

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

**KELLY DIOGO DE LIMA**

**RAÇA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

**RECIFE**

**2016**

KELLY DIOGO DE LIMA

RAÇA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Monografia apresentada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ms. Camila Pimentel

Coorientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

RECIFE

2016

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732r Lima, Kelly Diogo de  
Raça e violência obstétrica no Brasil/ Kelly Diogo de Lima. —  
Recife: [s. n.], 2016.  
25 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) –  
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Camila Pimentel, Coorientador: Rafael da Silveira  
Moreira.

1. Violência contra a Mulher. 2. Parto. 3. Racismo. 4. Sistema  
Único de Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Moreira,  
Rafael da Silveira. III. Título.

---

CDU 343.6-055.2

KELLY DIOGO DE LIMA

RAÇA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 14/ 07/ 2016.

BANCA EXAMINADORA

---

Ms. Camila Pimentel

CPqAM/ Fiocruz

---

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

CPqAM/ Fiocruz

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a todas às mulheres negras que fizeram história, que assim como Sojourner Truth, Angela Davis e Lélia Gonzalez jamais se calaram diante da opressão racista, das injustiças de classe e da dominação sexista de suas épocas.

À professora e socióloga Camila Pimentel, agradeço pela parceria, dedicação e carinho durante esse tempo, que com muito prazer, fui sua primeira orientanda. E também ao professor Rafael da Silveira, por sua orientação.

Agradeço a todos os funcionários, coordenadores e docentes da Fiocruz, em especial a Islândia Carvalho e Domício de Sá, grandes lutadores do SUS.

Á todos os amigos e amigas que contribuíram para a minha formação durante os estágios como residente.

À equipe de Saúde da População Negra do Estado (SES): Dra Miranete, Gerusa, Edna e a Luiz Valério, homem negro filho de Oyá, obrigada por me acolher e por seus preciosos conselhos.

Sou grata pelos encontros que a vida promoveu, e em um desses encontros tive a alegria de conhecer e compartilhar bons momentos os camaradas Vanessa, Camille, Daianny, Camila e Paulo.

À minha família, em especial a minha mãe Marta e a meu pai Ednaldo, por todo o apoio e amor.

E por fim, agradeço ao meu companheiro Jarbas por quem tenho grande amor e admiração, grata por me proporcionar momentos de alegria e por estar ao meu lado nos momentos de angústia, seguimos com amor e luta!

*“...Olhem para mim! Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles serem vendidos como escravos, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus Cristo me ouviu! E não sou uma mulher?”. Sojourner Truth, 1851.*

**RAÇA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

**RACE AND OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL**

Kelly Diogo de Lima <sup>1</sup>

Rafael da Silveira Moreira <sup>1</sup>

Camila Pimentel <sup>1</sup>

<sup>(1)</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz

Camila Pimentel: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,  
Av. Moraes Rego, s/n, Recife - Pernambuco - Brasil, 50670-420.

Telefone: 2123-7800

Artigo a ser encaminhado para a Revista Physis.

LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e Violência Obstétrica no Brasil**. 2016. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

**Resumo:** Objetivou-se comparar as características sociodemográficas de mulheres segundo cor/, com foco nas mulheres negras e analisar os tipos mais comuns de agressões a elas infringidas na assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com dados provenientes da pesquisa Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Por meio de inquérito telefônico, foram realizadas entrevistas com puérperas que receberam atendimento no ano de 2013. No estudo, foi observado os piores indicadores sociodemográficos nos grupos de pardas, negras e indígenas se comparadas as mulheres de cor/raça branca. As violências mais comuns foram a episiotomia, a manobra de Kristeller e o impedimento de um acompanhante no momento do parto. No estudo, houve um excesso de mulheres de cor parda que referiram ter sofrido toques vaginais repetitivos. Conclui-se que, muitas das intervenções usadas na rotina de um parto são desnecessárias ou mesmo prejudiciais à mulher, sendo assim, violentas. Desta forma, é necessário que haja uma maior discussão sobre um modelo de assistência ao parto que se pautem em um maior protagonismo da mulher, nos seus desejos e nas suas histórias de vida.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica, Violência contra a Mulher, Racismo.

**Abstract:** The objective of this study was to compare the socio-demographic characteristics of women according to color /, with a focus on black women and to analyze the most common types of aggressions that they suffered in childbirth care by the Unified Health System. This is a population- With data from the Rede Cegonha survey of the Ministry of Health. Through a telephone survey, interviews were carried out with puerperal women who received care in the year 2013. In the study, the worst socio-demographic indicators were observed in the groups of blacks, Women of color / white race. The most common violence was episiotomy, Kristeller's maneuver, and the impediment of an escort at the time of delivery. In the study, there were an excess of brown women who reported having undergone repetitive vaginal touches. It is concluded that many of the interventions used in the routine of a childbirth are unnecessary or even harmful to the woman, thus being violent. In this way, there is a need for more discussion about a model of childbirth care based on the greater role of women, their desires and life histories.

