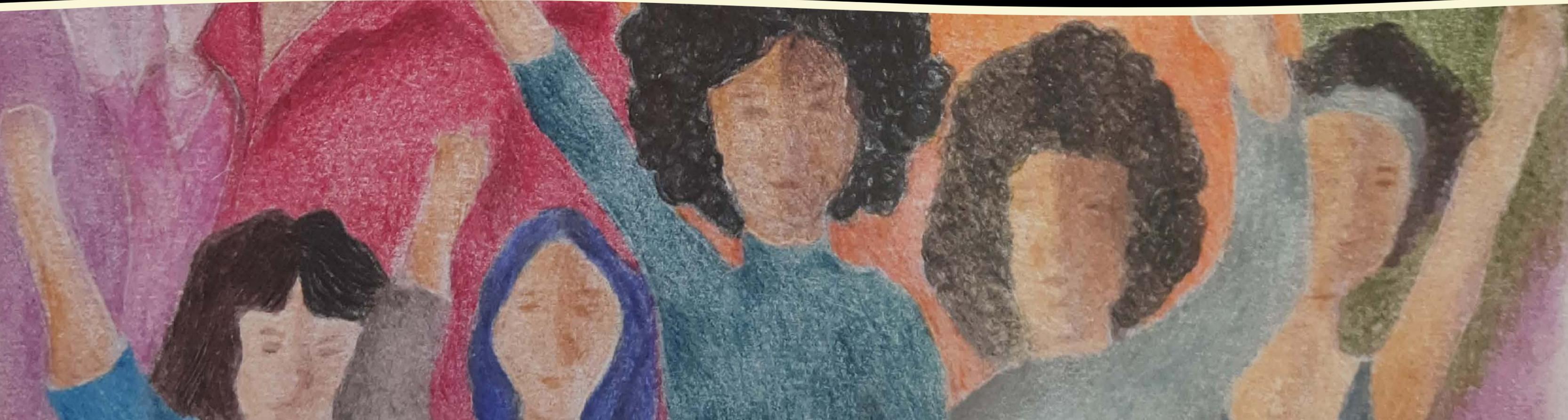


Praia Vermelha



Estudos de Política e Teoria Social

Praia Vermelha

ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Feminismos e Serviço Social

v.32 n.1

Jan-Jun/2022

A Revista Praia Vermelha é uma publicação semestral do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro cujo objetivo é servir como espaço de diálogo entre centros de pesquisa em serviço social e áreas afins, colocando em debate, sobretudo, os temas relativos às políticas sociais, políticas públicas e serviço social.

Conheça nossas [políticas editoriais](#).



Praia Vermelha

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

REITORA
Denise Pires de Carvalho

PRÓ-REITORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Denise Maria Guimarães Freire

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

DIRETORA
Miriam Krenzinger Azambuja

VICE-DIRETORA
Elaine Martins Moreira

DIRETORA ADJUNTA DE PÓS-GRADUAÇÃO
Fátima da Silva Grave Ortiz

REVISTA PRAIA VERMELHA

EDITORA-CHEFE
Andrea Moraes Alves UFRJ

EDITORA ASSOCIADA
Patrícia Silveira de Farias UFRJ

EDITORAS AD HOC v.32 n.1
Gláucia Lelis Alves
Luana Siqueira

EDITOR TÉCNICO
Fábio Marinho

REVISÃO
Nicole Leal
Andréa Garcia Tippi (tradução; resenha)
Andrea Moraes Alves (temas livres; 8º ensaio)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
Fábio Marinho

CONSELHO EDITORIAL
Angela Santana do Amaral UFPE
Antônio Carlos Mazzeo USP
Arthur Trindade Maranhão Costa UNB
Christina Vital da Cunha UFF
Clarice Ehlers Peixoto UERJ
Elenise Faria Scherer UFAM
Ivanete Boschetti UFRJ
Jean François Yves Deluchey UFPA
Leonilde Servolo de Medeiros UFRRJ
Marcos César Alvarez USP
Maria Cristina Soares Paniago UFAL
Maria Helena Rauta Ramos UFRJ
Maria das Dores Campos Machado UFRJ
Maria de Fátima Cabral Gomes UFRJ
Myriam Moraes Lins de Barros UFRJ
Ranieri Carli de Oliveira UFF
Rodrigo Castelo Branco Santos UNIRIO
Rodrigo Guiringuelli de Azevedo PUCRS
Salviana de Maria Pastor Santos Sousa UFMA
Suely Ferreira Deslandes FIOCRUZ

Publicação indexada em:
[Latindex](#)
[Portal de Periódicos da Capes](#)
[IBICT](#)
[Base Minerva UFRJ](#)
[Portal de Revistas da UFRJ](#)

Escola de Serviço Social - UFRJ
Av. Pasteur, 250/fundos
CEP 22.290-240
Rio de Janeiro - RJ

praiavermelha.ess.ufrj.br

(55) (21) 3938-5386

Praia Vermelha: estudos de política e teoria social /Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Vol.1, n.1 (1997) – Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-Graduação, 1997-

Semestral
ISSN 1414-9184
eISSN 1984-669X

1.Serviço Social-Periódicos. 2.Teoria Social-Periódicos. 3. Política- Periódicos I. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

CDD 360.5
CDU 36 (05)

 Para uma melhor experiência de leitura, recomendamos o acesso por computador com visualização em tela cheia (CTRL+L).

 Navegue pelo texto utilizando os ícones na lateral esquerda das páginas ou as setas em seu teclado.



Gláucia Lelis Alves. Sem Título, 2021.

Sumário

| | | |
|-----------------------------|--|------------|
| ARTIGOS TRADUÇÃO | Relações entre a covid-19, sexismo e racismo no Brasil: uma análise da economia feminista <i>Margarita Olivera (tradução: Carolina Castellitti)</i> | 5 |
| ARTIGOS TEMAS LIVRES | Pandemia e Saúde do trabalhador: uma análise sobre a precarização do trabalho <i>Ana Carolina de Freitas Campos & Mariane Suzze Pereira</i> | 24 |
| EDITORIAL DOSSIÊ | Feminismos e Serviço Social <i>Gláucia Lelis Alves & Luana de Sousa Siqueira</i> | 42 |
| ENSAIOS DOSSIÊ | Totalidade, reprodução social e divisão sexual-racial do trabalho no capitalismo dependente <i>Clara Gomide Saraiva</i> | 48 |
| | Contribuições do método marxista para compreensão do enovelamento, consubstancia Opressão/Exploração <i>Qelli Viviane Dias Rocha</i> | 74 |
| | Aleksandra Kollontai: Uma História de Ocupação dos Espaços Não Autorizados <i>Natalia Perdomo dos Santos</i> | 98 |
| | Contribuciones de Clara Zetkin para entramados socialistas y feministas <i>María Cecilia Espasandín</i> | 124 |
| | Pandemia da Covid-19 e divisão social do trabalho na (re)produção capitalista na atualidade <i>Camila Carduz Rocha</i> | 148 |
| | Feminismo e Serviço Social no enfrentamento à violência obstétrica <i>Mirla Cisne & Raíssa Paula Sena dos Santos</i> | 173 |
| | Formação acadêmico-profissional e o debate da humanização do parto numa perspectiva feminista-antirracista <i>Priscila Fernanda Gonçalves Cardoso et alia</i> | 199 |
| | A lei de alienação parental e a lei da guarda compartilhada obrigatória: para o melhor interesse da manutenção da violência contra mulheres/mães e crianças <i>Alessandra Pereira de Andrade & Sibebe de Lima Lemos</i> | 226 |
| | (Des)criminalização do aborto e Serviço Social: desafios para o cotidiano profissional <i>Thais de Biazzi Oenning & Esther Luiza de Souza Lemos</i> | 245 |
| | Experienciando uma formação feminista interseccional: Contribuições ao serviço social <i>Rachel Gouveia Passos et alia</i> | 263 |
| RESENHA | Assistência Social em debate: interfaces de uma política em construção, de Fátima Valéria Ferreira de Souza (org.) <i>por Renato Francisco dos Santos Paula</i> | 279 |

