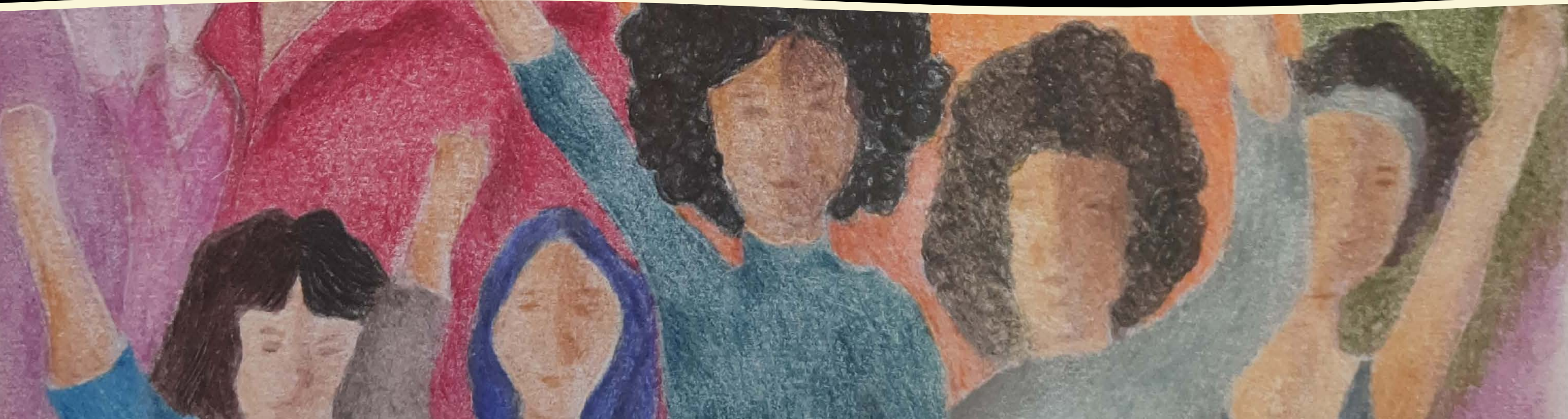


# Praia Vermelha



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

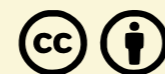
## Feminismos e Serviço Social

**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](http://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

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

# Praia Vermelha

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

## Formação acadêmico-profissional e o debate da humanização do parto numa perspectiva feminista-antirracista

**Formação Acadêmico-Profissional**  
**Violência Obstétrica**  
**Humanização do parto**  
**Violência contra a mulher**  
**Racismo**

O artigo apresenta ensaio crítico, abordando a questão da formação de profissionais da saúde sobre o enfrentamento da violência obstétrica e a luta pelo direito das mulheres ao atendimento humanizado. Recorre-se à revisão bibliográfica e evidências científicas, a fim de descortinar violações de direitos institucionalizadas na assistência à parturição. Reúnem-se profissionais de diferentes áreas, objetivando apreender esta questão enquanto resultado direto das opressões no capitalismo, racismo e patriarcado. Como resultado, propõe-se conteúdos temáticos a serem transversalizados na formação acadêmico-profissional, na busca pela promoção de saúde pública e pelo atendimento humanizado.

Academic-professional education and the debate on childbirth humanization from a feminist and anti-racist perspective

The essay presents a critical analysis, addressing the subject of healthworkers' qualification on combating obstetric violence and women's rights fight to humanized care.

Professional-educational qualification  
Obstetric Violence  
Childbirth humanization  
Gender Violence  
Racism





## Introdução

A formação acadêmico-profissional, aqui entendida como o período de formação na graduação, apresenta-se como um processo formativo e informativo pelo qual estudantes passam para se habilitarem ao exercício de uma determinada profissão.

Para além de sua importância enquanto formação técnica, teórica/prática e especializada, compreendemos que se desenvolve um processo que diz respeito não só ao acesso às diferentes informações, até então muitas vezes desconhecidas pelo(a) estudante, mas, em especial, ao processo de formação de um(a) profissional e ao mesmo tempo de um sujeito social que poderá ver e rever suas posturas na relação com o(a) outro(a), com o mundo.

Falamos, portanto, de uma formação que reverbera não só na atuação do(a) futuro(a) profissional, mas na vida social como um todo. Assim, a formação acadêmico-profissional deve ser pensada de forma ampla e com explícita intencionalidade no que se refere à(o) profissional que se pretende formar. Para que se pretende formar? Qual perfil se pretende formar? Qual o compromisso social deste(a) futuro(a) profissional?

Destarte, compreendemos que, para além da formação específica de cada área, muitos são os conhecimentos transversais, bem como perspectivas teóricas, que deveriam compor as matrizes curriculares dos diferentes cursos, e aqui, gostaríamos de ressaltar os cursos que formam profissionais que atenderão a população diretamente no acesso às políticas de saúde e assistência social.

Sabemos que para a efetivação dos direitos sociais, mediatizados pela implantação das diferentes políticas sociais, são fundamentais a vontade e compromissos políticos, de gestão, recursos financeiros e pessoal. No entanto, embora os(as) profissionais não sejam o único elemento dessa equação, são fundamentais para a efetivação dos direitos, o que nos remete a importância de pensar sua formação.

Trazemos para este artigo, especificamente, a reflexão sobre a efetivação de direitos de mulheres e bebês no que se refere aos direitos reprodutivos e sexuais, no campo da humanização do parto, do enfrentamento à violação de direitos, contra a violência obstétrica, e do atendimento pós-parto.



Partimos de uma abordagem feminista, entendendo a maternidade como uma escolha que deve ser realizada por cada mulher diante de seus desejos, condições e planos, o que inclui, necessariamente, nos posicionarmos contrárias à maternidade compulsória, a favor da descriminalização do aborto e da construção de políticas sérias de contracepção que sejam acessíveis a todas as mulheres e homens trans.

O debate da maternidade, e conseqüentemente de tudo que a envolve, desde a gestação até a criação das(os) filhas(os), ficou relegado ao segundo plano no campo dos feminismos e das esquerdas. Entendemos que isso ocorreu diante da necessidade histórica de afirmação de outras pautas e de negação da maternidade compulsória e/ou da imagem social da mulher como “mãe” e reprodutora sem escolhas sobre seu corpo e sua vida. Compreendemos, no entanto, que se faz mais do que necessário retomar este debate numa perspectiva feminista, apoiando mulheres em sua escolha à maternidade, de maneira que essa não fique relegada ao campo privado e descoberta de direitos e de apoio social.

