



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Serviço Social, relações de exploração/opressão e resistências de gênero, feminismos, raça/etnia, sexualidades

Sub-eixo: Feminismo e Serviço Social

A (DES) HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: A AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES NA PAUTA DO SERVIÇO SOCIAL

AMANDA PAVÃO MATANA ¹
MIRELE HASHIMOTO SIQUEIRA ²

RESUMO: O presente artigo, resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), possui como problema norteador: como a produção do conhecimento em Serviço Social aborda a intervenção profissional do/a Assistente Social na humanização da assistência ao parto? Assim, se coloca a necessidade de pensar acerca das possibilidades de intervenções do/a Assistente Social na assistência humanizada ao parto, tendo em vista a violência obstétrica como uma das formas de expressão da “questão social”. Busca-se por meio deste, contribuir para que a violência obstétrica ganhe visibilidade e para que ocorra a materialização da humanização na política de saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Serviço Social, Violência Obstétrica, Humanização.

ABSTRACT: This article, the result of the Course Completion Work (TCC), has as its guiding problem: how does the production of knowledge in Social Work approach the professional intervention of the Social Worker in the humanization of childbirth care? Thus, there is a need to think about the possibilities of interventions by the Social Worker in humanized childbirth care, in view of obstetric violence as one of the forms of expression of the “social issue”. Through this, we seek to contribute so that obstetric violence gains visibility and for the materialization of humanization in health policy to occur.

¹Estudante de Graduação. Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná

²Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal De Santa Catarina

KEYWORDS: Social Work, Obstetric Violence, Humanization.

1 INTRODUÇÃO

A violência de gênero, se expressa de diversas formas e espaços na sociedade. Mesmo com a luta do movimento feminista para que o direito das mulheres se tornasse visível e legítimo, o cenário de violência contra a mulher ainda se perpetua no contexto atual da sociedade de classes. Ao analisar a violência obstétrica, nota-se esse tipo de violência, enquanto uma das formas de manifestação da violência de gênero. Compreende-se por violência obstétrica, um tipo de violência que ocorre diretamente as mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, interferindo diretamente na sua autonomia e corpo, se apresentando de forma verbal, física ou sexual, por intervenções ou uso de procedimentos vistos como desnecessários, ignorando as evidências científicas. (BRASIL, 2021). Nesse sentido, identifica-se a naturalização desta, considerando que se trata de uma violência institucional e de pouca visibilidade, por esse motivo muitas vezes se observa no momento de gestação, parto e pós-parto um contexto de violação de direitos, pondo a necessidade de debater acerca da humanização nesse espaço, como forma de afirmar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A escolha do tema desta pesquisa que consiste no Serviço Social e humanização da assistência ao parto, surgiu a partir da leitura do livro *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*, publicado em 2010, pela autora Mônica Bara Maia. A leitura do livro, trouxe curiosidade e aproximação com mulheres que passaram pelo processo de gestação,

parto e pós-parto, e que, ao relatar as suas histórias sobre a maternidade, denunciaram as violências sofridas durante o processo de gestação e de parto pelas instituições de saúde, sendo elas, públicas e privadas. Inúmeras situações perpassavam os relatos: algumas mulheres, por exemplo, apenas identificavam a violência sofrida muitos anos após o parto; a maioria, por falta de informação e partindo da perspectiva da naturalização desse tipo de violência, não conseguia identificar os abusos nesses espaços; outras ainda, mesmo tendo a informação e identificando a violência sofrida, relatavam a falta de suporte e conhecimento sobre os espaços de denúncia.

Através das reflexões advindas do contato primário com a temática, há a indagação sobre as possibilidades de intervenção do Serviço Social, enquanto profissão que visa a garantia de direitos. Diante destas inúmeras indagações é que se dá o presente problema da pesquisa: como a produção do conhecimento em Serviço Social aborda a intervenção profissional do/a Assistente Social na humanização da assistência ao parto?