 Você está aqui.



Praia Vermelha

PERIÓDICO CIENTÍFICO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Feminismo e Serviço Social no enfrentamento à violência obstétrica

Violência contra as mulheres
Violência obstétrica
Feminismo
Serviço Social

Este artigo tem como objetivo refletir sobre contribuições do serviço social, em uma perspectiva feminista e antirracista, para o enfrentamento à violência obstétrica nos espaços da Atenção Primária à Saúde, observando como as relações sociais de sexo, raça/etnia e classe influenciam na experiência dessa violência obstétrica. Utilizamos pesquisa bibliográfica e de campo, com abordagem qualitativa. É de grande importância que o serviço social se aproprie dessa temática como forma de estimular as discussões sobre a defesa dos direitos das mulheres e reconhecimento da profissão no enfrentamento à violência obstétrica.

Mirla Cisne

Professor adjunta da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, doutora em serviço social (UERJ).
mirlacisne@uern.br

Raíssa Paula Sena dos Santos

Assistente social, mestre em serviço social e direitos sociais (UERN).
raissa.uern.servicosocial@gmail.com

Feminism and Social Work in
tackling obstetric violence

This article aims to reflect on contributions from social service, in a feminist and anti-racist perspective.

Violence against women
Obstetric violence
Feminism
Social Work





Introdução

Uma em cada quatro mulheres já sofreu violência obstétrica no Brasil (VENTURI; GODINHO, 2013). Embora seja comum, a violência obstétrica, configurada como uma violação aos direitos humanos, ainda é pouco reconhecida como um tipo de violência contra a mulher, tamanha a sua naturalização na sociedade. Naturalização que é acompanhada da falta de informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e, até mesmo, o pouco autoconhecimento sobre o corpo. Por isso, consideramos indispensável partimos de uma análise feminista para analisar esse fenômeno, mais precisamente, ancoradas no feminismo marxista e antirracista.

Geralmente praticada por profissionais de saúde, por meio de condutas, ações ou omissões, direta ou indiretamente, nos serviços públicos ou privados, a violência obstétrica pode ocorrer na gestação, no trabalho de parto e parto, pós-parto, em situação de abortamento e no aleitamento materno.

Não existe nenhuma lei brasileira, em nível federal, que especifique e qualifique a violência obstétrica, mas existem orientações e normas técnicas que podem nortear os serviços de saúde para o caminho da humanização do parto e nascimento.

A violência obstétrica não ocorre de maneira igual entre as mulheres, uma vez que é fortemente marcada pelas contradições inerentes às relações sociais do *sistema patriarcal-racista-capitalista* (SAFFIOTI, 2011).

Este artigo tem como objetivo refletir sobre contribuições do serviço social, em uma perspectiva feminista e antirracista, para o enfrentamento à violência obstétrica nos espaços da Atenção Primária à Saúde, observando como as relações sociais de sexo, raça/etnia e classe influenciam na experiência dessa violência obstétrica.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo, utilizando-se da observação participante como uma técnica para o estudo da realidade, que consiste na entrada do(a) pesquisador(a) no grupo ou local a ser pesquisado, em que o(a) mesmo(a) fará parte dessa realidade por um período longo, interagindo com os sujeitos da pesquisa em seu cotidiano (QUEIROZ *et al.*, 2007). Tal possibilidade é realizada por uma das



autoras do artigo por meio da sua inserção como assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde, sob orientação acadêmica da segunda autora deste artigo.

A pesquisa compreendeu observações no período de março de 2018 a fevereiro de 2020. Em um primeiro momento, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre violência obstétrica, as legislações que compreendem a política de saúde e do serviço social, assim como os estudos de obras/autoras feministas. No segundo momento, realizou-se uma análise institucional para conhecer melhor a história e a dinâmica da instituição, bem como, conversas informais com profissionais, como enfermeiras e assistentes sociais, para conhecer o trabalho realizado com gestantes. No terceiro momento destaca-se o contato com as mulheres gestantes por meio de salas de espera, elaboração de UBSZine¹ para entregar às usuárias, para que elas, quando desejassem, tivessem acesso mais rápido às informações, palestras e rodas de conversas realizadas tanto na UBS, quanto em outros equipamentos sociais presentes no território de abrangência das atividades da mesma. Além disso, realizaram-se ainda, atendimentos compartilhados com as enfermeiras. Para sistematização de dados, foram utilizados relatórios de atividades, diário de campo e fotos.

Este trabalho visa oferecer reflexões de como o serviço social, associado a uma perspectiva feminista, pode contribuir para o enfrentamento à violência obstétrica, a fim de promover uma atenção humanizada, juntamente com outros profissionais de saúde. Assim, espera-se tecer reflexões voltadas ao movimento de renovação profissional por meio da análise feminista materialista às mediações da questão social em torno da violência obstétrica.

Nessa perspectiva, pretendemos ainda, contribuir com os estudos feministas, especialmente na temática de violência contra as mulheres, uma vez que a violência obstétrica se constitui como uma de suas expressões; com o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento; com profissionais de saúde que atendem as mulheres desde a Atenção Básica até a Atenção de Alta Complexidade em saúde e que sirva de fonte de pesquisa para demais profissionais e pesquisadoras(es), com o intuito de avançarmos em uma saúde humanizada e livre das relações patriarcais, classistas e racistas.



Relações sociais de sexo, raça e classe

A formação da sociedade brasileira é marcada pela economia de exploração, racismo e escravismo e controle das mulheres por meio patriarcado, presente na forte influência de instituições como a Igreja, Estado, família, escola e até mesmo, por vezes, por meio da ciência.