**Keywords:** Obstetric Violence, Violence Against Women, Racism.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados à mulher na gestação e no momento do parto sofreram intensas modificações no decorrer da história. Até meados do século XX, a grande maioria dos partos no Brasil ocorriam no ambiente domiciliar e era objeto de atenção das parteiras, ou comadres, na época. Estas, não apenas detinham o conhecimento empírico a respeito da gravidez e do parto, mas sobre variados temas relacionados ao cuidado com o corpo, doenças venéreas e auxiliavam na prática do aborto. O hospital, ainda nessa época, se constituía como um local inseguro não apenas para a mulher, como também para o recém-nascido (BRENES, 1991; LEISTER; RIESCO, 2013).

Atualmente os partos acontecem predominantemente no âmbito hospitalar, fato que foi se constituindo com a crescente introdução da medicina na sociedade ocidental, e esta intrinsecamente vinculada ao modo de produção capitalista. Verifica-se nesses espaços, uma série de práticas desenhadas afim de antecipar, mudar a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o aspecto fisiológico do parto. Dentre os procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, causando dor, sofrimento ou algum dano físico, os mais comuns são: a episiotomia (corte na -períneo), compressões abdominais com as mãos (manobra de Kristeller), uso rotineiro de ocitocina para a aceleração do parto por conveniência médica e constantes e agressivos toques vaginais. No entanto, apesar da ênfase crescente da medicina baseada em evidências de que muitos desses procedimentos usados não têm eficácia comprovada, ou são considerados ineficazes (OMS, 1996; BRASIL, 2012). Muitas dessas práticas continuam a ser comuns até mesmo, indicadores de uma boa assistência.

Muitas destas intervenções se caracterizam como violência obstétrica, que consiste na “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade”. Tal conceito foi publicado em uma cartilha lançada em 2014 pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo baseando-se nas leis da Venezuela e da Argentina, nos quais, a violência obstétrica é tipificada como um crime cometido contra as mulheres (SÃO PAULO, 2014).

Estima-se que no Brasil, 1 em cada 4 mulheres sofrem algum tipo de violência no parto (FPA/SESC, 2010). Além das agressões de caráter físico, a violência obstétrica pode ocorrer em forma de chacotas, tratamentos rudes, humilhações e preconceitos contra as



parturientes. Da mesma forma, ações que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos nos serviços de saúde, a exemplo do impedimento de um acompanhante se sua livre escolha durante todo o momento que a parturiente se encontra na maternidade. A violência obstétrica pode ocorrer em qualquer etapa da gestação, parto e nascimento resultando, muitas vezes, em danos físicos, psíquicos e morais à mulher, demonstrando claramente a ausência do cuidado e da proteção dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Neste artigo, trataremos apenas da violência praticada no momento do parto em unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas).

No Brasil a cor da pele/raça, a etnia, a classe social e o gênero são determinantes no modo de viver, adoecer e morrer da população. A violência é presente na trajetória e cotidiano das mulheres não brancas e pobres. Segundo o Mapa da Violência<sup>1</sup>, o homicídio de mulheres negras<sup>2</sup> cresceu 54% em dez anos, entre 2003 e 2013. Em contraponto, o número de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, no mesmo período. Com relação a violência obstétrica, a maioria das mulheres que relataram terem sofrido algum tipo de violência na internação para o parto são negras, de menor escolaridade e atendidas no setor público (WAISELFISZ, 2015; D'ORSI et al., 2014).

Analisando os dados de mortalidade materna no ano de 2012, verifica-se profundas disparidades/desigualdades entre mulheres negras e indígenas se comparada as brancas. Foram 66 óbitos por causas obstétricas diretas para cada 100 mil nascidos vivos, as negras e indígenas correspondiam a 62,8% e 1,4% desses óbitos, contudo representavam cerca de, respectivamente, 52% e 0,04% do total da população feminina. Por sua vez, as brancas eram de 35,6% óbitos maternos, ao passo que tal população representava 47,5% da população feminina brasileira em 2010 (BRASIL, 2015). A manutenção desses altos índices de mortalidade tem sido relacionada ao acesso e a qualidade do pré-natal, as complicações associadas à assistência ao parto e ao preconceito e discriminação étnico-racial que nesse país, determinam a forma como as mulheres são atendidas. São poucos os estudos de mortalidade

---

<sup>1</sup> O Mapa da Violência 2015: homicídio de mulher no Brasil utilizou duas categorias: branca e negra, entende-se por negras mulheres que se declaram de cor preta e de cor parda. As indígenas e as amarelas (origem asiática) não foram consideradas no estudo.

<sup>2</sup> Apesar das várias discussões em torno a palavra “negra ou negro”, seja por reforçar uma ideologia essencialista que postula a divisão dos seres humanos em grupos de raças, seja por sua carga pejorativa que marca o período escravocrata no Brasil, o termo é ainda aplicado, por exemplo, na construção de políticas públicas como a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” que visa a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Desta forma, a raça se aplica como categoria social, não cabendo aqui a ideia de raça biológica, como forma de “naturalizar” o domínio e sujeição de um grupo sobre o outro.

materna com recorte racial/étnico no Brasil. Apesar do quesito “cor” estar presente nas declarações de óbito, esse item é por vezes reduzido e dessa forma não é preenchido pelos profissionais de saúde dificultando assim uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra em nosso país.