Nesse sentido, estabeleceu-se como objetivo de estudo compreender como a produção do conhecimento em Serviço Social aborda a intervenção profissional do/a Assistente Social na humanização da assistência ao parto, sendo este trabalho dividido em: o parto em uma perspectiva histórica, os marcos legais da humanização no Brasil e a intervenção profissional do/a Assistente Social e a humanização da assistência ao parto.

O que se pretende com o presente artigo, resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Serviço Social, é trazer o conceito de humanização na assistência ao parto como enfrentamento da violência obstétrica, dar visibilidade a essa manifestação da violência de gênero, refletir sobre as possibilidades que se colocam a intervenção do/a Assistente Social nesse contexto e contribuir para garantir o direito de mulheres gestantes e parturientes, além de estimular as futuras pesquisas e ações do Serviço Social dentro dessa temática.

2 O PARTO EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA: ENTRE O PROTAGONISMO E A “LINHA DE PRODUÇÃO”

Historicamente, o parir e nascer é um processo social, cultural e complexo. Por muito tempo, precisamente ao longo do século XIX, toda a experiência feminina que se referia a contracepção, a concepção e o parto, era tido como espaços **exclusivamente das mulheres**, ou seja, o parto era um ritual de mulheres, realizado por parteiras. Contudo, por mais que fosse um espaço de domínio das mulheres, não significava a completa autonomia destas, apenas que a questão reprodutiva se

limitava a esfera familiar. (MAIA, 2010; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Com o avanço da medicina, após o Renascimento, a ciência vai construindo uma série de estudos acerca do corpo biológico da mulher, inserindo nesse espaço de reprodução, que antes era de domínio feminino, a presença de médicos. Tais profissionais acabaram dividindo o trabalho com as parteiras, pois eram convocados em situações em que haviam complicações durante o parto. (MAIA, 2010).

O processo de medicalização do parto interferiu diretamente no trabalho antes realizado pelas parteiras, visto que, as práticas intervencionistas dos médicos, acabou construindo uma ideia de que a presença desses profissionais na cena do parto garantiria um “bom desfecho”, diante do conhecimento científico que estes possuíam. Essa visão, acabou colocando o papel das parteiras como inferior em relação aos médicos, marginalizando e desqualificando o conjunto de conhecimento que tais mulheres detinham sobre os corpos femininos. (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Tal fato, acabou sendo fundamental para que a medicina se aliasse ao Estado e para que se difundisse a ideia de inferioridade das parteiras. (MAIA, 2010).

É importante ressaltar que, por mais que o conhecimento adquirido pela medicina proporcionou avanços, os quais os médicos “[...] alegavam possuir conhecimento especial e habilidade para reduzir a mortalidade materna e o neonatal” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 8), a medicina também “[...] incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e bebês” (MAIA, 2010, p. 32). Equívocos esses que se davam devido aos riscos de infecções pelo mau uso de instrumentos e a falta de higienização das mãos dos médicos, que causavam lesões vaginais e a febre puerperal. (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002)

No fim do século XIX, há a criação de maternidades, e o parto deixa de ser um **espaço familiar e comunitário** para se tornar **médico e hospitalar**, convertendo-se em “[...] sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor” (MAIA, 2010, p. 33), dando também um novo significado ao parto e ao nascimento, inaugurando o “modelo tecnocrático de assistência ao parto” (MAIA, 2010, p. 34).

Devido a relação de classe que se constituiu dentro do cenário do parto com a inserção da medicina, os países desenvolvidos acabaram por inserir em sua maioria os médicos e os hospitais nesse contexto. No Brasil, havia uma precariedade em relação as práticas obstétricas, fator esse que acabou resultando no cenário do parto, em uma “[...] imposição da autoridade médica apenas às mulheres brancas e com dinheiro³, tendo a maioria da população continuado a utilizar as práticas

³ “[...] O costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas até essa data. As mulheres pobres, que ainda tinham recursos, recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e abandono recorriam às enfermarias dos hospitais.” (MAIA, 2010, p. 34).

tradicionais até o início do século XX.” (MAIA, 2010, p. 34).