Partimos do entendimento que as relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe são estruturais e, como tais, são determinantes para entendermos a desigualdade social e todas as expressões e conflitos que a permeiam. Como relações sociais, compõem uma tensão que permeia fenômenos sociais conformados por grupos de interesses antagônicos e conflitantes e que envolvem, diretamente, exploração e/ou apropriação do trabalho. Dialeticamente, as relações sociais de sexo, raça e classe são consubstanciais e coextensivas:

[...] elas formam um nó que não pode ser desatado no nível das práticas sociais, mas apenas na perspectiva da análise sociológica; e as relações sociais são coextensivas: ao se desenvolverem, as relações sociais de classe, gênero e “raça” se reproduzem e se co-produzem mutuamente (KERGOAT, 2010, p.94).

Dizer que essas relações sociais são consubstanciais e coextensivas é entender que uma depende da outra, uma sustenta a outra e, até mesmo, uma complementa e coexiste com a outra. Assim, de forma dialética, não estão organizadas de forma a estarem uma sobreposta a outra, nem é uma soma de relações, mas, na dinâmica social, estão em constante mudanças e se reproduzindo.

Essas relações sociais estruturam o que Saffioti (2011) denomina sistema patriarcal-racista-capitalista, que caracteriza a sociedade em que vivemos. Cada uma dessas formas de organização social, o patriarcado, o racismo e o capitalismo, compõem contradições diferentes, o que não significa dizer que são independentes, ao contrário, elas estão correlacionadas intrinsecamente umas nas outras. É o que Saffioti (2011) denomina de nó. Para ela, “o aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas à mulher” (SAFFIOTI, 2013, p.65), especialmente, para as negras. Em outras palavras, o capitalismo se apropriou do racismo e do patriarcado para extração de



maiores lucros, propiciados em cima das divisões e desigualdades que promove, reproduz e/ou intensifica, como as de sexo e raça.

De acordo com Cisne (2014), o patriarcado se relaciona estruturalmente com a divisão sexual do trabalho, com a família monogâmica, a heterossexualidade obrigatória (ideologia de naturalização dos sexos), com controle do corpo e da vida das mulheres e por meio da violência contra a mulher regida pelo medo. Em síntese, “o patriarcado é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens” (SAFFIOTI, 2011, p.44) e diz respeito não só ao mundo privado, mas também, ao mundo público.

O patriarcado, hoje, vai além do domínio do “pai” sobre a família, como etimologicamente se originou, estende-se ao domínio masculino em todo tecido social, expresso de diversas formas, como na violência contra as mulheres. Dos 1.326 casos de feminicídios no Brasil em 2019, 89,9% dos casos foi praticado por um companheiro ou ex-companheiro, e 66,6% eram mulheres negras; A cada 2 minutos é registrado no Brasil, um caso de agressão física (BUENO; LIMA, 2020). No mercado de trabalho, as mulheres chegam a receber salários mais baixos do que os homens – em 2019, o rendimento médio mensal real dos homens foi de R\$ 2.555 e para as mulheres, de R\$ 1.985. (IBGE/PNAD, 2020). No trabalho doméstico, que é desvalorizado e, muitas vezes, sequer reconhecido como trabalho, são as mulheres quem mais realizam as tarefas e o cuidado com os(as) filhos(as). De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2017), em 2015, as mulheres trabalharam, em média, 7,5 horas semanais a mais que os homens, sendo de 53,6 horas a jornada total média das mulheres, enquanto a jornada total média é de 46,1 horas semanais. Mais de 90% das mulheres declararam realizar atividades domésticas, o que as levam a estabelecer jornadas “extensivas, intensivas e intermitentes de trabalho” (ÁVILA, 2010).

A compreensão da divisão sexual do trabalho é fundamental para o entendimento de que o antagonismo de classes no capitalismo é apenas uma das contradições do atual sistema de exploração. Partimos da reflexão de Cisne (2013), que considera a classe trabalhadora heterogênea, ou seja, as mulheres enfrentam uma “outra” ou “outras” contradições e antagonismos em torno de relações sociais estruturalmente desiguais e hierárquicas.



Vejamos:

Há expressões de hierarquias no interior da classe trabalhadora, advindas da própria forma de organização da sociedade. As diferenças hierárquicas que a constitui são apropriadas pelo capital na sua dinâmica de produção e reprodução de desigualdades associadas ao seu processo de acumulação (CISNE, 2013, p.42).

Assim, a classe trabalhadora sofre particularidades das relações sociais de sexo e raça. ao ser formada por homens e mulheres, assim como por brancos(as) e negros(as) que estão inseridos(as) de forma desigual no mundo de trabalho, tais desigualdades devem ser consideradas, visto que esses sujeitos vivenciam condições de trabalho diferentes, pois há uma concentração de mulheres e da população negra em postos de trabalhos mais precarizados, além das diferenças salariais entre estes grupos. O rendimento médio nominal no trabalho principal exercido por pessoas brancas era de R\$ 2.948, para pessoas pretas, de R\$ 1.639 e para pessoas pardas, de R\$ 1.691, no 4º trimestre de 2019 (IBGE/PNAD, 2020).

Mulheres e negros(as) são, portanto, grupos com necessidades particulares, ainda que façam parte da mesma classe. Por fazerem parte desta mesma classe trabalhadora, suas demandas (sexo e “raça”/etnia), tornam-se, ao mesmo tempo, demandas da classe trabalhadora.

Baseado no que foi exposto até aqui, observamos que a violência obstétrica, assim como qualquer outro fenômeno social nesta sociedade, reflete implicações das relações sociais de sexo, raça e classe, como veremos a seguir.

Expressões de violência obstétrica e a imbricação de sexo, raça e classe

A história do parto e nascimento nasce com as mulheres. Era uma prática de mulheres, com mulheres. Com o desenvolvimento da tecnologia e “avanço” da medicina, aos poucos, o parto passa a ser institucionalizado e, hegemonicamente, controlado por homens por meio da história patriarcal que perpassa a obstetrícia e o discurso masculino-branco, supostamente mais “técnico” e “cientista” (muitas vezes sem base científica), que nega o conhecimento histórico das mulheres sobre seus corpos e sua





capacidade reprodutiva. Às nossas ancestrais parteiras, restou o rótulo de bruxas, as fogueiras, as perseguições e negações que até hoje sofremos, de diferentes formas, buscando nos impedir de ter autonomia sobre nossos corpos e vidas.

O processo de transição da prática do parto realizado pelas parteiras, para a medicina obstétrica, aqui no Brasil, ocorreu em 1808, com a criação das primeiras escolas de medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, após a vinda da família real ao Brasil. Brenes (1991) expõe que a exclusividade da obstetrícia no parto ocorre desde 1840, antes da dominação das técnicas de fórceps e da cesariana. Até então, os cuidados com os partos eram realizados por parteiras ou aparadeiras e, geralmente, em sua maioria, eram mulheres negras e de setores populares (BRENES, 1991).