Pensar a formação de profissionais numa perspectiva feminista e antirracista nos possibilita vislumbrar a construção de transformações sociais fundamentais mesmo nesta sociabilidade e, sobretudo, na busca de sua superação.

Ao falarmos de uma formação feminista e antirracista, referimo-nos aos aspectos amplos que devem perpassar a teleologia desta formação, de maneira a estarem presentes em todos os conteúdos, bem como, abrirem possibilidades de outras temáticas serem transversalizadas e descolonizadas nas mais diversas áreas do conhecimento.

Pensando o tema aqui abordado, muitos são os profissionais que atendem mulheres gestantes, puérperas e seus bebês nos diferentes serviços da rede de saúde e assistência social. Temos as Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, maternidades, casas de parto, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outros. Nestes serviços, médicas(os), enfermeiras(os), psicólogas(os), assistentes sociais, advogadas(os), fisioterapeutas, fonoaudiólogas(os), terapeutas ocupacionais, dentre outros,



compõem as equipes multi ou interdisciplinares que atendem a mulher nos diferentes momentos de seu ciclo gravídico e puerperal.

Falamos do atendimento de forma ampla, não restrito especificamente às questões físicas do processo gestacional, mas, prioritariamente aos elementos sociais, psíquicos, emocionais, culturais e ideológicos que compõem o processo saúde-doença, bem como, a questão dos direitos das mulheres e suas famílias.

Quais têm sido os conteúdos trabalhados na formação acadêmico-profissional desses diferentes profissionais que os embasa e instrumentalize para um atendimento humanizado tão preconizado pelas políticas de saúde, ou pelas políticas de assistência social no compromisso com os direitos e no combate às diferentes formas de opressão e violações? Como a mulher, seu protagonismo e direitos são considerados na formação dessas(es) profissionais?

Infelizmente, a realidade nos mostra que muitos(as) desses(as) profissionais nunca ouviram falar de parto humanizado, violência obstétrica ou puerpério. A formação, nos tempos atuais, tende a dividir as áreas do saber, e criar especializações e fragmentações do conhecimento.

Nesta perspectiva, reunimos aqui profissionais de diferentes áreas do conhecimento e atuação na universidade, trabalho e ativismo com mulheres<sup>1</sup> para apresentar um ensaio crítico a partir de revisão bibliográfica, análise de evidências científicas e dados de pesquisas nacionais/internacionais sobre conteúdos que podem ser pensados na transversalização do ensino na graduação dos(as) diferentes profissionais da área de saúde e assistência social, no que se refere ao direito de parir e dos cuidados pós-parto.

### **Direito a parir e aos cuidados no pós-parto: a afirmação dos direitos de mulheres diante das opressões de classe, raça/etnia e gênero**

A sociedade capitalista se produz, reproduz e expande através das desigualdades e das diversas formas de opressão entre classe, gênero e raça entendidas como estruturas de poder intrinsecamente interligadas, constituindo uma unidade-diversa que expressa diferentes formas de hierarquização, opressão e exploração nesta sociabilidade, o que nos leva a denominá-la como uma sociedade capitalista, heteropatriarcal e racista.





Historicamente, a desigualdade de gênero e raça não teve sua origem no capitalismo, entretanto, foi nesse sistema que tais desigualdades se acentuaram. Ao mesmo tempo, é possível afirmarmos que a consolidação do capitalismo, mundialmente, se dá a partir do racismo e do patriarcado.

Neste mesmo processo de consolidação do capitalismo, com a necessária hierarquização das relações, a mulher tem papel fundamental na produção e reprodução das relações sociais. São elas “objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras” (SAFFIOTI, 2011, p. 105), responsabilizadas pela formação “moral” e com a função social de reprodução dos valores conservadores nesta sociabilidade.

Consubstancial ao modo de produção capitalista, as múltiplas facetas da violência contra a mulher, estruturadas e estruturantes das relações sociais dessa sociedade, inserem-se em uma das mais brutais manifestações do patriarcado, sistema de opressão voltado à apropriação e controle – social, objetivo e subjetivo – da mulher, cujo corpo torna-se território político, à mercê da acumulação capitalista.

Neste contexto, de acordo com Guillaumin (1978), a produção de desigualdades e a consequente violação de direitos inerente à dominação burguesa, para além das atrocidades impostas à classe trabalhadora, reverberará e assumirá dimensões particulares aos sujeitos, pertencentes a esta classe, atravessados por questões de sexo e raça/etnia, pensadas a partir das relações de sexagem. Trata-se de “um prolongamento dos conceitos de escravidão e servidão” (CISNE, 2015, p. 144), que denota o caráter de apropriação dos corpos e vida das mulheres, resumindo-as ao sexo e abduzindo-as da condição de sujeitos.

Esse processo evidencia-se nitidamente ao pensarmos a condição da mulher negra desde o processo de escravização, onde é possível refletirmos sobre o enovelamento (SAFIOTTI, 2011) das opressões entre classe, raça e sexo.

Davis (2016), ao falar sobre a escravidão no contexto dos Estados Unidos, apresenta a condição das mulheres que, além de assumirem o trabalho braçal nas lavouras, também assumiram os trabalhos domésticos como mucamas, amas de leite, entre outras atividades, e, sofriam outras formas de opressões e violações,

pois eram vítimas de abuso sexual e outros maus tratos que só poderiam ser infligidos a elas, justamente por serem mulheres.

Como mulheres, as escravas eram inerentemente vulneráveis a todas as formas de coerção sexual. Enquanto as punições mais violentas impostas aos homens consistiam em açoitamentos e mutilações, as mulheres eram açoitadas, mutiladas e também estupradas. O estupro, na verdade, era uma expressão ostensiva do domínio econômico do proprietário e do controle do feitor sobre as mulheres negras na condição de trabalhadoras (DAVIS, 2016, p. 20).

A realidade na América Latina, e, portanto, no Brasil, não foi diferente. “Herdeiras históricas das ideologias da classificação social (racial e sexual), bem como das técnicas legais e administrativas das metrópoles ibéricas, as sociedades latino-americanas não puderam deixar de se caracterizar como hierárquicas” (GONZALEZ, 2020, p. 143). A consolidação do capitalismo, mundialmente, se deu no processo de colonização, baseado na hierarquização das relações de raça, classe e gênero, estruturando-se a partir do racismo e do patriarcado.

As mulheres negras eram frequentemente estupradas pelos seus senhores e vistas como um objeto que ora trazia satisfação sexual, ora eram exploradas como os homens, ou assumiam os trabalhos domésticos como mucamas ou amas do leite. A exploração sexual servia para satisfação dos homens e, também, como forma de aumentar a população escravizada.