A medicalização do parto refletiu diretamente no modelo médico de assistência ao parto. Modelo esse que acaba colocando o “[...] Corpo enquanto máquina e o médico como mecânico, aquele que a conserta. [...]” . (MAIA, 2010, p.34-35). Dentro dessa perspectiva, o parto acaba se tornando um resultado de um trabalho mecânico e o ambiente hospitalar como uma linha de produção. “[...] Nesse sentido, a própria área física das maternidades expressa tal concepção do processo da parturição, com a mulher sendo transferida de leito em leito durante o trabalho de parto, como uma linha de montagem, frequentemente em diferentes andares de um prédio”. (MAIA, 2010, p.34-35).

Ao fazer essa relação, Maia (2010) ressalta a crítica a esse modelo de parto, tendo em vista que a mulher acaba perdendo o seu papel enquanto sujeito do parto e a sua condução ativa, retirando desse processo toda a carga emocional que também o envolve, impactando diretamente no momento do parto. Além disso, a autora ressalta que o modelo de parto, determina as práticas intervencionistas dos médicos, tornando-as rotineiras e padronizadas.

Ao denominar o “**modelo tecnocrático**”, Maia (2010) pontua que essas intervenções podem, muitas vezes, levar a complicações durante o parto, ou em uma intervenção final – como a cesárea – que não ocorreria caso houvesse um planejamento maior anterior a tais intervenções. Assim, a respeito do modelo tecnocrático, conclui-se que “[...] no modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea” (MAIA, 2010, p. 37).

É a partir desse contexto e tendo em vista que, no Brasil, o sistema de saúde configura a sua atenção à saúde de forma hospitalar e curativa, é que se encontra “[...] solo fértil para a legitimação do modelo tecnocrático de assistência ao parto.” (MAIA, 2010, p. 37). Pautado nesse cenário, “[...] o modelo de assistência obstétrica encontrado no Brasil atualmente é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas.” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002, p. 10).

Uma das consequências encontradas pelo uso abusivo de práticas invasivas no momento do parto pelos médicos, são as altas taxas de cesárea no Brasil, visto as situações traumáticas as quais muitas mulheres acabam passando por meio do parto vaginal. (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Conforme Maia (2010, p. 29), “[...] a OMS recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos. Entretanto, as taxas globais de cesariana, no Brasil, estão em torno de 40% de todos os partos, e são extremamente desiguais quando se considera o status socioeconômico das mulheres”. Outro fator que também amplia todo esse cenário é a falta de informações para as mulheres acerca dos riscos e benefícios dos procedimentos

utilizados pelos médicos (MAIA, 2010).

É com base em tais críticas, que se começa a pensar em uma assistência humanizada ao parto. Ao tratar do conceito de humanização do parto é imprescindível que se pontue que o termo é **amplo e polissêmico**, mas ao tratar a sua essência, significa “[...] promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam **privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher**, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal [...]” (BRASIL, 2001; SERRUYA, 2003, TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005 *apud* MAIA, 2010, p.42).

Ou seja, pensar em uma assistência de humanização ao parto é pensar em um parto o qual a mulher tenha papel central ao parir, respeitando sua autonomia, dignidade, sexualidade e a efetivação de seus direitos enquanto mãe e mulher. Dentro dessa perspectiva, é necessário que ocorra informação e responsabilidade por parte dos profissionais envolvidos com a mulher parturiente, uma vez que “[...] **o parto e o nascimento são eventos a um só tempo biológicos, culturais, individuais e políticos.**” (MAIA, 2010, p. 44, grifo nosso).