A nova prática médica com controle social por meio dos corpos se estabeleceu a partir da consolidação da medicina como saber científico, com intervenções tecnológicas consideradas mais eficientes e inquestionáveis sobre os eventos da gestação e do parto. A medicina baseada no tecnicismo e no conhecimento biomédico propiciou, por outro lado, a fragilidade das relações entre paciente e médico, por meio da atenção tecnicista, hierarquizada e reforçada institucionalmente (SENS; STAMM, 2019).

Não queremos negar que o desenvolvimento tecnológico na obstetrícia foi de grande importância e trouxe avanços para a medicina obstétrica e para a sociedade, principalmente, no que se refere à diminuição das mortes maternas e de bebês. Porém, essa contribuição para diminuição dessas mortes não se deu exatamente com a entrada da medicina no acompanhamento ao parto, ela foi um processo. Segundo Maia (2008), a responsabilização da medicina no cuidado com as mulheres causou alguns equívocos, contribuindo para o aumento de taxas de mortalidade de mulheres e bebês, pois entendiam pouco do cenário de parto e das suas dinâmicas. A autora faz referência à década de 1870, em que foi registrada altas taxas de mortalidade materna, ocorridas em hospitais por infecção puerperal ou febre puerperal que só começou a ceder no final do século XIX, por causa da “relutância dos médicos em reconhecerem o potencial iatrogênico de sua prática *atrasando* o combate à infecção em mais de cem anos” (p.37).



Na década de 1960 para 1970, iniciou-se um processo de críticas a determinadas práticas obstétricas. Um dos críticos foi o médico cirurgião e obstetra francês Michel Odent, considerado o primeiro médico a questionar as práticas obstétricas e falar sobre humanização do parto, além de difundir a experiência do parto na água. Para ele, as práticas obstétricas, da forma como estavam sendo realizadas, representavam e representam um desrespeito às mulheres grávidas e parturientes, pois nega ou dificulta suas necessidades e prejudica a sua autonomia.

As investigações sobre a violência obstétrica, porém, de acordo com Kondor e Werner (2013), só tiveram início em 2001, quando o relato de uma jovem da cidade de Rosário, na Argentina, chegou ao Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem) e ao Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (Insgenar). O relato continha a experiência de maus-tratos recebidos pela jovem em um serviço de saúde reprodutiva.

Dentre os conceitos existentes sobre violência obstétrica, optamos por utilizar o da legislação venezuelana², que a define como:

A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em um tratamento hierárquico desumanizado, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2015, p.11, tradução nossa).

Apesar de o conceito centrar nos profissionais de saúde, ou seja, na violência institucional, pretendemos analisar a violência obstétrica considerando suas múltiplas determinações, visto que essa apropriação extrapola a ação dos profissionais e os muros das instituições de saúde. A formação acadêmica ou técnica de profissionais, que influencia na forma de atendimento às mulheres, é outro ponto que precisamos enfatizar, assim como a existência de um poder hierárquico, por meio do qual alguns profissionais de saúde julgam ter maior conhecimento científico do que outros e não aceitam serem questionados.

O Estado, para além dos profissionais, tem papel preponderante no que se refere à existência e manutenção da violência

obstétrica, pois é responsável pelas péssimas condições de trabalho e de estrutura de suas instituições, assim como a falta de valorização pecuniária dos(as) trabalhadores(as) e formação permanente. Estamos falando sobre as condições de trabalho em que tais profissionais estão inseridos(as), muitas vezes, sem estrutura para atender uma demanda específica que seriam as mulheres em gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e em situações de abortamento.

Uma questão séria, associada, em grande medida, à violência obstétrica no Brasil, é o número alarmante de cesáreas no Brasil. De acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil, da Fiocruz, realizada em 2014, o índice de cesarianas é três vezes maior que o recomendado. No geral, 52% dos partos são cesáreas, na rede particular chega a 88%, quando o indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) é de 10 a 15%. A pesquisa mostra que cerca de 70% das mulheres preferem, no início da gestação, ter parto normal. Dessa forma, cesáreas são indicadas de forma desnecessária ou por conveniência dos médicos, sem indicação de evidências científicas para sua realização, ou porque as mulheres decidiram escolher esse tipo de parto.

O Brasil é o segundo país do mundo que mais realiza partos por cesárea, estando a República Dominicana em primeiro lugar. A taxa de cesáreas no Brasil, em 2016, era de 55%, enquanto a taxa da República Dominicana era de 56% (FEBRASGO, 2020).

Dentre as justificativas para realização de cesáreas estão: bebê muito grande, muito pequeno, ou passando da hora; mulher com baixa estatura ou quadril estreito; cordão enrolado no pescoço, pé do bebê preso na costela da mãe; pouco líquido amniótico, mulher que apresenta cesárea anterior; bebê sentado; deficiência ou mobilidade reduzida; falta de contrações ou dilatação; hemorroidas, hepatite ou cardiopatia, entre outros. Porém, essas justificativas por si só, não têm indicação para realização das cesáreas (CHAUVET, 2013).

De acordo com o Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em

que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p.6).

Esse tratamento humanizado, todavia, é comumente negligenciado diante das inúmeras violências obstétricas praticadas no Brasil. De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), configura-se violência obstétrica na gestação:

Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades a atendimentos em postos de saúde onde são realizados atendimentos pré-natal; Comentários constrangedores às mulheres por sua raça, etnia, cor, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou condição conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.; Ofender, xingar ou humilhar a mulher e sua família; Negligenciar atendimento de qualidade; Agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas atendendo aos interesses e conveniência do médico (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Queremos acrescentar o plano de parto³, que mesmo sendo recomendado pela OMS desde o final da década de 1980, ainda é desconhecido pelos profissionais e pelas mulheres. E quando realizados pelas mulheres, são negados ou desrespeitados nas maternidades e hospitais, ou mesmo utilizados como instrumentos de legitimar da violência obstétrica. O plano de parto como instrumento que funcionou para legitimação da violência obstétrica foi percebido na pesquisa realizada em uma maternidade da Paraíba em 2017, por Sampaio, Tavares e Herculano (2019).

Ao analisarmos os dados levando em consideração a raça/etnia, vemos que as mulheres negras são as que têm seus direitos mais negados. De acordo com Paixão *et al.* (2010, p.107), o acesso aos exames de pré-natal entre as mulheres negras e as mulheres brancas se mostra da seguinte maneira: o número de consultas realizadas está entre os intervalos de 1 e 3 consultas e 4 e 6 consultas, respectivamente. Vemos, assim, que o número de



mulheres negras e pardas supera o número de mulheres brancas. Com relação ao número de mulheres que nunca fizeram o pré-natal temos: 1,0% das mulheres brancas não realizam, contra 2,8% das mulheres negras e pardas. Com relação a consultas de pré-natal, das mulheres que realizaram mais de 7 consultas pré-natais, 71% das mulheres brancas têm acesso, contra 42,6% das mulheres negras e pardas. Ou seja, as mulheres negras têm menos acesso ao direito ao acompanhamento do pré-natal do que as brancas, o que confirma a interferência do racismo no fenômeno.