Com base nesse retrato brasileiro de elevada taxa de mortalidade materna e de alta estimativa de violência no parto, esta pesquisa buscou comparar as características sociodemográficas de mulheres segundo cor/raça, com foco nas mulheres negras e analisar os tipos mais comuns de violências a elas infringidas na assistência ao parto no SUS em todo o Brasil.

## **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado com dados secundários provenientes da pesquisa Rede Cegonha (RC), realizada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES, do Ministério da Saúde (MS), em cooperação técnica com o departamento de saúde coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPpAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituída pela portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), o RC consiste numa série de cuidados que visa uma melhor qualidade na assistência à mulher durante o planejamento reprodutivo, gravidez, parto e puerpério, e na assistência à criança até 24 meses de vida.

As participantes foram mulheres atendidas em maternidades públicas e privadas conveniadas ao SUS em todo o Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de inquérito telefônico, operacionalizado pelos teleatendentes do DOGES. No momento da ligação, as mulheres recebiam informações sobre a pesquisa, seus objetivos e sobre o órgão responsável, ao mesmo tempo, foram garantidas a elas confidencialidade e privacidade das informações. Os contatos foram obtidos a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de partos realizados pelo SUS, disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), referentes às competências do ano de 2013.

Através de um questionário estruturado, elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS e Ouvidoria Geral do SUS, foram obtidas informações referentes ao perfil sociodemográfico das entrevistadas (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda familiar,

se recebe o bolsa família e se possui plano privado de saúde) e 53 perguntas relativas aos cuidados no pré-natal, na assistência relativas ao parto, pós-parto e saúde da criança.

Neste artigo, analisaremos apenas as perguntas relativas à violência obstétrica direcionada às mulheres durante o trabalho de parto e parto, correlacionando com a cor da pele/raça das participantes. Consideramos como violência no parto: a manobra de Kristeller; a episiotomia; toques vaginais repetitivos e/ou realizados com brutalidade; agressões verbais como gritos, críticas e deboches à mulher pelo seu comportamento. Além de negligências praticadas pelos serviços de saúde como: não permitir a presença de acompanhante, demora no atendimento; falta de leito para internação, ambiente sujo e inadequado, falta de atenção quando estas solicitavam. O uso de ocitócitos não foi incluído pois existem algumas indicações de seu uso, como no caso da necessidade de indução do trabalho de parto. Dessa forma, não poderíamos distinguir se o uso se deu por justificativa médica ou por rotina hospitalar. Sobre a variável raça/cor, esta é autodeclarada obedecendo à classificação étnico-racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em brancas, pretas, pardas, indígenas e amarelas.

Nas associações entre os dados sociodemográficos e a raça/cor da amostra do estudo foram utilizados o teste de Qui-Quadrado e a Análise dos Resíduos Padronizados, que é dado pela diferença entre a resposta observada e a esperada. Tal análise permite revelar os padrões característicos de cada categoria de acordo com o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável. No presente estudo nos deteremos ao excesso de ocorrência para cada grupo de cor/raça e dados sociodemográficos das entrevistadas. Assim, adotou-se o nível de significância de  $p=0,05$  que corresponde a resíduo com valor positivo superior a 1,96. O programa estatístico utilizado foi IBM SPSS, versão 20 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos). Adotou-se o nível de significância de 5% para todas as análises.

## **RESULTADOS**

No total, a pesquisa Rede Cegonha entrevistou 23.095 mulheres. A partir dos dados observados, a maioria das participantes tinha entre 20 e 29 anos de idade, referiram estar casadas ou em união estável (53,9%), possuíam nível médio completo, tinham uma renda familiar entre um e dois salários mínimos, não recebiam bolsa família e eram usuárias exclusivas do SUS. No que se refere à cor/raça das entrevistadas, as negras, somatório de

pretas e pardas, correspondem a 63% da amostra, as brancas 33,7% e as amarelas e indígenas a uma porcentagem de 2,8% e 0,5%, respectivamente, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas. Brasil, 2013.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Idade</b>	
De 10 a 19	1902 (8,2)
De 20 a 29	12103 (52,4)
De 30 a 39	7943 (34,4)
40 ou mais	1136 (4,9)
<b>Estado Civil</b>	
Casada	8945 (38,9)
União estável	3457 (15,0)
Solteira	10048 (43,5)
Viúva/ Divorciada/ Separada	582 (2,5)
<b>Raça/Cor</b>	
Branca	7752 (33,7)
Preta	2719 (11,8)
Amarela	640 (2,8)
Parda	11765 (51,2)
Indígena	123 (0,5)
<b>Escolaridade</b>	
Não sabe ler/escrever	55 (2,4)
Nível fundamental incompleto	5052 (21,9)
Nível fundamental completo	1912 (8,3)
Nível médio incompleto	3574 (15,5)
Nível médio completo	10225 (44,3)
Superior completo	1212 (5,3)
<b>Renda Familiar</b>	
Não tem renda	949 (4,2)
Menos de 1 salário mínimo	5637 (24,9)
Entre 1 e 2 salários mínimos	13474 (59,6)
Mais de 2 até 5 salários mínimos	2373 (10,5)
Mais de 5 salários mínimos	173 (0,8)
<b>Bolsa Família</b>	
Sim	8015 (34,7)
Não	15071 (65,3)
<b>Plano Particular de Saúde</b>	
Sim	2355 (10,2)
Não	20718 (89,8)
<b>Total</b>	<b>23.095</b>

Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, MS, 2013.