É pensando no parto enquanto fenômeno que sai da esfera familiar, para se tornar um espaço que perpassa uma série de condições – inclusive, de disputa política –, que se põe a necessidade de se estabelecer legislações que garantam a humanização da assistência ao parto enquanto interface da luta pela garantia e afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. (MAIA, 2010).

3 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: MARCOS LEGAIS NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Após um longo período de ditadura militar, a Constituição Federal de 1988 marca o cenário da política brasileira, principalmente no que refere-se ao impulso e implementação de políticas sociais. Os processos participativos ganham força nesse período e a política de saúde no Brasil tem o seu destaque, principalmente por conta das lutas e reivindicações travadas pelo movimento sanitário. Tal movimento buscava a universalização das políticas sociais, a garantia e a equidade dos direitos sociais. (CFESS, 2010). O direito a saúde demanda o reconhecimento de que toda a população precisa ter garantias universais a saúde, logo uma garantia de vida. A luta dos movimentos sociais e as mudanças de leis pós Constituição Federal de 1988, contribuíram para a criação do Sistema

Único de Saúde – o SUS.

Destaca-se também que a Constituição Federal de 1988, pontua no Art. 6º a saúde enquanto direito social e a sua inserção no tripé da Seguridade Social. Também no Art.196º aponta-se que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Para além dos artigos da Constituição Federal que tratam da saúde, houve uma necessidade de regulamentar a oferta de seus serviços e ações todo território nacional. Dessa forma, em 1990, criou-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 dispondo sobre “[...] as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, é que se estabelece os princípios e as diretrizes do SUS, como forma de orientar e nortear a gestão deste Sistema. Quanto aos princípios, eles se caracterizam em: **universalidade**, no sentido de “[...] assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos”; **integralidade**, considerando “[...] os indivíduos e as coletividades em suas dimensões biológica, psicológica e social; envolve ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde; além de ações intersetoriais”; e a **equidade**, que “[...] admite atender desigualmente os desiguais, favorecendo os excluídos, vulneráveis ou aqueles sob riscos.” (REIS, 2020, p. 9).

Quanto as diretrizes que orientam a organização do Sistema de Saúde, estas compreendem: **a descentralização; o atendimento integral; a hierarquização e a participação comunitária**. A **descentralização** se refere a forma de “[...] organização político-administrativa da gestão, pautada na municipalização e com base na direção única em cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal).”; o **atendimento integral**, corresponde a “[...] previsão de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas”; a **hierarquização** no sentido da organização dos serviços, na racionalização dos recursos, e, por fim, a **participação comunitária**, que se materializa por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, é a “[...] participação dos segmentos da sociedade na definição e execução da política de saúde nos níveis Federal, Estadual e Municipal.” (REIS, 2020, p. 9). Tais princípios e diretrizes foram e são fundamentais para nortear a política de saúde.

Põe-se então, a necessidade de retomar alguns marcos legais da política de saúde da mulher no contexto nacional, aprofundando os aspectos que tratam da humanização da assistência ao parto.

Em 1983, como já anunciado no capítulo anterior, é implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde e fruto das reivindicações do movimento feminista, sendo este operacionalizado a partir no ano de 1984. O PAISM significou um

grande rompimento com a lógica das políticas de saúde anteriores, que focava nos atendimentos às mulheres somente pelo viés da reprodução e da concepção, transformando-se em um Programa com o objetivo de “[...] tratar a saúde da mulher de forma integral e não apenas como mulher-mãe [...]” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2009, p. 70).

Contudo, nos anos 1990, o PAISM começa a se extinguir, pois “[...] enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para a sua implementação, que impediram que se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher.” (BRASIL, 2013, p. 19). Além do PAISM, outros marcos relativos à saúde da mulher no Brasil se referem: a criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), em 2000, pela Portaria nº 569, e a Política Nacional de Humanização, em 2003 (DINIZ, 2005), pelo Ministério da Saúde.

