência obstétrica, mas este processo não deve ocultar os determinantes de raça, gênero e classe social que estruturam esse tipo de violência.

Consideramos que o desmonte do SUS afeta a população mais pauperizada da sociedade, esse seguimento tem um recorte de raça, homens e mulheres negras são o contingente mais pobre, são os que acessam ao serviço público e que estão expostos à violência institucional. Além disso, julgamos que as desigualdades entre as classes sociais, o racismo e o sexismo são fundantes das violações de direitos da mulher.

Essas relações de inferiorização e desumanização das mulheres pobres e negras resistem ao tempo. Mulheres brancas lutam pela sua condição de sujeitas, enquanto que mulheres negras lutam pela sobrevivência — sua e de seus filhos. Ao passo que é imposto às mulheres brancas a maternidade compulsória, para as mulheres negras há o apelo à esterilização, como nos aponta Sueli Carneiro (2011) sobre a fala do governador do Rio de Janeiro à época, Sérgio Cabral: “o governador defende a legalização do aborto como forma de prevenção e contenção da violência, por considerar que a fertilidade das mulheres das favelas cariocas as torna ‘fábricas de produzir marginais’” (CARNEIRO, 2011, p.131).

Dessa forma, certifica-se que os direitos sexuais e reprodutivos estão em disputa e podem ser manipulados à revelia das necessidades e escolhas das mulheres. Os direitos sexuais e reprodutivos, ao afirmarem o direito à sexualidade feminina e às suas

escolhas, esbarram nas bases patriarcais, raciais e capitalistas que estruturam a sociedade brasileira e ainda persistem em todos os âmbitos da vida dessas mulheres na violação da sua humanidade, da sua capacidade de agir enquanto sujeita ética, alienando-as de seus próprios corpos, desejos e vontades.

Saffioti (2004) argumenta que a violência é todo agenciamento capaz de violar os direitos humanos. Esse conjunto de violação de direitos é parte de uma conduta mais abrangente no campo da saúde, propiciada pelo desmonte da saúde pública e por uma ótica da medicalização da saúde e a exacerbada transformação do sujeito em objeto de intervenção (AGUIAR, 2011). Isto é, com a particularidade da violência de gênero e suas imbricações com a classe social e a raça/etnia, estruturantes das relações sociais na sociedade brasileira.

A violência de gênero, especificamente a violência institucional, contra as mulheres se expressa por ações de desumanização do ser feminino, reverberando no risco a sua própria vida e a sua integridade, levando à mortalidade materna muitas vezes.

Diniz et al (2005, p. 354-355) afirmam que na violência estrutural deve-se considerar duas particularidades: 1) violência por omissão, e; 2) violência por comissão. A primeira violência provém da negação parcial ou total de ações médico-sanitárias, e até a inexistência do serviço de saúde. Na segunda, a violência procede do emprego da técnica com procedimentos indesejáveis ou desnecessários que repercutem na saúde da população usuária.

Essas duas modalidades são verificáveis na violência obstétrica, como exemplo da violência por omissão, a negação de analgesia para as mulheres que são tachadas de não colaboradoras, como expressão da violência por comissão, podemos citar a existência das cesárias eletivas. Também se responsabiliza ao Estado por implementar o projeto de mercantilização dos serviços que atendem à necessidade da população, através da análise do ponto de vista dos gastos sociais e de um Estado mínimo para as classes subalternas, promovendo o sucateamento dos serviços, políticas focalistas e restritivas que obstruem o acesso aos serviços de qualidade, agindo, assim, como sujeito da violência institucional.

Tesser (2006, p.62) alega que a mercantilização da saúde, em linhas gerais, “pode ser visto com expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”. Um processo que tem como consequência a homogeneização

pautada na heteronomia dos saberes e práticas em saúde e doença, o que desdobra em alienação e dependência excessiva. Assim, o parto deixa de ser um evento fisiológico para ser visto do ponto de vista da medicalização como um evento patológico. O manejo da dor vem como justificativa para intervenções como a cesariana. A heteronomia em relação às maternidades, aos procedimentos médicos na hora do parir, demonstra como esse projeto se sobrepôs às práticas antigas das parteiras.

No Brasil, as parteiras trocaram o seu conhecimento com os médicos, segundo Brenes (1991), com inauguração da clínica e o discurso anatomopatológico, bem como com o surgimento da figura masculina na prática da obstetrícia.