Na Tabela 2, descrevemos as distribuições dos padrões característicos de cada variável sociodemográfica observados nos grupos de mulheres conforme sua cor/raça. Nas pardas, observamos uma ocorrência maior de partos antes dos 19 anos de idade e que, assim como as pretas, declararam estar solteiras. O analfabetismo e as menores escolaridades eram maiores entre as indígenas e pardas. E quanto a renda, pretas e pardas perfaziam maioria sem renda e com menos de um salário mínimo para subsistência familiar e recebiam o Bolsa Família.

Entre as brancas, havia uma ocorrência maior de partos na faixa etária de 30 anos ou mais, casadas, com nível superior e renda familiar de dois a dez salários e com plano de saúde (resíduos padronizados maiores que 1,96;  $p < 0,001$ ).

Tabela 2: Distribuição das características sociodemográficas segundo raça/cor. Brasil, 2013.

	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Indígena</b>	<b>p-valor (Qui- Quadrado)</b>
	<b>%(Resíduo Padronizado)</b>	<b>%(Resíduo Padronizado)</b>	<b>%(Resíduo Padronizado)</b>	<b>%(Resíduo Padronizado)</b>	<b>%(Resíduo Padronizado)</b>	
<b>Idade</b>						
De 16 a 19 anos	6,7 (-4,4)	8,3 (0,3)	9,4 (1,1)	8,9 (3,0)*	11,4 (1,3)	
De 30 a 39 anos	36,5 (3,1)*	36,2 (1,6)	32,7 (-0,8)	32,8 (-3,0)	29,3 (-1,0)	0,001
40 anos ou mais	5,7 (3,3)*	4,6 (-0,8)	3,6 (-1,5)	4,5 (-1,9)	4,9 (0,0)	
<b>Estado Civil</b>						
Casada	42,9 (5,6)*	34,6 (-3,6)	41,2 (0,9)	37,2 (-3,0)	32,5 (-1,1)	
União Estável	14,4 (-1,5)	13,4 (-2,3)	15,3 (0,2)	15,8 (2,2)*	15,4 (0,1)	<0,001
Solteira	39,5 (-5,4)	49,9 (5,0)*	40,7 (-1,1)	44,8 (2,1)*	51,2 (1,3)	
<b>Escolaridade</b>						
Não sabe ler/escrever	0,1 (-2,4)	0,1 (-1,3)	0,3 (0,4)	0,3 (2,2)*	1,6 (3,2)*	
Nível fundamental incompleto	19,0 (-5,4)	21,5 (-0,4)	18,0 (-2,1)	24,0 (5,0)*	24,4 (0,6)	<0,001
Nível médio completo	46,6 (3,0)*	44,5 (0,1)	49,6 (2,0)*	42,6 (-2,8)	35,0 (-1,6)	
Superior completo	6,5 (4,9)*	5,6 (0,9)	3,9 (-1,5)	4,4 (-4,1)	6,5 (0,6)	
<b>Renda Familiar</b>						
Não tem renda	3,5 (-3,0)	3,7 (-1,1)	5,7 (1,9)	4,7 (2,5)*	5,8 (0,9)	
Menos de 1 salário mínimo	17,7 (12,6)	28,0 (3,2)*	20,1 (-2,4)	29,1 (9,0)*	31,7 (1,5)	<0,001
Mais de 2 até 5 salários mínimos	15,4 (13,1)*	8,2 (-3,6)	9,8 (-0,5)	7,9 (-8,6)	6,7 (-1,3)	
Mais de 5 até 10 salários mínimos	1,1 (4,0)*	0,4 (-2,0)	1,0 (0,8)	0,5 (-2,3)	0,0 (-0,9)	
<b>Bolsa Família</b>						
Sim	26,4 (-12,4)	38,0 (2,9)*	29,2 (-2,3)	39,6 (9,0)*	43,1 (1,6)	<0,001
Não	73,6 (9,0)*	62,0 (-2,1)	70,8 (1,7)	60,4 (-6,6)	56,9 (-1,2)	
<b>Plano Particular de Saúde</b>						
Sim	11,9 (4,5)*	9,9 (-0,6)	8,8 (-1,2)	9,3 (-3,1)	8,2 (-0,7)	<0,001
Não	88,1 (-1,5)	90,1 (0,2)	91,3 (0,4)	90,7 (1,0)	91,8 (0,2)	

Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), MS, 2013.

Nota:\* Resíduos padronizados com valor positivo superior a 1,96.

Com relação a via de nascimento, 52,2% das entrevistadas tiveram seus bebês por via vaginal e 47,8% por via cirúrgica. Dentre as cesarianas, 72,2% das cirurgias foram realizadas por meio de agendamento prévio ou sem tentativa de parto normal. Ao analisarmos individualmente as violências praticadas no trabalho de parto e parto, verificou-se que, a episiotomia e a manobra de Kristeller foram as mais comumente utilizadas nos partos normais e nas cesarianas feitas após tentativa de parto normal, 51,1% e 29,5%, respectivamente. No total das episiotomias realizadas, cerca de 26% ocorreu sem o uso de anestesia, de acordo com as entrevistadas. A ocorrência de toques vaginais um atrás do outro foi de 26%, com uma ocorrência maior em mulheres de cor parda ( $p < 0,001$ ), como verificada na Tabela 3.