Por meio da Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, que o Ministério da Saúde institui no Art. 1º o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pontuando no Art. 2º os princípios e diretrizes do PHPN. Os princípios e diretrizes que estruturam o Programa, ressaltam a importância deste, principalmente ao colocar como objetivo a garantia a mulher ao atendimento digno e de qualidade, desde o período de gestação, até o momento do parto e pós-parto.

É nesse contexto que, em 2001, é criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, “[...] com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 51). E somente então que, em 2003, este Programa Nacional se transforma em Política Nacional de Humanização (PHN), como forma não somente de pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS nos atendimentos dos serviços de saúde, mas também de construir coletivamente com gestores, trabalhadores e usuários da saúde, práticas que estimulem novas formas de cuidado e de organização do trabalho (BRASIL, 2013).

Dessa forma, as ações e políticas implementadas nos anos seguintes na área da saúde, passam a se basear em diretrizes para a humanização e para a qualidade do atendimento. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde e fruto do movimento das mulheres juntamente com os gestores do SUS, em 2004, evidencia este fato ao pontuar que “a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados [...]” (BRASIL, 2004, p. 59) além de ser importante no sentido de contribuir para que as mulheres identifiquem suas demandas e reivindiquem por seus direitos.

Incorporando o atendimento à mulher em todo o seu ciclo de vida, a PNAISM pontua, por meio dos seus objetivos específicos, como uma das estratégias “[...] promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e **humanizada**, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.” (BRASIL, 2004, p. 69, grifo nosso). Assim, ressalta que a

assistência humanizada é um princípio que **deve** ser adotado por todos os profissionais da saúde.

Nessa perspectiva, como forma de garantir o direito básico e digno aos cidadãos nos serviços inseridos no sistema de saúde, sejam públicos ou privados, é que foi elaborado, em 2009, a Carta dos direitos dos usuários da Saúde. Dentre os direitos dos usuários presente nesta Carta, destaca-se o 3º princípio, o qual “[...] **todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado** [...].” (BRASIL, 2011, grifo nosso). É por meio do art. 4º, inserido na Carta dos direitos dos usuários de Saúde, que ressalta-se o direito dos sujeitos de serem atendidos nas redes de saúde de **forma acolhedora, livre de qualquer discriminação, respeitando sua autonomia e a integridade física**, salientando o direito de ter um acompanhante, a informação e o **direito a escolha**. (BRASIL, 2011).

Assim, é possível identificar que o conceito de humanização, tendo em vista a autonomia dos sujeitos e o atendimento digno nos serviços de saúde como preconiza o SUS, também se encontra presente em outras legislações que norteiam a área da saúde, destacando no presente texto a saúde da mulher e a assistência ao parto. O desafio, entretanto, se dá na execução de tais políticas, não somente pelo uso excessivo de tecnologias impregnado na cultura do parto, mas também pela estrutura patriarcal e racista da sociedade que se refletem, inclusive, no processo de assistência ao parto.

4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: UM COMPROMISSO COM A AFIRMAÇÃO DE DIREITOS

Partindo do pressuposto de que vivemos em uma sociedade capitalista, que se consolida a partir da **contradição entre as classes sociais** e da exploração da classe burguesa em detrimento da classe trabalhadora, a vivência enquanto seres humanos é permeada por uma série de conflitos. Tais conflitos, presentes nas relações sociais, estão diretamente ligados ao poder, definindo quem é que “[...] detém prestígio e reconhecimento social. Dessa sorte, temos que o conflito, assim como o poder, são elementos constitutivos da sociedade, sem que representem uma dimensão que ameace a integração social. (BOUDON *apud* RODRIGUES; ARAÚJO, 2016, s.p.).

Juntamente com o modo de produção capitalista, se apresenta uma ideologia na qual o ser masculino se coloca em posição de superioridade em relação ao ser feminino, construindo socialmente papéis para a figura da mulher como forma de hierarquizar essas relações. Tal hierarquização não ocorre de forma isolada, mas se mantêm com o apoio do Estado, da Igreja e de outras instituições sociais que também reafirmam a partir do sexo biológico, as vivências políticas e

sociais de gênero (RODRIGUES; ARAÚJO, 2016).