Rohden (2002, p. 105) chama atenção para o fato de que “a vida masculina não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução como acontece com as mulheres”. A mulher é identificada com a função sexual/reprodutiva. A autora aponta como exemplo os debates quanto à esterilidade que na maioria dos casos se pressupõe que as causas são femininas. Para ela, a assepsia, antisepsia e a anestesia foram as condições técnicas básicas para que a especialidade médica sobre as mulheres se produzisse.

Essas condições técnicas estavam balizadas no argumento em torno da especificidade feminina, trazendo as mulheres para as maternidades e clínicas de ginecologia. As doenças das mulheres eram vistas como difíceis e acompanhadas de sofrimento e de sensibilidade nervosa, atrelada a outro argumento direcionado as mulheres pobres, em que os tratamentos domiciliares não eram satisfatórios quanto aos resultados, colocando a necessidade de uma disciplina moral e corporal para essas mulheres. A questão da moralidade entra como um risco para a instituição desta especialidade, se agravava quando colocava a honra da família e a autoridade de pais e maridos em xeque diante do contato com ginecologistas e obstetras. A igreja também polemizou quanto à anestesia, pois defendia a dor como dever cristão, principalmente em relação ao parto.

Rohden (2002) afirma que esse processo demonstra uma contradição importante, pois os profissionais estavam sujeitos ao questionamento moral ao intervirem no terreno da reprodução e da sexualidade feminina ao mesmo tempo que definiu-se como “A especialidade guardiã da honra feminina” (ROHDEN, 2002, p.115). Na perspectiva de garantir a reprodução e a ordem social.

As relações de poder fundadas no patriarcado, conforme afirma Saffioti (2004), estão baseadas na ideologia e na violência. A ideologia de gênero funciona

naturalizando as assimetrias, mas não são suficientes para a manutenção do status quo. De tal modo, Saffioti identifica a construção de uma pedagogia da violência que cristaliza a obediência da mulher ao marido e das crianças aos pais. Essa última é a base da concepção da síndrome do pequeno poder, o elo mais fraco é alvo dos maus tratos.

No caso da violência de gênero, que pode ser perpetrada por um homem contra outro, uma mulher contra outra, mas é a violência contra a mulher que é mais amplamente difundida no caldo cultural da falocracia (SAFFIOTI, 2004). Quando se trata da especificidade das mulheres negras, Carneiro (2003) afirma que há uma subvalorização da mulher negra naturalizada e instituída, ou seja, a violência faz parte do cotidiano do ser mulher negra. Além disso, a autora ainda argumenta que a raça rebaixa o status de gênero.

Munanga (2003), problematizando o conceito de raça, chama atenção para a sua dimensão temporal e espacial. Inicialmente, este é um conceito que deriva de uma base das ciências naturais, utilizado para explicar os “outros” (como grifa o autor), ou seja, aqueles que não fossem os europeus, tratava-se do fim do século XVII, do monopólio da razão.

Esse conceito foi utilizado não apenas para classificar a diversidade humana, mas também para hierarquizá-la, estabelecendo uma escala de valores entre as raças, possível a partir da relação que estabeleceram entre o biológico e as qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais. Essa classificação desembocou numa teoria pseudocientífica: a raciologia.

Munanga (2003) argumenta ainda que esse discurso serviu para legitimar os sistemas de dominação racial, que ao sair dos círculos intelectuais se difundiu para as populações ocidentais dominantes, assim como foram recuperadas pelos nazistas. Dessa forma, o autor afirma que esse conceito nada tem de biológico, é, antes um conceito carregado de ideologia.

O racismo é também uma das expressões de violência nas relações sociais. Quando a violência baseada nas relações raciais desiguais é verificada nas instituições, classifica-se como racismo institucional, assim, uma vez que as mulheres negras são alvo prioritário da violência institucional no parto, o racismo institucional é uma das características desta violação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Há também uma dificuldade em reconhecer o racismo como estruturante da violência institucional, uma vez que como nos demonstra Guimarães (1995, p.42):

“Assim é o racismo brasileiro. Sem cara, travestido em roupas ilustradas, universalista, tratando-se a si mesmo como antirracismo e negando como antinacional a presença integral do afro-brasileiro ou do índio-brasileiro”.

Ao desconsiderar, na assistência ao parto, as especificidades das mulheres negras, quilombolas e indígenas, pratica-se racismo institucional, um exemplo é a imposição da litotomia, mulheres indígenas sofrem violência ao tentarem parir de cócoras. Outro exemplo da resistência a discutir o racismo e reconhecê-lo é o posicionamento de repúdio do Conselho Federal de Medicina – CFM diante da campanha SUS sem Racismo, alegam que a campanha é racista e que desconsidera os problemas estruturais que afetam os atendimentos.