Quanto as violências caracterizadas como psicológicas e as negligências práticas pelos serviços, em média 8,5% da amostra relataram terem sofrido críticas e deboches acerca do seu comportamento, por parte dos profissionais. Mais da metade, 55,9%, não tiveram acompanhante de sua livre escolha na hora do nascimento do seu bebê, porque o serviço não permitiu. A frequência de mulheres que relataram demora no atendimento e um sentimento de abandono no momento do parto foi de 18,0% e 14,6%, respectivamente. Na Tabela 3, observamos um excedente de pardas e indígenas que julgaram o local de parto sujo ou inadequado. Na pesquisa, 12,6% referiram não ter experimentado nenhuma das violências citadas, sendo as brancas o grupo de mulheres que menos sofreu violência e as indígenas e pardas as que mais sofreram, ao menos uma violência no momento do parto ( $p < 0,001$ ).

Tabela 3: Distribuição de violências no trabalho de parto e parto segundo cor/raça e tipo de violência, Brasil, 2013.

		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	p-valor
		%(Resíduo Padronizado)	%(Resíduo Padronizado)	%(Resíduo Padronizado)	%(Resíduo Padronizado)	%(Resíduo Padronizado)	
Violência Física	Manobra de Kristeller	29,7 (0,2)	27,6 (-1,5)	26,7 (-1,1)	30,1 (0,9)	28,0 (-0,2)	0,198**
	Episiotomia						
	Sim, com anestesia	37,4 (-0,4)	35,2 (-1,7)	38,8 (0,3)	38,5 (1,1)	34,2 (-0,5)	0,139**
	Sim, sem anestesia	14,0 (1,1)	12,5 (-1,0)	13,5 (0,0)	13,2 (-0,5)	15,2 (0,4)	0,139**
	Toques vaginais constantes	24,2 (-3,2)	26,5 (0,5)	23,4 (-1,3)	27,3 (2,7)*	24,0 (-0,4)	<0,001**
Violência Psicológica	Debocharam do seu comportamento	8,3 (-0,7)	8,6 (0,0)	7,8 (-0,6)	8,8 (0,7)	8,2 (-0,1)	0,825**
	Mandaram parar de gritar	8,2 (-1,5)	8,6 (-0,3)	7,2 (-1,3)	9,2 (1,7)	8,2 (-0,2)	0,104**
	Criticaram seus sentimentos ou emoções	8,4 (0,7)	7,6 (-1,2)	6,9 (-1,2)	8,3 (0,1)	10,7 (0,9)	0,364**
Negligências praticadas pelos serviços de saúde	O serviço não permitiu acompanhante	54,0 (-1,6)	54,9 (-0,5)	58,7 (0,7)	57,2 (1,4)	49,4 (-0,8)	<0,001**
	Demorou a ser atendida	16,9 (-2,2)	17,9 (-0,2)	18,2 (0,2)	18,7 (1,8)	18,9 (0,2)	0,041**
	Não teve leito para internação	5,5 (-2,2)	6,1 (-0,1)	7,8 (1,7)	6,5 (1,3)	8,2 (0,9)	0,025**
	Considerou o ambiente sujo ou inadequado	7,0 (-2,8)	7,0 (-1,8)	9,1 (1,0)	8,6 (2,6)*	14,8 (2,7)*	<0,001**
	Não receberam atenção quando solicitadas	13,9 (-1,5)	14,8 (0,2)	15,1 (0,3)	15,0 (1,0)	18,9 (1,2)	0,213**
<b>Não sofreu violência no parto</b>		<b>14,4 (4,5)*</b>	<b>12,4 (-0,2)</b>	<b>11,8 (-0,6)</b>	<b>11,5 (-3,3)</b>	<b>9,0 (-1,1)</b>	<b>&lt;0,001**</b>

Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), MS, 2013.

Nota: \* Resíduos padronizados com valor positivo superior a 1,96; \*\* Qui-quadrado de Pearson.



## DISCUSSÃO

O estudo revelou a existência de desigualdades, sobretudo no grupo de indígenas, pardas e pretas se comparada às brancas. De modo geral, observamos um excedente de mulheres pardas e pretas nas classes sociais mais baixas: piores níveis de escolaridade e renda familiar. A maioria das mulheres brancas possuía maior escolaridade, renda de 2 até 10 salários e plano particular de saúde.

Tais achados desta pesquisa corroboram a realidade encontrada em outros estudos no Brasil que retratam que mulheres negras estão entre os quinhões de maior pobreza e extrema pobreza do país. Em geral, começam a trabalhar muito cedo e em trabalhos informais, possuem menores taxas de escolarização e níveis altos de analfabetismo. Quanto a renda, ganham cerca de 51% do que recebem as brancas e 73% a menos do rendimento dos homens brancos. Moram em bairros periféricos, sem saneamento e representam a maior proporção de mulheres como chefes de famílias (MARCONDES et al., 2013).