As hierarquizações que se estabelecem a partir do “sexo” são, de acordo com Balestero e Gomes (2015), papéis constituídos pelos gêneros de acordo com uma construção histórico e social que determinou a cada um destes os seus limites de atuação em vários aspectos da vida, por isso, não se deve levar em conta “[...] **apenas as diferenças biológicas para estabelecer parâmetros de proteção específica.** [...]” (BALESTERO; GOMES, 2015, p. 45, grifo nosso), **pois gênero nem sempre coincide com o sexo biológico.**

Assim, põe-se a necessidade de pontuar elementos que fundamentam esta discussão: **gênero e sociedade patriarcal/patriarcado.** Ao trazer o conceito de gênero, destaca-se que, enquanto uma categoria sociológica, este se dá a partir da diferença entre homens e mulheres, indo além do “sexo”, pois leva em conta o “[...] universo onde as inter-relações socioculturais são determinadas por fatores como leis, regras, simbologia e patriarcalismo [...]” (BALESTERO; GOMES, 2015, p. 45).

Nessa perspectiva, a sociedade patriarcal/patriarcado, se constrói desde os primórdios, quando o ser masculino “[...] exerceu sua suposta superioridade e dominação sobre o sexo frágil, criando uma sociedade machista, onde as mulheres foram moldadas para assumir o papel fundamental de mães, reprodutoras, zelosas do lar, subordinadas à ideologia formulada por ‘eles’.” (MATOS; CORTÊS, 2010 *apud* BALESTERO; GOMES, 2015, p. 46).

A relação de dominação-exploração das mulheres pelos homens, se sustenta por meio do patriarcado, uma vez que organiza a sociedade, interfere na maneira como o Estado se estrutura. É por meio dessa interferência, que o Estado “[...] trata as mulheres como os homens as veem [...].” (MACKINNON, 1989 *apud* DECARLI, 2019, p.6). Diante de tal fundamento, pontua-se que o machismo que se institui a partir do domínio familiar e acaba se estendendo para outros aspectos da esfera social, se expressando de diversas formas, promovendo **relações desiguais de gênero.** Ou seja, é possível compreender como o Estado, tendo a interferência de um sistema capitalista e patriarcal, acaba dando legitimidade para ações de cunho autoritário e de hierarquização das relações entre homens e mulheres. (CISNE; SANTOS, 2022).

É a partir da hierarquização desigual dos sujeitos com base no “sexo”, que se dá a opressão, a dominação e as definições das condições “femininas” como sendo inferiores as condições “masculinas”. Como consequência desses fatores, se coloca a violência contra a mulher, que é impulsionada pelas relações de dominação e sustentada pelo patriarcado (SOUZA; FERREIRA, 2019).

A violência contra a mulher, caracterizada como “[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero,

que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 1994), **encontra na violência obstétrica, uma das suas manifestações**. Por violência obstétrica, compreende-se como um tipo de violência que ocorre diretamente as mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, interferindo diretamente na sua autonomia e corpo, se apresentando de forma verbal, física ou sexual, por intervenções ou uso de procedimentos vistos como desnecessários, ignorando as evidências científicas. (BRASIL, 2021).

Dessa maneira, constata-se que a violência obstétrica pode ser cometida institucionalmente, inclusive, por profissionais de saúde durante o acompanhamento à mulher grávida: é uma violação contra o corpo da mulher, que não a afeta apenas fisicamente, mas também psicologicamente. Constata-se essa que impacta diretamente no tratamento dos profissionais da saúde principalmente em relação a mulher negra, tendo em vista que o racismo estrutural refletido na visão da sociedade atual sobre o corpo feminino da mulher negra, acaba colocando-a em situações desumanizadas de atendimento pelos serviços de saúde, principalmente durante o período gravídico puerperal. (ASSIS, 2016, p. 8).