A violência obstétrica no parto caracteriza-se pelo uso de procedimentos de forma rotineira e não orientados pela OMS, que causem dano físico, emocional, sexual e psicológico nas mulheres atendidas, assim como na recusa e violação dos direitos das mulheres, gerando sentimentos de culpa, solidão, inferioridade, medo, revolta, tristeza e insegurança.

A OMS (1996) expõe sobre a exclusão de alguns procedimentos e orienta sobre o uso com cuidado e momento certo de outros que são realizados rotineiramente e que não prejudiquem o bom desenvolvimento do parto, contribuindo para a saúde física, sexual e emocional das mulheres. A manobra de Kristeller – compressão no abdômen com as mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve - é um dos procedimentos não recomendados pela OMS e nem pelo Ministério da Saúde, porém, 36% das mulheres passaram por esse tipo de procedimento (LEAL *et al.*, 2014). A episiotomia – corte no períneo da mulher – deve ocorrer em apenas 10% das mulheres que tiveram parto normal, porém, no Brasil, ocorreu em 53% das mulheres (LEAL *et al.*, 2014). Alguns profissionais chegam a exagerar no corte, o que acaba por prejudicar a saúde física, emocional e sexual das mulheres. É considerada, por alguns profissionais em defesa da humanização do parto e nascimento, como mutilação sexual. Associado a esse procedimento, temos a episiorrafia, que é a costura realizada na episiotomia, que é machistamente chamada de “ponto do marido”, por ser realizada de forma a apertar o canal vaginal, para promover o prazer do marido. Os exames de toques vaginais não devem ser realizados de forma dolorosa, devem ocorrer no intervalo de 4 horas e devem ser realizados de preferência pelo mesmo profissional (OMS, 1996).





Ainda são considerados desnecessários e/ou não recomendados a tricotomia – raspagem dos pelos; a enema – introdução de líquidos no ânus, devendo ser realizado apenas a pedido das mulheres; o uso rotineiro da ocitocina – hormônio que promove as contrações uterinas e reduz o sangramento durante o parto, combinado à amniotomia – ruptura artificial da bolsa amniótica.

Não deve haver a privação de alimentos, água ou líquidos durante o trabalho de parto, outra orientação rotineiramente descumprida. E a litotomia – posição deitada da mulher – no momento do trabalho de parto é prejudicial para o desenvolvimento do mesmo (OMS, 1996).

O relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos (KONDOR; WERNER, 2013) ressalta que diversas pesquisas apontam que a presença de acompanhante⁴ no parto apresentou diversos benefícios para a mãe e para o bebê. Desde 1985, a OMS (2015) recomenda que a mulher tenha esse acompanhamento. A não garantia à mulher de um(a) acompanhante é uma violação de direitos que afeta a humanização do parto e nascimento e, portanto, uma forma de violência obstétrica.

Segundo Venturi e Godinho (2013), uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, divulgada em 2010, mostra que das mulheres entrevistadas, 23% ouviram frases desagradáveis durante o parto. De acordo com a pesquisa considerando a raça: 21% das mulheres brancas ouviram alguma dessas frases; 22% das mulheres negras e 28% das mulheres pardas. Na pesquisa Nascer no Brasil⁵ (LEAL *et al.*, 2014), o uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor é mais vivenciado pelas mulheres brancas (31,5%) do que em mulheres pretas (27,5%) e pardas (26,3%).

Outros dados da pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2014) revelam que as mulheres pretas e pardas são as que menos passam pelos procedimentos da aplicação da ocitocina (brancas – 41,5%, pretas – 37,6% e pardas – 37,1%), cesarianas (brancas – 55,1%, pretas – 34,3% e pardas – 41,6%) e episiotomia (brancas – 60,7%, pretas – 52,1% e pardas – 54,8%), e as que mais passam pela manobra de kristeller (brancas – 34,0%, pretas – 38,4% e pardas – 38,5%), e amniotomia (brancas – 37,8%, pretas – 40,5% e pardas – 42,1%). Além disso, segundo Leal *et al.* (2017), mesmo que as mulheres pretas e pardas sofram menos episiotomias, quando



submetidas a esse procedimento são as que menos recebem analgesia para a realização do mesmo em relação às mulheres brancas.

De acordo com os dados, vemos que as mulheres negras são quem mais sofrem violência obstétrica. O racismo presente nas relações sociais de uma sociedade também estruturada pelo capitalismo e patriarcado determina essa diferenciação, pois se acredita que as mulheres negras são mais resistentes a dor e são boas “parideiras” porque possuem os quadris mais largos, logo, precisam de menos cuidados. Isso reforça o pensamento racista que se baseia na diferenciação biológica de forma hierárquica, como vimos anteriormente, e que se encontra nas práticas de profissionais de saúde⁶. Leal *et al.*(2017) apresentam uma pesquisa realizada por Hoffman *et al.*(2016), com profissionais de saúde, que confirmou a presença de racismo nas práticas obstétricas e fez uma relação aqui no Brasil:

[...] o uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas. Esses autores entrevistaram estudantes de medicina e residentes e constataram que eram comuns as perspectivas identificadas por esses autores como de “racismo internalizado”, de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor. [...] Mesmo que a temática não tenha sido sistematicamente investigada na pesquisa *Nascer no Brasil*, houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia (LEAL *et al.*, 2017, p.10).

O aleitamento materno é outro ponto que nos traz algumas inquietações. Configura-se como violência obstétrica a mulher ser impedida de amamentar e estar com seu bebê nas primeiras horas após o parto, quando não há nenhuma evidência da necessidade desse afastamento. Da mesma forma, não se pode obrigar a mulher a amamentar. As campanhas de amamentação são realizadas para sensibilizarem as mulheres ao aleitamento materno, mostrando suas vantagens para o bebê, porém responsabilizam a mulher pelo sucesso ou fracasso da mesma, individualizando-as sem levar em consideração as condições



sociais (CADONA; STREY, 2014). Acrescentamos aqui, como uma forma de violência obstétrica, a obrigação que é imposta às mulheres para amamentar independente de seu estado emocional e físico, considerando-se apenas o fator biológico das mulheres. A amamentação, sob essa perspectiva patriarcal, deve acontecer a qualquer custo, mesmo que elas sintam seus seios doloridos ou feridos ou estejam sem condições físicas e/ou para amamentar.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) reconhece que a violência obstétrica também abrange as mulheres em situação de abortamento. Conforme o folder publicado pelo órgão, as situações tidas como violência obstétrica, são:

Negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; Questionamento à mulher sobre a causa de abortamento (se intencional ou não); Realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, sem consentimento e frequentemente sem anestesia; Ameaças, acusação e culpabilização da mulher; Coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher em situação de abortamento (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Outra ação que mulheres em situação de abortamento sofrem, que consideramos como violência obstétrica, é quando são encaminhadas para o alojamento em que estão outras mulheres que tiveram seus bebês recém-nascidos, afetando psicologicamente as mulheres em situação de abortamento. A dor causada pelo aborto, seja induzido ou espontâneo, não é considerada pelos profissionais e instituições de saúde, ao alojarem as mulheres que acabaram de abortar ou tiveram sua gravidez interrompida, com mães que estão com seus bebês recém-nascidos.