A perpetuação desses papéis e violências contra as mulheres negras continua, com outra roupagem, no estigma da mulata hipersexualizada, da trabalhadora doméstica e da mãe preta, como nos mostra Gonzalez (2018).

É a partir desse cenário racista e heteropatriarcal que marca a formação social, econômica e política no Brasil, que se desdobram diversos tipos de violências contra as mulheres. Segundo dados do suplemento de vitimização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a cada ano cerca de 1,3 milhão de mulheres são agredidas no Brasil, tendo o índice de ocorrências por violência doméstica três vezes maior que os homens (IPEA, 2019). Isso se intensifica para as mulheres negras. O estudo de 2018 do Atlas da Violência constata que “a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3) do que entre as não negras (3,1) – a diferença é de 71%” (IPEA, 2018, p. 51).

Outro elemento importante nesse contexto de desigualdade e violência contra a mulher é a sobrecarga das responsabilidades das tarefas domésticas às mulheres, bem como os menores salários, se comparados aos dos homens. “As mulheres dedicam 18,1 horas semanais aos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos, cerca de 73% a mais de horas do que os homens (10,5 horas semanais); e as mulheres continuam recebendo, em média, cerca de 3/4 do que os homens recebem” (IPEA, 2018).

Compreendendo o enovelamento dessas opressões, e, diante da realidade, fica evidente como tal conjuntura torna as mulheres (em especial as negras) mais propícias a violências – seja psicológica, patrimonial, social, seja física, sexual e/ou obstétrica – e reafirma a importância da luta pela garantia de dignidade, sob o horizonte de emancipação não somente política, mas humana, compreendida na trajetória de defesa dos direitos humanos, que, apesar de suas contradições, constitui um importante território de resistência.

Neste cenário de diferentes violações contra a mulher, está a vivenciada especificamente no ciclo gravídico-puerperal: a violência obstétrica, entendida como,

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (DEFENSORIA PÚBLICA-SP, 2013).

Conforme pesquisa de 2010 da Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro parturientes (25%) sofreu algum tipo de violência obstétrica no Brasil. Some-se a isso, o desconhecimento existente sobre os direitos, e, portanto, um não reconhecimento, por parte de muitas mulheres, de violações sofridas em seu ciclo gravídico-puerperal ou em abortamentos, e, teríamos um número assustador!

No caso das mulheres negras, essa violação, em geral, é atravessada pela vivência do racismo, tornando-se, portanto, uma dupla violação neste processo. Assim, falar de violência obstétrica é falar também do racismo institucional e estrutural.

Infelizmente, a maioria das mulheres desconhece este debate e seus direitos, bem como, desconhece o que é, e quais as



formas de violência obstétrica. Muitas, inclusive, agradecem seus/suas agressores(as), acreditando que a violação sofrida foi responsável por “salvar sua/seu filho(a)”, tampouco, percebem que muitas das violações cometidas entrecruzam-se com práticas e posicionamentos racistas.

A violência obstétrica pode manifestar-se em todos os momentos do ciclo gravídico puerperal – desde a gravidez ao parto, puerpério e aborto – e compreende a imposição de intervenções danosas à integridade física, emocional e psicológica da mulher, com potenciais riscos e sequelas à sua saúde e de sua/seu filha(o). Esta forma de violência não se limita às práticas de profissionais da saúde em si, mas às instituições, sociedade e família. As agressões oriundas dessa forma de violência, por vezes implementadas rotineiramente no processo de parturição, podem se expressar de diferentes maneiras, tais como: violações físicas, verbais, sexuais, psicológicas, institucionais e midiáticas.

O conjunto dessas agressões insere-se no âmbito de violações dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, exercendo o controle heteropatriarcal-racista-capitalista sobre esses corpos. E, os desafios postos às mulheres gestantes não se encerram no parto. A vivência do puerpério de maneira solitária, sem rede de apoios e em condições físicas e psicológicas de fragilização, endurece ainda mais a conquista da amamentação e da criação de suas/seus filhas(os).

Como nos inspira o médico francês Michel Odente, no filme *O renascimento do Parto* (2013), “para mudar o mundo precisamos mudar a forma de nascer”. Mudar a forma de nascer, reconhecendo o protagonismo das mulheres, usando a ciência e seu conhecimento a favor da humanização desse nascimento e impedindo práticas racistas, certamente é parte de um processo de rupturas com o patriarcado/racismo e suas violações e propiciadora da construção de relações com vínculos afetivos fortemente estabelecidos, bem como, de uma transformação da compreensão do lugar e papel da mulher no processo da maternidade e da vida social.

É neste sentido que compreendemos que urge a formação de profissionais aptos(as) a compreenderem o ciclo de violências ao qual mulheres são submetidas em suas gestações, parto e puerpério, bem como do racismo institucional, de maneira



que sua atuação junto às mulheres tenha uma abordagem humanizada, antirracista e propicie um processo de informação e formação dessas mulheres criando autonomia e condições para a prevenção da violência obstétrica e a busca de partos e pós-partos humanizados, o que, em nosso entender, reverberará em todas as relações desta mulher socialmente.

### **Conteúdos fundamentais a uma formação profissional comprometida com o combate a violações e opressões contra mulheres no ciclo gravídico-puerperal**

A partir de nosso encontro na construção de conhecimento na disciplina ofertada, bem como de nossas experiências profissionais/ativismo junto a mulheres e de pesquisas no âmbito do mestrado e iniciação científica, pudemos sistematizar alguns conteúdos essenciais à formação dos(as) diferentes profissionais da área de saúde e assistência social.

Apresentamo-los abaixo, em quatro tópicos, como possíveis orientadores da criação de conteúdos transversais em disciplinas específicas nos cursos de graduação das diferentes áreas, criação de disciplinas próprias sobre o tema, formações, projetos de extensão, pesquisas, e tantas outras possibilidades formativas, tendo como fio condutor a perspectiva feminista e descolonização dos currículos.

#### ***Tópico 1: As formas objetivas e subjetivas de violência obstétrica e as questões de raça, sexo e classe***

A apreensão sobre a violência obstétrica enquanto conjunto de práticas institucionalizadas na assistência à saúde de parturientes deve ser compreendida em sua dimensão histórica, sobretudo a partir do marco da guerra contra a autonomia das mulheres instaurada pelo capitalismo, bem como do processo de escravização, que demarcam a consolidação do capitalismo, como abordamos anteriormente.

Neste contexto, o corpo tornou-se elemento inerente à dinâmica capitalista para sua produção, reprodução e manutenção.