Dessa forma, há a necessidade de compreender e viabilizar as particularidades que perpassam essas relações, tendo em vista que “[...] a categoria ‘relações sociais de sexo’ diz respeito às relações sociais amplas, permeadas pelos conflitos, hierarquias e antagonismos entre os sexos. É impensável estudar as relações sociais entre os sexos dissociada das dimensões de ‘raça’ e de classe. [...]” (CISNE, 2018, p. 221).

É nesse contexto de repressão que reflete as relações patriarcais instauradas dentro da sociedade capitalista, que se naturaliza a violência contra a mulher no âmbito das instituições e se apropria desse corpo, tornando desumano e constrangedor o tratamento a mulher durante o período da gestação. Sob essa perspectiva, é que se põe a necessidade de pensar sobre a humanização e de que forma o humanizar pode contribuir no tratamento das mulheres nos serviços de saúde, tendo como foco no presente texto, o período gestacional.

No que concerne as iniciativas de saúde pública, existe o já mencionado Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, de 2000. O PHPN contribui para as orientações e melhoria dos atendimentos as gestantes, e os profissionais da saúde possuem elementos para garantir atividades educativas e informativas as usuárias. Porém, o racismo institucional e o sexismo impregnado na sociedade, interferem nos espaços de saúde, refletindo em uma dinâmica permeada por conflitos e violência. (ASSIS, 2016).

A violência obstétrica não se trata de um fato isolado, permeada por complexos estruturais que impactam diretamente a vida das mulheres, seja na relação desta com os filhos ou na relação com seu próprio corpo e sexualidade. Rodrigues e Araújo (2016) pontuam sobre a violência de

gênero, no sentido de que “[...] se tratando de violência de gênero os limites são muito tênues entre a quebra da integridade e obrigação de suportar o destino de gênero traçado pelas mulheres: sujeição aos homens, sejam pais ou maridos (SAFFIOTI, 2015, p. 79-80 *apud* RODRIGUES; ARAÚJO, 2016, s.p.). Tal sujeição também se aplica ao levar em conta a violência institucional obstétrica, e as formas que o patriarcado se utiliza por meio das instituições de disseminar o controle e a opressão sob as mulheres.

É nesse sentido que torna-se importante dar visibilidade a violência obstétrica, identificar como essa violência se materializa dentro dos serviços de saúde, as particularidades que a perpassam e como o conhecimento, tendo por base a humanização, pode contribuir para o atendimento digno as mulheres, tendo centralidade na garantia dos direitos desses sujeitos e a sua relação com o Serviço Social.

O Serviço Social enquanto profissão que se insere na divisão social do trabalho, surge diante da contradição de classe decorrente do modo de produção capitalista. Sendo o/a Assistente Social profissional que intervém nas expressões da “questão social”, coloca-se a necessidade de pensar em novas estratégias para a sua prática profissional, tendo em vista o movimento da realidade sócio-histórica, que altera as demandas destes profissionais.

Dessa maneira, ao refletir sobre as possibilidades e demandas que se colocam para a intervenção do/a Assistente Social, observa-se que a **violência de gênero** se coloca como solo fértil que exige e ocupa dimensão importante na qual o profissional é chamado a intervir. Dentre as formas de violência, e particularmente, a de gênero, a violência obstétrica é “[...] na maioria das vezes, banalizada e naturalizada. Os estudos são unânimes em explicitar que **a violência contra as gestantes é muito frequente, mas de pouca visibilidade**” (QUEIROGA, 2016, p. 7, grifo nosso).

Por ser um tipo de violência naturalizada, ainda há dois pontos, de acordo com a autora (2016), que merecem relevância sobre a violência obstétrica: 1) este tipo de violência consiste em uma área ainda pouco investigada e; 2) há uma incompreensão bastante frequente por parte das gestantes sobre o que é, de fato, essa violência (QUEIROGA, 2016). Tais pontos, possuem relação e dão sustentação para compreender a importância do Serviço Social na assistência ao parto humanizado.