Tais iniquidades sociais comprometem o acesso das mulheres negras às ações e serviços de saúde e refletem na qualidade de vida, especialmente no que se refere às questões sexuais e reprodutivas. Analisando a idade materna das entrevistadas, verifica-se uma ocorrência maior de partos em meninas até 19 anos de cor parda e de partos com idades mais avançadas (30 anos ou mais) nas brancas. Maioria sob risco reprodutivo, pardas e pretas recebem menos informações sobre métodos contraceptivos, iniciam a vida sexual mais cedo e possuem 37% mais chances de receber tratamento inadequado e desigual na assistência ao pré-natal. Estudos revelam que a gravidez precoce está associada a um pré-natal de início tardio e com menos consultas e que mães adolescentes estão sujeitas a um risco maior de evasão escolar, levando a uma pior qualificação profissional). O que reforça ainda mais a exclusão social das mulheres negras (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; FONSECA; KALE; SILVA, 2015).

Em nosso estudo, é emblemático a ocorrência de pretas, seguida por pardas, que referiam estar solteiras no momento da entrevista. Souza (2008) estudando a solidão da mulher negra na cidade de São Paulo, inferiu que em nosso país estas perfazem maioria entre as mulheres sem parcerias afetivas e conjugais. Mulheres negras são as mais preteridas, inclusive por homens negros e da mesma classe social. Dentre as várias explicações apresentadas pela autora, está a de que esses homens encontram nas brancas uma possibilidade de status e de “escamoteamento de seu padrão fenótipo” (SOUZA, 2008, p. 72).

Tal assertiva, sinaliza para uma realidade empírica de que no Brasil, as relações afetivas são marcadas por uma valorização dos caracteres brancos, em detrimento dos negros. Associado a um quadro socioeconômico desvantajoso, a solidão vivenciada pelas mulheres negras, advindas do preterimento, torna-as extremamente vulneráveis a todo tipo de agravos e distúrbios que levam ao adoecimento físico e mental, também no pós-parto.

Tais iniquidades podem ser compreendidas por um viés interseccional de raça, classe e gênero como categorias estruturantes das relações sociais no Brasil. Por si só, estes caracteres não contêm a explicação das determinações de dominação-exploração de um sistema, mas operam segundo as necessidades de um sistema racista-capitalista-patriarcal (sexista). Estes, por estarem tão imbricados constituem-se como um único sistema, gerando formas combinadas de opressão e subjetivação, de forma mais acentuada, nas mulheres negras (DAVIS, 2016; GONÇALVES, 2011).

Do total de partos, 47,8% ocorreram por cesariana. Tais achados se aproximam aos encontrados pela pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz. Nela verificou-se que no sistema público 54% dos nascimentos são por via vaginal, em contraponto ao setor privado que varia em torno de apenas 12% (NASCER NO BRASIL, 2014). Apesar do número de cesarianas ser menor na rede pública, se comparada a rede privada, este excede as recomendações da OMS de no máximo 15% do total de partos realizados. Taxas acima desse valor estariam associadas ao aumento da mortalidade materna e neonatal. Quando há uma indicação real, a cesariana traz grandes benefícios e pode salvar a vida da mulher e de seu bebê. Entretanto, se praticada de forma deliberada e sem evidências clínicas, verifica-se uma importante associação com desfechos de morte materna, admissão em unidade de terapia intensiva, necessidade de transfusão sanguínea e histerectomia. Ademais, cesarianas eletivas antes de 39 semanas de idade gestacional aumentariam o risco de morbidade neonatal (FRANCISCO; ZUGAIB, 2013).

Acreditamos que há um comodismo no parto cesariano que envolve diversos atores, em sua maioria, médicos e instituições de saúde. Muitos culpam a mulher pela decisão, alegando que estas preferem não passar pela “dor” do parto vaginal. Nosso estudo evidencia que ao serem questionadas sobre o tipo de parto desejado no início do pré-natal, 75,2% das mulheres alegaram preferência pelo parto normal (dado não tabulado). Consideramos que o desejo não atendido pelo tipo de parto é uma violação do direito de autonomia da mulher

podendo gerar um tipo de violência psicológica que pode ocorrer tanto durante as consultas de pré-natal como no momento do parto.

No estudo, a manobra de Kristeller foi realizada em aproximadamente 30% das mulheres no parto normal e nas cesarianas feitas após tentativas de parto normal. Tal prática, foi desenvolvida sem qualquer fundamentação científica e é frequentemente realizada pelos profissionais de saúde, em conjunto com outras intervenções inadequadas afim de acelerar a dinâmica do parto. Esta consiste na compressão do abdômen da mulher em direção à pelve no momento expulsivo. São inerentes os danos advindos dessa agressão. Além do desconforto da dor provocada, podem gerar consequências graves como: trauma das vísceras abdominais, do útero e descolamento da placenta (BRASIL, 2012).