Foi a partir de então que o parto, outrora um ritual de cooperação mútua entre mulheres, em um momento em que estes sujeitos haviam assumido o controle sobre a parturição e o uso de métodos contraceptivos (durante a Idade Média), enfrentou uma



masculinização da prática: enquanto as mulheres foram reduzidas a um papel passivo no parto, homens médicos, agora, passaram a protagonizar este processo. O útero, aqui, transformou-se em território político (FEDERICI, 2004, p. 163), arena sob a qual homens e Estado disputam o controle sobre a procriação, ao mesmo tempo em que assume um dos campos protagonistas de resistência feminista.

As reverberações desse fato histórico traduzem-se nos procedimentos aos quais parturientes serão submetidas - desde a gravidez ao trabalho de parto, puerpério e situações de abortamento - como uma de suas expressões enraizadas. Assim sendo, as agressões compreendidas no âmbito da violência obstétrica materializam-se em falas, ações e omissões que minam a autonomia e protagonismo das mulheres, colocando em risco sua saúde e integridade físicas e psicológicas. No caso das mulheres negras, ainda agregadas ao racismo institucional e estrutural.

Tais níveis de violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher manifestam-se de diferentes maneiras, dentre elas, podemos destacar:

*Negação ao direito a presença de um(a) acompanhante* – A presença do(a) mesmo(a) durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto é garantida pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005a), e reafirmado pela Resolução da Diretoria Colegiada n.º 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 3 de junho de 2008. No contexto atual de pandemia do novo coronavírus, constitui-se como um dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher mais negligenciados diante das limitações impostas em nome da saúde pública. Apesar de suas implicações, a exclusão da presença física de um(a) acompanhante está intimamente associada aos sentimentos de desconforto, ansiedade e estresse pela mulher parturiente, fatores que inibem a produção natural de hormônios facilitadores do parto vaginal.

Dentre os benefícios da presença de uma pessoa de confiança da mulher, encontra-se a diminuição das cirurgias cesarianas e da medicalização para alívio de dores, a redução do tempo de trabalho de parto e dos casos de depressão pós-parto (GUIMARÃES, 2012).





Vale ressaltar que a violação deste direito não é algo específico da pandemia e é fortemente atravessada por questões de classe, expressando também o racismo institucional. As mulheres encarceradas e em situação de rua (que são em sua maioria negras), por exemplo, raramente têm esse direito garantido.

*Restrição de posição no parto* – A Portaria 1.067 de 2005 (BRASIL, 2005b) prevê o respeito por parte da assistência à escolha da mulher sobre o local e posição de parto, cabendo-lhes, ainda, instigar posições não supinas durante o trabalho de parto. No entanto, em muitas instituições a prática é reversa: obrigam-nas a ficar em posição de litotomia ou supina, em contraposição à prona, pois, assim, garante-se melhor visualização da vagina e maior manipulação de intervenções médicas, em detrimento da “evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição” (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

*Episiotomia* – Cirurgia realizada na região do períneo por meio de um corte. Estima-se que, no Brasil, a episiotomia é realizada em 71,6% dos partos normais (BRASIL, 2006), ainda que sem respaldos científicos que validem essa prática. Ao contrário, dentre as complicações compreendidas estão a incontinência urinária, fecal e de flatos, segundo Chang (2010), além de dores nas relações sexuais. É a única cirurgia ausente de esclarecimento e permissão da usuária dos serviços de saúde, obstruindo a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo. É comum, ainda, durante a sutura, a realização de um ponto a mais, o chamado “ponto do marido”, suturando a entrada do canal vaginal - simulando o hímen. Ratifica-se, assim, a lógica de objetificação dos corpos femininos, a fim de “preservar” o prazer masculino em detrimento da saúde da mulher.

Para Cielloet *al.* (2012), a questão da episiotomia é um dos problemas atravessados expressamente pelas questões de classe e raça, uma vez que as mulheres negras têm características diferentes em relação à cicatrização, por terem maior tendência a queloides, cicatrizes mais comuns em pessoas negras, estando mais expostas a complicações. Condição essa nunca abordada ou pensada pelos profissionais de saúde ante a realização deste processo.





*Cesárea sem indicação real* – Procedimento abusivo e antiético quando realizado de forma indiscriminada, as cesáreas são comumente realizadas seguindo a lógica capitalista de produção, em que é prezada a agilidade no trabalho de parto acima do bem-estar da mulher parturiente e de sua/seu filha(o). A indicação desnecessária da cesárea, em geral, se dá pela informação distorcida que amedronta mulheres, com muitos mitos, como veremos posteriormente.

O revés das cesáreas desnecessárias está relacionado aos índices de prematuridade e aumento da morbimortalidade materna (CHANG *et al.*, 2012; VICTORA *et al.*, 2011). Obviamente, sabemos que a cesárea, assim como tantos outros procedimentos cirúrgicos, quando tem indicação correta, pode salvar vidas. O problema é a sua alta taxa de indicação de maneira desnecessária.

*Manobra de Kristeller*– É a compressão abdominal com a força de um profissional sobre a mulher. É reconhecidamente ineficaz e danosa à saúde (REIS; PATRÍCIO, 2005), podendo acarretar o deslocamento da placenta e trauma das vísceras abdominais e do útero (BRIQUET; GUARIENTO, 2011).

*Recusas de atendimento e do direito à analgesia*– Em geral, são realizadas sob diversas falas que expressam violência verbal e emocional do tipo “na hora de fazer não reclamou”, “fica quieta porque quanto mais gritar mais demorará a ser atendida”, “você é forte e suporta dor”, “logo, logo estará aqui de novo”.

Esse tipo de violação é extremamente transversalizado pelas condições de classe, geração e raça, expressando o preconceito contra mulheres pobres, adolescentes e o racismo institucional sofrido pelas mulheres negras sob o discurso de que sentem menos dor e por isso recebem menos assistência e analgesia, quando solicitada.

*Abortamento* – Situações de abortamento nas quais se incide significativamente o tratamento desumano e cruel destinado à mulher usuária do sistema de saúde, pautado, sobretudo, em uma moral conservadora. O resultado ilustra-se em casos como o da menina de dez anos que engravidou após sofrer sucessivos estupros e, apesar do direito legal ao aborto, precisou de autorização judicial no Espírito Santo; após, sofreu, ainda, diversas violações até conseguir acesso ao aborto seguro e legal, a ponto





de ser obrigada a entrar no hospital escondida, dentro de um porta-malas de um carro, temendo por sua vida e integridade física. O cenário escancara a questão salientada neste artigo, de que a violência obstétrica se estende muito além das mãos das(os) profissionais da saúde.