Esses componentes de gênero, raça e classe que aparecem no discurso das mulheres, dos movimentos sociais, têm base na realidade, são interpretados e combatidos de diversas formas, através de políticas públicas, da ampliação dos direitos humanos, da afirmação de identidades e da organização e mobilização dos movimentos sociais. O ambiente acadêmico com o desenvolvimento do tripé ensino, pesquisa e extensão pode colaborar com esse enfrentamento, na medida que contribui com a desmistificação dos fenômenos e quando ultrapassa os muros do ambiente acadêmico, ampliando o diálogo com a comunidade, de acordo com a sua função social.

A humanização do parto, como aponta Diniz (2015), é estratégica pois além de ser a reafirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, surge como um conjunto de propostas de enfrentamento à violência obstétrica e também como um termo que permite dialogar com os profissionais sobre a inadequação das atuais práticas na atenção obstétrica.

Como enfrentamento à violência obstétrica, a proposta do movimento pelo parto humanizado se baseia na crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento, que representa a medicalização sobre os corpos das mulheres. O que demonstra que o direcionamento da atenção ao parto está em disputa, há projetos que disputam, seja na direção dos direitos humanos das mulheres, seja numa ótica tecnicista.

Assim, como os movimentos feministas e de mulheres também disputam o direcionamento das políticas públicas na garantia dos direitos das mulheres, numa perspectiva antirracista, disputam teoricamente e politicamente.

3. CONCLUSÃO

Os estudos sobre violência obstétrica, assim como a fala das mulheres apresentam-nos um cenário de desumanização e objetificação das mulheres, assim como a naturalização e mistificação que tornam esse tipo de violência invisível. Contudo, mesmo diante desse quadro as mulheres sabem que sofrem violência, podem até não nomear como violência obstétrica, já que este é um termo cunhado dos movimentos de mulheres, feministas e de profissionais da assistência ao parto. Dessa forma, nossa proposta de projeto de extensão não teve como intuito ensinar as mulheres, e sim, o de trocar saberes, interpretações, para avançarmos no enfrentamento da violência obstétrica, e suas formas estruturais de racismo, sexismo e de classe social.

“Eu sou um corpo, um ser, um corpo só.

Tem cor, tem corte.

E a história do meu lugar.”

Luedji Luna

Mulher negra, cantora e compositora baiana.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. et al. Fatores associados a violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife – Pernambuco. **Rer. Bras. Saúde Materna e infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2016.

AGUIAR, J.M; D’OLIVEIRA, A.F.L. Violência Institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v.15. n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (Doutorado em Medicina)- Faculdade de Medicina da Faculdade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun., 1991.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. Consciência e Debate. Selo Negro, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM repudia campanha do governo sobre preconceito no SUS**. 2014.

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=252

21:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3> acesso em 11 jul. 2017.

COSTA, T. ET AL. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.363-80, jul./dez. 2006.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Comitê apontou principais problemas em maternidades do estado**. Recife, 2014. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2014/05/27/interna_vidaurbana,506510/comite-apontou-principais-problemas-em-maternidades-publicas-do-estado.shtml>. Acesso em: 29 out 2014.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: Elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005.

DINIZ, C.S.G. ET AL. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e proposta para sua prevenção. **Journal of human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

FOLHA PE.COM.BR. **Precariedade na Barros Lima reflete o caos nas maternidades de Pernambuco**. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/saude/2017/05/27/NWS_29123,70,613,NOTICIAS_2190-PRECARIEDADE-BARROS-LIMA-REFLETE-CAOS-NAS-MATERNIDADES-PERNAMBUCO.aspx>. Acesso em: 9 jul. 2018.

GUIMARÃES, A. S. A. Racismo e antirracismo no Brasil. **Novos Estudos**, n. 43, nov.1995.

HOTMSKY, S. N; AGUIAR, J. M; VENTURI, G. Violência Institucional no parto em maternidades brasileiras. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013;

HOTMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. São Paulo, Faculdade de Medicina de São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 639-649, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300020&lng=en&nrm=iso>. access on: 13 July 2017.

_____. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil. In: VISÕES do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 139-170.

História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO, 3., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoos-de-raca-racismo-dentidade-e-etnia.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2018.

PINHEIRO, H. D. M. **Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE.** 2014. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n.17, p. 101-125, jun. 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004. (Coleção Brasil Urgente).

TESSER, C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno da saúde. **Interface – comunic, saúde, educ**, v.9, n.18, p. 61-76, jan./jun. 2016.