A episiotomia foi a mais frequente dentre as violências de caráter físico, mais da metade da amostra. Por se tratar de procedimento invasivo e que pode gerar consequências graves para a mulher deve ser evitado sempre que possível na condução do parto. A OMS (1996) indica o corte vaginal nos casos onde é verificado sinais de sofrimento fetal, insuficiente progressão no parto e de laceração perineal (de terceiro grau) nos partos normais, ainda que estudos mais recentes argumentem pelo fim do procedimento (AMORIM; KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005). Estes estudos indicam que não há indícios que comprovem supostos benefícios do uso deliberado da episiotomia, como mais facilidade no parto ou proteção de eventuais deformidades na vagina. Ao contrário, seu uso está associado a maiores riscos de trauma perineal, de infecção e demora no processo de cicatrização (BRASIL, 2012; AMORIM; KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005).

Há uma premissa, sem qualquer base científica e de caráter racista/eugenista, de que o corpo da mulher negra é mais resistente a dor. No que concerne às práticas invasivas e que geram algum grau de dor ou desconforto elencadas no estudo, verificamos que os toques vaginais constantes e repetitivos são mais relatados pelas pardas. Ademais, negras recebem menos anestesia do que necessitam, quase metade do que as brancas como apontado em estudo (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011). Se o parto decorre sem complicações, muitas vezes, um único exame é suficiente afim de confirmar a existência de dilatação cervical (BRASIL, 2012). Porém muitas mulheres se queixam da regularidade e da brutalidade com que esse exame é realizado, e da frequente exposição dos seus órgãos e partes íntimas para várias pessoas.

Um estudo que coletou narrativas de mulheres que vivenciaram violência e desrespeito no parto mostrou que de todos os procedimentos realizados, o toque no canal do parto foi considerado o mais desagradável pelas puérperas. Além de provocar incômodo e dor física, traz um sentimento de vergonha e constrangimento pela constante exposição da intimidade da mulher para diversos profissionais de saúde, incluindo professores e acadêmicos (WOLFF; WALDOW, 2008).

Por vezes, no ambiente hospitalar é comum submeter a parturiente a uma série de práticas com fins didáticos, e sem o menor respeito e preocupação com sua integridade e seus processos fisiológicos. Nessa situação o corpo é usado como um objeto de estudo e melhoramento da técnica. Entende-se a importância desses espaços para a formação do conhecimento de futuros profissionais de saúde. Porém, deve-se respeitar as decisões da mulher, garantindo a ela o direito de informação sobre qualquer intervenção médica, inclusive o direito de recusa sem usar de coerção.

Paralelamente ao direito de decisão sobre a condução do parto, a presença de um acompanhante é um direito das mulheres constituído por lei. Em nosso estudo, 55,9% das pesquisadas não tiveram a presença de um acompanhante escolhido por elas por inibição do serviço. Vale destacar, que desde 2005 o Estado garante por lei que mulheres tenham direito a um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (Lei nº 11.108, de 07/04/ 2005). Devido a todo um contexto de vulnerabilidade a qual às mulheres são expostas no momento que estão para dar à luz, o apoio contínuo de um acompanhante de sua confiança pode fornecer suporte emocional e diminuir os riscos de violência à qual estão expostas.

A violência obstétrica se localiza entre a violência institucional e a violência de gênero, na medida em que é praticada nos e pelos serviços de saúde, por ação e omissão, e dirigida à mulher, afetando sua integridade física e emocional, acentuando a naturalização da sua subordinação na sociedade. Assim, compreende-se que a violência obstétrica não é consequência de um modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas constitutivo dele.

Robbie Davis-Floyd, especialista em antropologia do nascimento, fala de uma assistência obstétrica fundamentada no modelo tecnocrático no qual a medicina faz a separação “mente-corpo”. Ora se o corpo é ao mesmo tempo biológico e social, então é impossível reduzir o parto como algo meramente orgânico, mas também como um evento a

um só tempo histórico e cultural. A autora usa a metáfora do corpo feminino como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 6).

Em contraponto, a humanização do parto e nascimento surge como um movimento contrário a essa lógica produtivista e colonial do saber, advindas de um projeto de industrialização da sociedade moderna que desde o século XVIII não só moldou as relações de produção como intensificou a hierarquização de um determinado tipo de saber, o biomédico, em detrimento de outras formas de saberes (PIMENTEL, 2014).

Ancorada na medicina baseada em evidências e em outros sistemas de cura, bem como, nas diversas lutas dos movimentos feministas, a humanização do parto propõe mudanças que reafirmam a importância da horizontalidade do conhecimento e saberes, valorizando o aspecto fisiológico e não “patológico” do ato de parir (PIMENTEL, 2014). Além de pautar novas formas de sociabilidade profissional de saúde- paciente (mulher), tal movimento, reforça que as mulheres devem ser empoderadas para assim decidirem sobre seus corpos e, portanto, na condução do parto. A humanização legitima o ato de parir como uma experiência da ordem do biológico e cultural, aproximando-se de uma abordagem mais integralizada da assistência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo aqui apresentado buscou abordar as várias formas de violência física, psicológica, bem como negligências exercidas nos serviços, na assistência ao parto, praticada por profissionais de saúde, e experienciadas pelas mulheres atendidas pelo SUS no Brasil. Com relação ao perfil dessas entrevistadas, havia profundas desigualdades socioeconômicas entre as negras e indígenas quando comparadas ao grupo de brancas. Dentre as violências realizadas contra as parturientes no momento do parto conforme sua cor/raça os toques vaginais repetitivos teve maior ocorrência em pardas.