Elencamos, acima, algumas das situações de violência obstétrica mais conhecidas e ainda, infelizmente, muito comumente vivenciadas. Suas ocorrências demonstram a necessidade de entendermos a existência de várias formas de gestar e parir, que são atravessadas por questões geracionais, de classe e raça, expressando fortemente o racismo institucional e demonstrando que o enfrentamento a estas situações deve levar em conta as desigualdades e opressões de classe e raça, bem como, de uma perspectiva feminista.

### ***Tópico 2: Entendendo mitos e verdade sobre parto natural e cesárea, na busca do parto humanizado***

É fundamental que profissionais da área de saúde tenham compreensão das diferenças entre parto normal, parto natural e cesárea, sabendo informar às gestantes as reais indicações e implicações de cada procedimento.

O parto normal costuma ser usado como sinônimo de parto vaginal. Quando falamos de parto natural, além da via do parto ser vaginal, é quando o nascimento ocorre sem o auxílio de intervenções médicas, tais como anestesia, analgesia ou medicamentos para estimular a dilatação do colo uterino e acelerar contrações.

A cesárea é uma intervenção cirúrgica que consiste em tirar o feto através de uma incisão na parede abdominal e útero. Deve ser realizada apenas em situação necessária, com real indicação médica, já que, sendo uma cirurgia de grande porte, acarreta riscos imediatos e de longo prazo. Não se recomenda que seja eletiva, pois não se trata de “escolhê-la” como via de parto, mas sim, necessitar da mesma<sup>2</sup>.

Trata-se, portanto, de diferentes vias de parto e/ou tipos de intervenção no momento do parto. Todos eles, no entanto, podem ocorrer dentro de uma perspectiva humanizada. E o que isso significa?

O parto humanizado não pode ser definido como um tipo de parto. Muitas pessoas acham que um parto humanizado é realizado de forma natural e sem participação de equipe especializada, de maneira espontânea e acompanhado apenas por doulas. Isso demonstra um desconhecimento total e mitificação sobre a humanização do parto.

Precisamos olhar de forma singular para cada mulher e compreender as determinações de classe e raça que atravessam seu existir e suas necessidades, respeitar o seu tempo e suas vontades. Para tanto, é importante que esta mulher esteja devidamente informada sobre a fisiologia do parto, consciente de seu corpo, suas possibilidades, as diferentes vias de parto e seus riscos.

A equipe deve estar preparada para transmitir segurança e oferecer conforto para essas mulheres, o que vai contribuir com a atuação dos hormônios para que o processo ocorra de forma natural e tranquila. Profissionais como doulas, que têm a função de apoio físico e emocional durante o pré-natal e parto, podem contribuir de maneira importante no processo, assim como enfermeiras obstétricas e obstetrizes. No entanto, a garantia de um parto humanizado não está em ter ou não estas profissionais presentes, mas sim, do respeito da equipe ao corpo e protagonismo da mulher, bem como do conhecimento que a gestante e sua família têm sobre seus direitos.

É fundamental preparar um ambiente tranquilo e confortável, de acordo com as necessidades da mulher, ofertar opções de posição para parir e contato pele a pele após o nascimento. Reconhecer o protagonismo da mulher e ofertar segurança e conforto para que ela possa exercer tal protagonismo. É necessário ouvir as mulheres para entender o que elas precisam naquele momento. Um aliado importante neste processo é o Plano Individual de Parto. No estado de São Paulo, por exemplo, ele é assegurado e regulamentado enquanto direito das gestantes atendidas no SUS pela Lei n.º 15.759, de 25 de março de 2015 (SÃO PAULO, 2015). É importante que se pautem tal questão e que haja o reconhecimento deste direito em todo território nacional.

Diante desse conhecimento básico, é importante ainda, que os(as) profissionais tenham informações baseadas em evidências que possibilitem o fortalecimento de gestantes na busca de



um parto normal (ou natural) numa perspectiva humanizada, munindo-as de informações que desmistifiquem o senso comum que conduz tantas mulheres às cesáreas desnecessárias e, conseqüentemente, a maiores riscos para sua saúde e recuperação.

Neste sentido, indicamos que, além de textos acadêmicos sobre o assunto, haja a busca de dados/pesquisas acerca dos partos no Brasil e no mundo, bem como, o contato com depoimentos na busca da escuta das mulheres e suas histórias. Um ótimo recurso são os filmes, documentários, tais como o reconhecido “O Renascimento do Parto” (nas suas três edições), dentre outros.

É necessário, ainda, desmistificar os vários mitos que conduzem muitas mulheres a uma cesárea desnecessária, ou à realização de violências, tais como a manobra de Kristeller e episiotomia. Alguns desses mitos são:

- Cordão umbilical enrolado no pescoço: no interior dele existem 2 artérias e 1 veia, através dessa veia o feto vai receber os nutrientes necessários e oxigênio. Para comprimir seria necessário um nó bem apertado, portanto, a volta no pescoço não representa risco;
- Falta de dilatação: se a mulher ainda não está em trabalho de parto não é comum que ela tenha dilatação no colo uterino, isso vai acontecer quando ela tiver contrações efetivas. É impossível prever que o colo não vai dilatar sem esperar esse processo acontecer e cada mulher tem o seu tempo para que isso ocorra;
- Gestação a termo tardio (passar das 40 semanas): estamos acostumadas a ouvir que a gestação vai até 40 semanas, sendo que na verdade, este é o tempo médio da duração de uma gestação, ou seja, ela pode ir semanas além disso naturalmente e sem qualquer problema. O início do trabalho do parto se dá quando respostas hormonais do corpo da mãe e do(a) filho(a) indicam que aquele(a) bebê está pronto para nascer e sobreviver no mundo aqui fora, e cada resposta é única, assim como cada bebê é único(a);
- Mecônio: é formado por grande parte de água. Acontece por 2 razões, o sistema digestivo do(a) bebê está pronto para liberar esse mecônio ou porque o(a) bebê se encontra em alguma situação de má oxigenação e ocorre um relaxamento do



esfíncter em uma situação de estresse. Quando é liberado de forma fisiológica não há maiores complicações com isso, ele é um problema quando está associado à queda dos batimentos cardíacos, nesse caso precisa de um monitoramento constante para ver se é necessária alguma intervenção.

O entendimento de todas essas questões, desde os mitos até a compreensão das várias formas de parto, nos leva à desmistificação da romantização do parto humanizado, como ele tem sido muitas vezes “vendido” pelo senso comum ou literalmente transformado em mercadoria pelo capitalismo. Como vimos, não se trata de parir na água, em casa, no rio, muito menos da via de parto.