Outras expressões de violência obstétrica contra mulheres em situação de aborto são as longas esperas para serem atendidas; as humilhações; os questionamentos sobre o que elas utilizaram para causar o aborto; a culpabilização; a criminalização, as denúncias feitas para a polícia; a negativa de atendimento dos profissionais de saúde por meio da chamada “objeção de consciência”⁷ – inclusive, segundo Costa (2013), usado em casos legalizados ou permitidos por lei; a falta de acompanhante; a curetagem sem anestesia, entre outros procedimentos considerados impróprios e invasivos e que fogem do que chamamos de humanização da saúde.



Porém, o artigo 128 do Código Penal prevê a possibilidade de aborto quando a gravidez é resultado de estupro e quando não há outro meio de salvar a vida da mulher. Além disso, a inclusão de um modelo humanizado no atendimento às mulheres passa a ser implantado no Brasil em 2005, com a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde. A Norma afirma que em todas as situações de abortamento a atenção à saúde da mulher deve ser prioridade, a mulher atendida deve ter direito a atendimento multiprofissional, e ser tratada com respeito e dignidade, de forma que seja protegida a sua autonomia e liberdade, ser acolhida e orientada por profissionais sem juízo de valores e eticamente com oferta de apoio emocional na hora do atendimento. Deve-se, ainda, respeitar a sua fala, prestar informar sobre as intervenções necessárias e oferecer alívio para dores.

Contribuições do Serviço Social na atenção básica para o enfrentamento à violência obstétrica

A atenção básica em saúde constitui-se a “porta de entrada” dos usuários para o sistema de saúde brasileiro. A rede de atenção básica é formada pelas Unidades Básicas de Saúde, onde funcionam as Estratégias em Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as Equipes de Saúde Bucal e outros programas, dependendo da característica da unidade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe um novo conceito de saúde, ampliando para a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e de trabalho, como também considerou que as ações de saúde devem se dar numa perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população. Para isso, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução N.º 218, de 6 de março de 1997, que reconhece diferentes profissionais de nível superior, estando em consonância com o novo conceito em saúde e sua integralidade, dentre eles o serviço social. Logo depois, vem a Resolução do CFESS n.º 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o(a) assistente social como um profissional de saúde que atua no âmbito das políticas sociais, não sendo a área de saúde exclusividade de sua ação.



A OMS entende que os “determinantes sociais da saúde” tornam claro o entendimento da saúde como um processo social e como impactam nas condições de vida e saúde das populações, bem como a ocorrência de doenças (FIOCRUZ, 2020).

O Serviço Social realiza sua intervenção baseado nas competências e atribuições presentes no Código de Ética profissional e na Lei de Regulamentação da profissão, respeitando os princípios contidos no Código de Ética. Sua ação não deve reforçar as práticas conservadoras em que as situações-problema não sejam tratadas de forma a fragmentá-las atribuindo aos usuários a responsabilidade de suas dificuldades e isentando a dinâmica da sociedade de classes na produção e reprodução das desigualdades sociais, culturais, econômicas e políticas.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na política de saúde (CFESS, 2010), a intervenção do serviço social deve ser orientada pela perspectiva teórico-política da profissão no reconhecimento da questão social numa perspectiva de totalidade, para isso o(a) profissional deve: realizar leitura crítica da realidade e capacidade para identificar as condições materiais de vida; identificar as respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil; reconhecer e fortalecer os espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos e construir coletivamente, em conjunto com os trabalhadores, as estratégias políticas para a modificação.

Dessa forma, o enfrentamento à violência obstétrica, em uma perspectiva feminista e antirracista, faz-se necessário para contribuirmos com a efetivação do projeto de reforma sanitária no que diz respeito ao direito a ter um atendimento mais humanizado que desperte nas mulheres a autonomia sobre seus corpos e garanta seus direitos sexuais e reprodutivos, assim como contribuir com a melhoria na qualidade da oferta dos serviços, com a qualidade de vida da população e promover a participação da população para a defesa de um SUS igualitário e democrático, sem a reprodução de preconceitos, discriminações e opressões de classe, raça e sexo.

Dentre todas as atividades que são realizadas nas unidades básicas de saúde, escolhemos falar sobre o atendimento às mulheres que procuram a unidade para realizar o pré-natal e, posteriormente, para realizarem outros procedimentos do pós-parto e acompanhamento do bebê.





Esse público ainda não é alvo do serviço social. As gestantes, quando chegam para realizar o pré-natal, já sabem que serão atendidas pelo(a) enfermeiro(a) e médico(a), e quando tem equipe de saúde bucal, pelo dentista, por meio do encaminhamento realizado. Quando a unidade conta com a presença de outros profissionais, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF ou equipe de residência multiprofissional, vemos que esse leque se amplia para a presença de profissionais da nutrição e da psicologia. O serviço social, quando chamado, é para situações que já estão bem agravadas socialmente, o que não quer dizer que tais profissionais não devam, também, atuar nessas situações. Porém, se a atenção básica oferece serviços para prevenção e promoção de saúde, o serviço social também pode contribuir com a saúde das gestantes no pré-natal, no processo de conhecimento e acesso aos seus direitos.

Para tanto, é preciso se ater e superar alguns desafios postos aos e às assistentes sociais que identificamos na nossa observação em campo, tais como: ausência do conhecimento de suas atribuições e competências pelos profissionais das equipes de saúde; a falta de reconhecimento como profissional que pode contribuir para o acompanhamento do pré-natal por parte das usuárias; a falta de formação dos(as) profissionais sobre patriarcado, violência contra as mulheres, sexualidade, homofobia, racismo, direitos e violência obstétrica; pouco ou limitada socialização dos direitos das gestantes no pré-natal, parto e pós-parto e em situações de abortamento; a falta de conhecimento das gestantes em relação aos seus direitos; as próprias condições materiais precárias de vida dessas gestantes; os entraves ideológicos de profissionais que têm a visão da humanização focada em ações de escuta, redução de tensão e infantilização da usuária (como não tratá-la pelo nome e chamá-la apenas de “mãezinha”); a burocratização dos atendimentos; a sobrecarga dos profissionais de saúde que compõem as estratégias; a falta de reuniões de planejamento e avaliação com as equipes das unidades e, por fim, o sucateamento do SUS, o que favorece a um discurso que justifica a precariedade da oferta e qualidade dos serviços. Neste último, em especial, o serviço social tem a capacidade de fazer enfrentamento e buscar alternativas que possam contribuir para a luta por um SUS com maior participação popular, envolvendo profissionais que se identifiquem com a defesa de uma nova forma de pensar o SUS e usuários(as) na defesa de seus direitos.