Muitas mulheres sofrem maus-tratos, agressões e humilhações durante o parto. A violência na assistência obstétrica se encontra tão naturalizada nos serviços de saúde do país, que muitas mulheres são levadas a presumir que o excesso de intervenções e de medicalização durante o momento do parto é considerado como um atendimento típico, normal ou mesmo como sinônimo de qualidade. Tais ações favorecem a construção da cultura do medo do parto,

em especial do parto normal; nega a mulher como um sujeito de autonomia e liberdade, que é capaz de desejar e sentir, e suprime a vivência da parturição.

Há mais de duas décadas estudos vêm sendo realizados em todo o mundo afim de provar que na rotina normal de um parto, muitas das condutas realizadas têm pouca ou nenhuma validade científica. A obstetrícia, especialidade da medicina que estuda os processos fisiológicos e patológicos referentes à gravidez, ao parto e puerpério, possibilitou melhorias na saúde da mulher gestante, e conseqüente diminuição dos desfechos de morte materna e neonatal por causas evitáveis/ em partos complicados.

No entanto, em nosso país as taxas de mortalidade materna ainda são bastante elevadas, atingindo desigualmente mulheres negras e indígenas que ocupam espaços menos privilegiados na sociedade brasileira se comparada às brancas. Questões de raça/cor influenciam diretamente no acesso e na qualidade do planejamento reprodutivo e na atenção nas consultas de pré-natal. Além das complicações advindas da gravidez, a morte materna está atribuída também a um excesso de intervenções no momento do parto.

A violência obstétrica se configura hoje como um tipo de agressão específica contra à mulher durante os estágios do seu ciclo gravídico-puerperal/reprodutivos, e exercida no âmbito institucional. Entretanto tal prática não deve ser tolerada nos serviços públicos ou privados de saúde. Estes, por sua vez, têm o dever de criar um ambiente acolhedor à mulher, garantindo seus direitos consentidos por lei, e assegurando uma assistência adequada, segura, qualificada, respeitosa e humanizada.

À mulher, deve-se garantir o protagonismo na decisão sobre seu corpo e na escolha do tipo de parto; a presença efetiva de um(a) acompanhante durante as consultas pré-natais e parto; e o respeito dos seus tempos fisiológicos, eliminando procedimentos desprovidos de validade científica na rotina do parto. Os profissionais envolvidos, devem desenvolver uma prática obstétrica pautada na responsabilidade perante à parturiente enquanto ser constituído de desejos e temores com relação ao momento do parto, e que necessita de um suporte emocional.

O ideal de uma boa assistência no parto não se baseia no uso excessivo de procedimentos e tecnologias, de tal forma que mecanize tal evento em um único formato, muito menos no uso de práticas que se distancie das histórias e vivências das mulheres. Mas a um processo que deve ser iniciado muitos antes do parto e comumente construído. A humanização no parto não deve ser compreendida como uma modalidade que se apropria de

técnicas e saberes ditos “alternativos”, mas acima de tudo, como uma construção que deve ser iniciada ainda na gravidez, passando pelo trabalho de parto, parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. de; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Cobertura, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 30 maio. 2016.

\_\_\_\_\_. *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Senado Federal, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *RASEAM – Relatório Anual Socioeconômico da Mulher*. Brasília, DF, 2015.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 7, n. 2, p. 135-49, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, n. 1, p. S5-S23, 2001.

D’ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Suplemento.

FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015.

FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 93-4, 2013.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA) e SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 1 out. 2015.

GONÇALVES, R. *Heleieth Saffioti e a articulação entre teoria marxista e ideias feministas nas Ciências Sociais*. *Rev. Lutas Sociais*, n. 27. São Paulo, 2011.

HARTMANN, K. et al. Outcomes of Routine Episiotomy: a Systematic Review. *JAMA*, v. 293, n. 17, p. 2141- 48, 2005.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da.; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-7, 2005.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. *Assistência ao Parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.166-74, jan./mar. 2011.

MARCONDES, M. M. et al. (Org.). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2013. 160p. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20978](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20978)>. Acesso em: 30 maio. 2016.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde. In: *Desafios do desenvolvimento*. Brasília, DF: Ipea, ano 8, nº. 70, p. 43-5, 2011.

NASCER NO BRASIL. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

PIMENTEL, C. A (des)colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento. In: MATINS, P. H et al., (Coords.). *Produtivismo na Saúde:*



*desafios do SUS na invenção da gestão democrática*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014. p. 99-117.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Maternidade segura. *Assistência ao parto normal*: um guia prático. Genebra (SUI): OMS; 1996.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher. Escola da Defensoria Pública do Estado. *Violência Obstétrica: você sabe o que é?*. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

SOUZA, C. A. da S. *A solidão da mulher negra- sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro na cidade de São Paulo*. 2008. 174 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br/>> . Acesso em: 15 dez 2016.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n. 3, jul., 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014)>. Acesso em: 7 mar. 2016.