Desta forma, o conhecimento das desigualdades e diferenças entre as condições de vida das mulheres é fundamental e, lutar para que as instituições nas quais o parto se realiza incorporem estas diferenças e diminuam desigualdades é essencial. Isso nos leva novamente ao necessário debate do enfrentamento ao racismo institucional, pois, é “necessário repactuar os termos e o núcleo da discussão, racializando para politizar os processos seculares de não acesso a métodos de alívio da dor e da autonomia de escolha e protagonismo de decisão” (PIRES; STANCHI, 2020, p. 219).

Numa sociedade na qual mulheres negras são completamente desumanizadas, falar na humanização do parto significa, também, e, sobretudo, enfrentar o racismo institucional reivindicando a humanidade das mulheres negras (PIRES; STANCHI, 2020).

Destarte, construir e socializar informações com base em evidências científicas, desmistificando argumentos do senso comum, construir condições objetivas e subjetivas para a realização do parto no qual haja o protagonismo da mulher e respeito aos seus direitos e de sua família, realizar formas respeitadas e cuidadosas de suporte à dor e sua diminuição quer seja no sistema privado, quer seja no SUS, e, enfrentar o racismo institucional, são premissas fundamentais para a concretização do que vem se pactuando chamar de humanização do parto.

### ***Tópico 3: Enfrentamento às violações no campo dos direitos***

Embora não haja legislação específica sobre violência obstétrica no país, tampouco no sentido de orientações para práticas

médicas e para profissionais da saúde sobre o tema, há aparatos que possibilitam o acesso ao direito ao parto humanizado, bem como, à denúncia de práticas violentas. Compreendemos que para além da esfera jurídica, é necessário que haja na formação acadêmico-profissional essa discussão, de maneira que as(os) profissionais possam orientar as mulheres sobre seus direitos.

Caso haja o reconhecimento da vivência da violência obstétrica durante o parto ou no pós-parto, é necessário que primeiramente o prontuário médico da gestante-parturiente seja requerido no local de realização do parto. Lá estarão relacionados todos os procedimentos utilizados, medicamentos aplicados e todas as intercorrências desde a internação até a alta hospitalar.

Na hipótese da negativa da disponibilização do prontuário médico, a parturiente tem o direito de solicitar um mandado de segurança judicial com a finalidade de acesso a esse documento, que é seu direito, para que possa, então, dar continuidade à possível ação judicial. Também é possível à parturiente ou seu familiar lavrar Boletim de Ocorrência declarando os fatos mesmo que unilateralmente, de modo a registrar o ocorrido e abrir possibilidade de denúncia.

Determinadas condutas, embora não possam se enquadrar como crime de violência obstétrica, visto que não há no Brasil legislação que tipifique essa violação como crime, podem ser enquadradas como outros crimes na legislação brasileira.

Vejamos, pois, em quais crimes, algumas situações de violência obstétrica podem ser enquadradas: o exame de toque não consentido, com abertura forçada do colo de útero, pode se revelar como estupro; aterrorizar a gestante com o medo da morte fetal se não obedecer às ordens médicas, sem que haja respaldo para tanto, pode ser enquadrado como ameaça; xingamentos, insultos, bem como constrangimento ilegal, através de argumentos falaciosos, podem ser enquadrados como crimes contra a honra, como a injúria ou racismo, e, se envolver vantagem financeira pode configurar estelionato; amarrar pernas e braços (muito comum nas cesáreas) pode ser entendido como cárcere privado, e se equiparar à tortura; ações como o uso da manobra de Kristeller podem ser denunciadas como lesão corporal, assim, como a episiotomia.



Além da denúncia envolvendo os(as) profissionais e instituições no qual a violação ocorreu, o agente estatal é sempre responsável pelos casos de violência, já que compete ao Estado a garantia dos direitos fundamentais através da implementação das políticas públicas.

De acordo com a Lei 15.759/15 (SÃO PAULO, 2015), o médico que se recusar a realizar o parto humanizado, de uma maneira globalizada, incorre em ato ilícito, sendo suscetível aos rigores das leis, inclusive a violação ao Código de Ética médica, assim como a realização de cesárea eletiva antes de 39 semanas.

É necessário, também, que se atente à Resolução n.º 36 do Ministério da Saúde para que sejam instalados todos os aparatos para funcionamento de hospital e casas de parto devidamente paramentados, bem como observância aos tratados internacionais perante os quais nenhum(a) médico(a) ou profissional de saúde pode se sobrepor, em especial a Convenção de Belém do Pará.

Nesta linha de raciocínio, a infração da normativa pressupõe adoção de medidas legais que podem configurar Indenização por Danos Morais, inclusive por ricochete, alcançando o pai, assim como pensão vitalícia para a família da vítima em caso de falecimento da mulher e/ou bebê, de modo que há responsabilidade solidária entre médico, profissionais de saúde e entidade hospitalar, bem como o Estado, assim como fixação de multa, abrir precedente para intervenção na unidade hospitalar e também no consultório médico, bem como condenação criminal.

Desta maneira, embora não haja ainda no Brasil uma legislação que tipifique a violência obstétrica como crime, é muito importante que os direitos de mulheres gestantes e puérperas e suas famílias sejam conhecidos, bem como, as ações de violência notificadas e denunciadas na busca de reparação às mulheres que vivenciarem violações e como uma forma de dar visibilidade à esta realidade.

Não se trata, portanto, de uma lógica punitivista ou da criminalização dos(as) profissionais de saúde que realizam tais procedimentos, mas uma forma de buscar reparação e, ao mesmo tempo tirar da invisibilidade a realidade da violência obstétrica no país. Neste sentido, tratar desses conteúdos na formação acadêmico-profissional parece-nos fundamental





para que se revejam práticas exercidas e reproduzidas pelos(as) profissionais de saúde, bem como, subsidiar estes(as) profissionais para a orientação de mulheres e suas famílias na efetivação de seus direitos.

#### ***Tópico 4: Construindo redes de apoio na prevenção à violência obstétrica e apoio à amamentação***

No tocante à prevenção da violência obstétrica, uma das estratégias significativas tem sido os grupos de parto, gestantes e lactantes, inclusive, e, principalmente através das redes sociais, pelo amplo acesso e facilidade de trocas de experiências.

Importante destacar que muitos médicos e profissionais da saúde integram essas redes, quer seja alimentando as suas redes sociais pessoais, quer seja fazendo parte de grupos auxiliando diretamente nas dúvidas de gestantes e puérperas e/ou nos debates do grupo.

Assim, esses grupos e a presença do ciberativismo na luta pela humanização do parto, são responsáveis pelo acesso à informação de muitas mulheres e, conseqüentemente, a busca do protagonismo em seu parto e sua maternagem, constituindo-se como importantes redes de apoio.