No sentido de promover e contribuir com a defesa dos direitos das gestantes e no enfrentamento da violência obstétrica e tendo por base os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na política de saúde, propomos as seguintes possibilidades: a realização do pré-natal compartilhado com a presença de profissionais de saúde que podem contribuir para o atendimento de forma a garantir a sua integralidade e o direito a ser atendida por uma equipe multiprofissional mais ampliada; participar e/ou fortalecer os grupos de gestantes existentes na unidade juntamente com os profissionais que já acompanham as mulheres, acrescentando as discussões sobre humanização e história do protagonismo das mulheres no parto e defesa, violência obstétrica x direitos das mulheres (associados à desconstrução de mitos racistas e patriarcais); articulação com instituições e profissionais de outras áreas presentes no território que possam contribuir com a defesa dos direitos das mulheres e com o fortalecimento da intersetorialidade; realizar visitas domiciliares sempre que achar necessário ou for solicitada, garantindo a inviolabilidade da intimidade da usuária e orientar as mulheres sobre os seus direitos. Além disso, as salas de espera são espaços privilegiados para tratar temas relacionados aos direitos das mulheres na gestação, parto e pós-parto acompanhado de folhetos ou fanzines que elas possam levar para casa e consultar sempre que tiverem dúvidas. É importante destacar que esses folhetos precisam ser escritos da forma mais didática possível, de preferência com desenhos e fotos para as mulheres com baixa escolaridade compreenderem. Todas essas possibilidades contribuem para criação de vínculos entre profissionais e usuários(as) do SUS.

Dentre os direitos que podemos dar destaque estão: informar o que são os planos de partos e sua importância; seus direitos trabalhistas como trabalhadora assalariada ou trabalhadora autônoma - dentre os direitos da gestante trabalhadora temos o de se ausentar do trabalho, no mínimo, seis vezes, para realizar acompanhamento médico ou exames necessários para a garantia de seu bem-estar. Esse direito é garantido pela CLT, no artigo 392; o direito a, no mínimo, seis acompanhamentos ao pré-natal; direito a acompanhante de sua escolha, garantido pela Lei Federal n.º 11.108, de 07 de abril de 2005, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-





parto; ter o direito de ser chamada pelo nome e não somente “mãezinha” ou “mãe” ou apelidá-la de “buchudinha”, a não ser que seja vontade dela; ser tratada com respeito pelos profissionais de saúde; ter direito às informações necessárias com relação ao trabalho de parto e pós-parto; direito de escolher o tipo de parto depois de ter conhecimento dos riscos e benefícios de cada parto; exames de toques vaginais não dolorosos a cada quatro horas pelo mesmo profissional, a não ser que haja troca de plantão; direito à informação sobre todos os procedimentos que serão realizados durante o trabalho de parto e pós-parto; direito a consumir alimentos e água durante o trabalho de parto; direito a ser respeitada sem que lhe façam piadas ou frases que firam a dignidade; direito a realização de exames necessários para o acompanhamento do pré-natal e às informações sobre como e onde denunciar, caso passe por algum tipo de situação que se configure em violência obstétrica, seja na própria UBS, seja no hospital ou maternidade em que foi atendida.

Diante de todos esses direitos e possibilidades de atuação profissional, é importante que sejam consideradas as experiências das mulheres e suas condições concretas de vida. Informar sobre os direitos das mulheres, mas compreendendo que as instituições ainda não estão preparadas para a efetivação dos mesmos e socializar os possíveis entraves que podem ter ao tentar acessar alguns direitos, por exemplo: hospitais e maternidades que não estão equipados estruturalmente ou com equipes de profissionais capacitados para atender as usuárias a partir das novas práticas e intervenções durante o parto, o que pode ocasionar a não garantia do direito ao acompanhante do sexo masculino. A orientação do serviço social, como profissional capacitado e crítico, deve ser despertar nas usuárias a autonomia e reconhecimento dos seus direitos e saber quais os caminhos seguir caso seu direito não seja efetivado. Dessa forma, estaremos contribuindo para o fortalecimento do SUS e estimulando a participação popular.

As possibilidades do serviço social no acompanhamento das mulheres ao pré-natal devem ser organizadas de forma que se crie uma rotina no atendimento e acompanhamento das gestantes, com a presença desse(a) profissional compondo uma equipe multiprofissional voltada à garantia dos direitos das usuárias do serviço. Além disso, devemos levar em consideração a identificação de condicionantes sociais da saúde, pois existem





as mulheres que realizam pré-natal que são adolescentes, que sofrem violência doméstica ou intrafamiliar, que são negras e pardas, que são homoafetivas, que têm histórico de abuso sexual, que dependem do programa Bolsa Família, que são dependentes químicas e que estão com os vínculos familiares totalmente fragilizados e não conseguem ter direito de escolher o acompanhante, ou seja, há mulheres sozinhas.

Considerações finais

Quando se fala em violência obstétrica tudo fica muito centrado na violência institucional. Não estamos querendo dizer que ela não é importante, inclusive, tem-se visibilizado bem como institucional porque são muito frequentes os casos que ocorrem nas instituições e tem-se a ideia de que quando volta para casa tudo muda e fica tranquilo. Mas nem sempre é assim. A violência obstétrica que as mulheres estão vivenciando nas maternidades e hospitais é histórica e tem a ver com as relações desiguais da sociedade, que acaba reproduzindo e/ou reforçando essa prática. Como defendemos ao longo do artigo, para nós, as relações que estruturam a violência obstétrica, assim como outras formas de violência contra a mulher, assentam-se na dinâmica dialética das relações sociais de sexo, raça e classe que, por sua vez, em uma perspectiva de totalidade, conformam o sistema patriarcal-racista-capitalista que vivemos. Por isso, partimos da importância de se analisar a violência obstétrica para além do identitarismo feminino e/ou racial, mas como um fenômeno perpassado por antagonismo e conflitos de classe que se imbricam estruturalmente com o racismo e o patriarcado.

Nesse sentido, a violência obstétrica se apresenta como uma expressão da questão social, mas como no Brasil ainda é um tema invisibilizado, naturalizado e não existe uma lei que tipifique esse tipo de violência, dificulta a execução de políticas públicas voltadas para o atendimento e segurança das mulheres em seu processo reprodutivo.

Tanto na Atenção Básica, como nos outros níveis de Atenção à Saúde, as mulheres fazem parte do público atendido por profissionais de Serviço Social e as mulheres que passam pela experiência de gestação, parto, nascimento e abortamento não ficam fora desse público. Por isso, torna-se importante que o serviço social se aproprie da temática sobre violência



obstétrica, humanização no parto e nascimento e legalização e despenalização do aborto.