Salutar a participação das mulheres nesses grupos, a fim de que encontrem esteio para seus anseios e trocas, uma vez que se sentir integrada pode contribuir e muito para uma maternagem menos engessada (e divorciada de evidências científicas) e mais aproximada da vida real.

A primavera feminista de 2015 nos trouxe muito sobre rede de apoio e fortalecimento de mulheres, fomentando movimentos de apoio pela humanização dos atendimentos médicos, pré-natal, parto e pós-parto, além do estímulo à amamentação prolongada, conforme preconiza a OMS.

Uma ode às rodas de conversa presenciais, que funcionam quase como uma nuvem de ocitocina, cujo amor paira literalmente no ar. Quão lindo ver uma mãe ajudando a outra a amamentar seu bebê. Como diz o ditado africano: é preciso toda uma aldeia para criar um filho. Verdade absoluta, somos muito melhores em rede.

Muitas amizades entre mulheres mães e entre crianças nascem através das redes virtuais e presenciais de apoio. Importante





destacar que muitas mulheres não têm rede de apoio, às vezes não contam nem com apoio de companheiros(as) ou familiares, de modo que torna deveras complexo o processo da amamentação, tão agravado pelo puerpério, o que dificulta o estabelecimento do aleitamento e redobra os riscos de desenvolvimento da depressão pós-parto.

No contexto social padronizado pelo sistema heteropatriarcal, sustenta-se que as mulheres carregam em seu DNA o instinto materno e os saberes de cuidado, atribuindo essa obrigatoriedade a nós, sem, contudo, levar em consideração que o exercício da maternagem não é inato, mas sim uma construção social.

Nesta seara, indiscutivelmente, as mulheres mães também sofrem diante dos cenários políticos, seja pela precariedade dos vínculos e formas de trabalho, pela ausência de apoio das instituições de ensino, de rede de apoio, de oportunidades, pela sobrecarga mental, pela tripla jornada e principalmente, pela violência. Estão sujeitas a demissões e reduzidas em suas capacidades organizativas por força do capitalismo.

A conjuntura política já nos é bastante desfavorável, desistir pode significar entregar nossas pautas a quem não detém condições de defendê-las, mulheres mães em rede são expressões de luta coletiva para a construção de uma sociedade realmente justa e igualitária.

Assim, é fundamental que profissionais da área de saúde e assistência social fortaleçam esses grupos, orientem e estimulem mulheres a integrá-los na busca pela coletivização de suas demandas, apropriação de conhecimento e troca efetiva de saberes. É necessário que o saber acerca da promoção e assistência à saúde não seja construído apenas com fundamentos eurocêntricos e medicocêntricos, mas que abarquem os diferentes saberes e considerem a multiplicidade dos sujeitos e de suas vivências, permeadas por questões de sexo, raça, classe, geração, mobilidade etc.

Entendendo a contradição posta na realidade social, os grupos ciberativistas são essenciais para a conquista dos direitos das mulheres por um parto humanizado, sem violências e violações de direito, no entanto, é possível compreender que estes grupos nem sempre alcançam as mulheres periféricas e em situação de vulnerabilização ou risco social, em sua maioria mulheres negras.





É imprescindível, quando debatemos as questões de raça, o olhar para esta realidade. As mulheres negras são as que menos acessam o direito à saúde integralmente e as que mais morrem de morte materna por causas evitáveis, revelando a estrutura racista que sustenta o sistema de saúde no país.

Neste sentido, o debate sobre violência obstétrica e o acesso à saúde por via dos movimentos sociais e do ativismo precisa contemplar a realidade destas mulheres, ampliando o debate nas comunidades, Unidades Básicas de Saúde, com representação nos conselhos de saúde e assistência, e demais espaços coletivos, possibilitando o acesso às diferentes mulheres aos grupos e redes de apoio de forma integral.

### **Considerações finais**

Muitas são as questões que marcam a formação acadêmico-profissional na atualidade. A fragmentação do saber e sua consequente especialização direcionam profissionais a práticas superficiais e desconexas de uma visão de totalidade sobre o ser social e a coletividade.

Neste contexto, muitos conteúdos e reflexões acabam por não integrarem a formação, ficando restritos a lógicas medicocentradas na área da saúde e/ou compartimentadas na área da assistência social. O trato com gestantes, por exemplo, muitas vezes é visto apenas pela ótica biológica e fisiológica, numa compreensão reducionista e colonial do conceito de saúde. Assim, muitos(as) profissionais não assumem um papel educativo e político diante dessas mulheres no que diz respeito ao processo de informação e formação numa perspectiva de garantia dos direitos e fortalecimento na busca de um atendimento humanizado em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Defendemos a importância do papel destes(as) profissionais na relação direta com as mulheres, sendo que, para assumir este lugar, faz-se fundamental que estejam preparados(as), tendo em seu processo de formação a possibilidade de conhecer a temática da violência obstétrica, do racismo institucional e do direito ao parto e pós-parto humanizados.

É urgente que os(as) profissionais de saúde sejam qualificados(as) não apenas na perspectiva da assistência, do cuidado em si, mas principalmente em uma perspectiva social, política e econômica

- ou integral, como preconiza o SUS - para compreenderem as especificidades que envolvem as vivências cotidianas das populações atendidas.

Nesse sentido, faz-se de suma importância a formação e atuação profissional sob o imperativo de descortinar e descolonizar a cultura institucional de distância com as questões que englobam as vivências particulares e históricas das mulheres, e da especificidade das mulheres negras, em um horizonte que deve assentar-se sobre desfazer a contradição presente nas práticas de saúde entre os direitos sexuais e reprodutivos e o modelo assistencial intervencionista na assistência à parturição, em vista à reafirmação desses direitos.

O estudo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pouco difundido nos cursos de graduação de profissionais da saúde e assistência social, conseqüentemente, pouco conhecido pelos profissionais da área (expressão do racismo institucional), é fundamental para adquirir conhecimento sobre a saúde das mulheres negras e para uma assistência à gestante e puérpera que compreendam suas necessidades e especificidades.

Lopes e Quintilliano (2007) demonstram como o racismo institucional se expressa nos serviços de saúde através das práticas discriminatórias e antiéticas e apontam como desafio o incentivo aos setores público e privado para que reconheçam o racismo como determinante das desigualdades e empecilho para o desenvolvimento com equidade.

A prática profissional conduzida à prevenção e combate à violência obstétrica deve, ainda, contemplar a socialização de informações completas e de conhecimento sobre políticas sociais que fortaleçam e ampliem a voz das mulheres; a garantia de acesso aos procedimentos necessários à saúde reprodutiva; o reconhecimento das questões próprias da saúde da mulher negra; o direito ao atendimento orientado à assegurar a saúde integral, sem discriminações e preconceitos de toda e qualquer ordem; o compromisso com as necessidades sociais que se apresentam no cotidiano profissional; o enfrentamento ao racismo institucional.

Muitas podem ser as formas de construir esse diálogo na formação acadêmico-profissional. É fundamental pensar conteúdos que possam ser transversais na formação dos(as) diferentes profissionais da área de saúde e assistência social, bem

como, projetos de extensão e pesquisa que revelem e objetivem o compromisso social da universidade. É imperativo, ainda, que em consonância com a legislação brasileira se inicie um processo de descolonização dos currículos, principalmente nas formações de profissionais da área da saúde.

Apresentamos, aqui, apenas alguns tópicos que trazem conteúdos básicos que podem ser incorporados no sentido da informação, capacitação e formação desses(as) profissionais, bem como, fundamentos na perspectiva feminista e antirracista que podem estar presentes de maneira estrutural nos currículos, perpassando todas as disciplinas. Sabemos, pois, que muitos outros são possíveis.

Acreditamos que a informação, capacitação e formação profissional com bases científicas e teórico-reflexivas decolonial são essenciais e devem ser sempre defendidas, em especial em momentos como o que vivemos, de negacionismos e retomada do conservadorismo, num processo de ataque à ciência, à universidade e ao conhecimento.

Construir e trocar conhecimentos tornam-se, mais do que nunca, atos de resistência!

Pensar uma formação acadêmico-profissional verdadeiramente comprometida com relações humanizadas, bem como, lutar pela humanização do nascimento e da criação das futuras gerações só será possível numa perspectiva feminista e antirracista.

Sigamos resistindo na construção de uma sociedade sem opressões de classe, raça e gênero!

### Referências

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, v. 38, n. 11, p. 583-591, nov. 2010.

BRASIL. *Lei n. 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. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1067 de 13 de julho de 2005*. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187\\_13\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1187_13_07_2005.html)>. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília: MS/CEBRAP, 2006. Disponível em: <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/04/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/04/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRIQUET, R.; GUARIENTO, A. *Obstetrícia normal*. São Paulo: Ed. Manole, 2011.

CHANG, H.H. *et al.* Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies (IJNS)*, v. 48, n. 4, p. 409-418, ago. 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20800840/>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CHANG, H. H. *et al.* Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*, v. 381, n. 9862, p. 223-234, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61856-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61856-X/fulltext)>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CIELLO, C. *et al.* Dossiê da Violência Obstétrica - "Parirás com dor". *In: Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa*, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. *Serviço Social em Revista*, v. 18, n. 1, p. 138-154, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588>>. Acesso em: 25 maio 2021.

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

DEFENSORIA PÚBLICA E ESCOLA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO. *Violência Obstétrica, você sabe o que é?*. 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

FEDERICI, S. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Martins, 2004. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4196118/mod\\_resource/content/1/Federici%2C%20S.%20%282004%29.%20Caliba%20e%20a%20bruxa\\_mulheres%2C%20corpo%20e%20acumula%C3%A7%C3%A3o%20primitiva.%20Cap%C3%ADtulo%20IV.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4196118/mod_resource/content/1/Federici%2C%20S.%20%282004%29.%20Caliba%20e%20a%20bruxa_mulheres%2C%20corpo%20e%20acumula%C3%A7%C3%A3o%20primitiva.%20Cap%C3%ADtulo%20IV.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. Disponível em: <[https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2020.

GONZALEZ, L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. *Primavera para as rosas negras*. Diáspora Africana: Editora Filhos da África, 2018.

GUILLAUMIN, C. Pratique du pouvoir et idée de NatureL'appropriation des femmes. *In: Nouvelles questions féministes*. Éditions Antipodes, p. 5-30, 1978. Disponível em: <<https://www.feministes-radicales.org/wp-content/uploads/2010/11/Colette-Guillaumin-Pratique-du-pouvoir-et-id%C3%A9e-de-Nature-l-Lappropriation-des-femmes.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

GUIMARÃES, J. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *In: Dossiê da Violência Obstétrica - “Parirás com dor”*. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

IPEA. *Atlas da Violência*. 2018. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/180604\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2021.

IPEA. Índice de violência doméstica é maior para mulheres economicamente ativas. 2019. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3497](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3497)>. Acesso em: 30 ago. 2020.

- LOPES, F.; QUINTILIANO, R. Racismo institucional e o direito humano à saúde. *Revista Democracia Viva*. Rio de Janeiro. 2007.
- O RENASCIMENTO do Parto. Produção de Eduardo Chauvet. Roteiro de Érica de Paula. Brasil. 2013. (90 min), doc./cor. Mídia online (Netflix).
- PIRES, T.; STANCHI, M. Racismo institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra. *In: Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.
- REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, p. 221-230, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a23v10s0.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- SAFFIOTI, H. *Gênero, Patriarcado, Violência*. São Paulo: Graphium Editora, 2011.
- SÃO PAULO. *Lei n. 15.759, de 25 de março de 2015*. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/?id=174293>>. Acesso em: 25 maio 2021.
- SILVA, da D. Z. *et al.* Expoente sobre a prática de cesarianas no Brasil: Análise a partir dos grupos de Robson. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 7, n. 1, p. 105-107, jul. 2020. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/7149/16954>>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- VICTORA C. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p.1863-1876, mai./jun, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611601384>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

## Notas

1 O conteúdo aqui apresentado foi parte de disciplina eletiva intitulada “Política de humanização do parto e direito à amamentação: trabalho interdisciplinar no combate a violações e opressões”, tendo sido ministrada na graduação em Serviço Social na Unifespem 2019 e 2021. Na experiência de 2021 a professora responsável convidou diferentes profissionais a comporem o conteúdo, sendo advogada, médica obstetra, psicóloga, doula, enfermeira e assistente social. Como trabalho final da disciplina, as estudantes (sob orientação de mestrandas estagiárias docentes e da professora) acompanharam gestantes, conhecendo suas realidades e propondo ações de apoio para prevenção à violência obstétrica e incentivo à amamentação. ↑

2 A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que apenas 15% dos nascimentos sejam através de cesárea, mas os dados do Brasil nos mostram que esse número está muito distante da realidade. Do total de procedimentos realizados no país pelo SUS, 45% são cesáreas – segundo dados do Ministério da Saúde. Em hospitais particulares, a taxa pode chegar a 90% (SILVA et al., 2020, p. 107). ↑



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).