Por fim, entende-se que o processo de renovação do Serviço Social brasileiro é marcado pela ruptura histórica da profissão com o conservadorismo, laicização da profissão e defesa dos princípios presentes no código de ética, que se tornam fundamentais para a concepção do Projeto Ético-Político da profissão, vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária. As(os) assistentes sociais na área da saúde, em seu cotidiano, devem atuar levando em consideração o reconhecimento da liberdade como valor ético central, a defesa intransigente dos direitos humanos das mulheres, a luta contra o racismo, o reconhecimento dos direitos à humanização, agindo eticamente por meio da democratização de informações, respeito às decisões das mulheres independentemente de seus valores e crenças religiosas e individuais, assumindo compromisso ético-político na luta contra todas as formas de discriminação, explorações e opressões.

O enfrentamento à violência obstétrica não deve ser responsabilidade restrita dos profissionais da saúde, incluindo o serviço social, mas deve estar inserida em todas as políticas que tratem da violência contra as mulheres, até porque esse tipo de violência, assim como as demais, resultam de um sistema patriarcal-racista-capitalista que deve ser enfrentado na sua integralidade.

Referências

ÁVILA, M. B. *O Tempo do Trabalho das Empregadas Domésticas: tensões entre dominação/exploração e resistência*. Recife: UFPE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n.º 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Reimpressão. Brasília: MS, 2002. 28p. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios, n.º 43).

- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública*, v.7, n. 2, Rio de Janeiro, apr./june, 1991.
- BUENO, S.; LIMA, R. S. (coord.). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.
- CADONA, E.; STREY, M. N. A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2014, v.22, n.2, p.477-499. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. 81p.
- CISNE, M. *Feminismo e consciência de classe*. São Paulo: Cortez, 2014.
- CISNE, M. *Feminismo, Luta de Classes e Consciência Militante Feminista no Brasil*. Tese de doutorado em Serviço Social defendida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro: UERJ, 2013.
- COSTA, A. M. Por que legalizar o aborto? *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* [online]. 27 set. 2013. Disponível em: <<https://cebes.org.br/por-que-legalizar-o-aborto-2/1648/>>. Acesso em: 29 mar. 2022.
- DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência obstétrica: você sabe o que é?* São Paulo. 2013. Folder.
- FEBRASGO. *Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas*. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- FIOCRUZ. *O que é DSS*. 2020. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados*. SESC: São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

HERCULANO, T. B.; SAMPAIO, J.; TAVARES, T. L. de A. Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 27, n. 3, dez. 2019. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2019v27n356406/42058>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

IBGE/PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Rendimento de todas as fontes 2019*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2020. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709_informativo.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2022.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estudos/ CEBRAP*, mar. 2010, n. 86. São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n86/n86a05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

KONDOR, C.; WERNER, L. Violência Obstétrica e sua configuração no Brasil. In: STEFANO, D. MENDONÇA, M. L. *Direitos Humanos no Brasil 2013*. Relatório da Rede Social de Justiça e direitos Humanos. São Paulo, 2013. p. 139-144. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2020.

LEAL, M. do C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, v.30, suppl.1, p.S17-S32. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24mar. 2020.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto normal no Brasil. In: *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. 2008. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

O RENASCIMENTO do Parto. Produção de Eduardo Chauvet. Roteiro de Érica de Paula. Brasil. Master Brasil Filmes. 2013. (90 min), doc./cor. Disponível em: <<http://megafilmeshd.net/o-renascimento-do-parto/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. Genebra: World Health Organization, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 23 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Maternidade Segura*. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: World Health Organization, 1996.

PAIXÃO, M. et al. (org.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2009 – 2010*. Rio de Janeiro: Garamound, 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê: Violência Obstétrica “Parirás com dor”*. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2014.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revista de Enfermagem*, UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

SAFFIOTI, H. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, H. *Gênero, patriarcado, violência*. 2.^a Reimpressão. São Paulo: Graphium Editora/Fundação Perseu Abramo, 2011.

SENS, M.M.; STAMM, A.M.N.F. *Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente*. Botucatu: Interface, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/yMPTcmQQDRzbxYVyLvPRnKM/?lang=pt>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre El Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 17 maio 2015.

VENTURI, G.; GODINHO, T. *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: Uma Década de Mudanças na Opinião Pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

Notas

- 1 O UBSZine é um fanzine criado para auxiliar as atividades em grupos e salas de espera, contendo informações sobre o tema apresentado para discussão nesses espaços coletivos. ↑
- 2 Existem três motivos para o uso do conceito de violência obstétrica da Venezuela. O primeiro deve-se à presença do conceito venezuelano em documentos brasileiros como o Dossiê: Violência obstétrica: “parirás com dor” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012) e em projetos de leis que estão em tramitação no Brasil, como o PL N.º 7.633/2014, de autoria do ex-deputado Jean Wyllys. O segundo deve-se à abrangência que o conceito venezuelano traz quando define violência obstétrica, não se restringindo apenas a procedimentos que devem ou não ser realizados, mas que abarca a história de subordinação das mulheres e apropriação de seus corpos e sexualidade trazendo consequências negativas em suas vidas. Por fim, o terceiro motivo é que a violência obstétrica está incorporada, na legislação venezuelana que tipifica a violência contra as mulheres, como mais uma de suas formas de expressão. ↑
- 3 O plano de parto é um planejamento realizado durante o pré-natal baseado na avaliação de risco com identificação de local de parto, tipo de parto que deseja, procedimentos, acompanhante, enfim, é um documento no qual a gestante, juntamente com a equipe profissional que a acompanha, explicita como deseja que seu parto seja realizado. ↑
- 4 A Lei Federal N.º 11.108, de 7 de abril de 2005, altera a Lei n.º 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. ↑
- 5 A pesquisa Nascer no Brasil utiliza os critérios de cor da pele, utilizando as denominações pretas, pardas, brancas, amarelas e indígenas. ↑
- 6 Não só em profissionais de saúde, mas sabemos que o racismo está presente em toda a sociedade e se materializa no preconceito e discriminação presentes nas instituições da sociedade e em outras dimensões da vida social apontadas pelas pesquisas. ↑

7 A objeção de consciência é uma atitude amparada pelo código de ética profissional de algumas categorias profissionais. No caso do Código de Ética Médico, em seu Artigo 28, é direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (BRASIL, 2014, p.20). Porém, a Norma Técnica na Atenção Humanizada ao Abortamento esclarece: “não cabe objeção de consciência: a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a); c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência” (BRASIL, 2014, p.21). ↑



Este número da Revista Praia Vermelha
foi diagramado em maio de 2022
pelo Setor de Publicações e Coleta de
Dados da Escola de Serviço Social da
UFRJ, para difusão online via Portal de
Revistas da UFRJ. Foi utilizada a fonte
Montserrat (Medium 13/17,6pt) em
página de 1366x768pt (1:1,77).