Nesse sentido, identifica-se a contribuição da intervenção do/a profissional Assistente Social no processo de **desnaturalização da violência obstétrica**. Um dos fatores citados anteriormente em relação a sua naturalização se dá no sentido de consistir uma área pouco estudada, fator esse que possui veracidade tendo em vista também o processo metodológico utilizado para a presente pesquisa e a constatação da carência de produções na área de Serviço Social que abrangesse o

tema. Contudo, há possibilidade de mudança nesse cenário, tendo em vista que segundo a Lei de Regulamentação da Profissão, consta no art. 4º, as competências do/a Assistente Social, sendo uma delas “[...] planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.” Nesse sentido, a pesquisa em Serviço Social possibilita a compreensão da realidade, fornecendo sustentação teórica para a prática profissional.

Pensando no arcabouço teórico que a pesquisa em Serviço Social possibilita para o profissional de compreender a realidade posta e como intervir nesta, é que se parte para o segundo fator que acaba naturalizando a violência obstétrica: a incompreensão bastante frequente por parte das gestantes sobre o que é, de fato, essa violência. (SOUSA; FERREIRA, 2019).

Desse modo, é que se destaca o papel do/a Assistente Social na consolidação dos direitos das mulheres. O documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, de 2010, produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), ressalta que dentre as ações a serem desenvolvidas pelo/a Assistente Social, a democratização das “[...] informações por meio de orientações individuais e coletivas e/ou caminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária.” (CFESS, 2010, p.38-44). Neste mesmo documento, pontua-se o papel do Serviço Social de “[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social de saúde [...]” (CFESS, 2010, p. 20).

Levando em conta este documento, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento de 2000 consolida o aspecto fundamental acerca da informação, ao pontuar que “[...] toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto.” (BRASIL, 2000, p.6). Contudo, a falta de acesso as informações referentes aos direitos da gestante e parturiente, pode se colocar como um dos fatores que acaba refletindo na violência obstétrica.

A área da saúde não se limita a um espaço que trata somente dos aspectos biológicos, mas que também perpassa “[...] pela compreensão dos **determinantes sociais, econômicos e culturais** que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.” (CFESS, 2010, p. 27, grifo nosso), colocando a possibilidade de intervenção do Serviço Social. A violência obstétrica é ainda mais complexa ao perpassar as questões de raça, escolaridade e classe, o que torna ainda mais evidente a importância do/a Assistente Social nas equipes de saúde nesse contexto. (ASSIS, 2016).

O Serviço Social, a partir dos seus fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, possui bagagem para compreender o racismo institucional e o sexismo presente na política de saúde. Tal entendimento, tendo por referência o projeto profissional da profissão, fornece instrumentalidade para uma intervenção de qualidade e que garanta o direito dos usuários.

(ASSIS, 2016). Nessa perspectiva, evidencia-se que “[...] o (a) assistente social terá condições de atuar com a equipe de saúde na tentativa de se superar as desigualdades sociais que permeiam estas mulheres. Além disso, a disseminação de informações para os profissionais de saúde baseada no entendimento dos determinantes sociais de saúde, dentre os quais o racismo institucional, e das condições sociais concretas da população usuária torna-se favor chave nesse processo.” (ASSIS, 2016, p. 9).

Partindo das análises dos artigos que tratam a temática, das legislações e dos documentos que norteiam a profissão, há possibilidades de intervenção do/a Assistente Social na assistência humanizada ao parto e de estratégias que podem ser pensadas nesse contexto, tanto pelo viés institucional, por meio da capacitação dos profissionais na área da saúde, quanto ao atendimento aos usuários e seus familiares, garantindo a informação e o acesso aos seus direitos, afirmando através dos direitos sexuais e reprodutivos, a importância que estes possuem para uma vida digna as mulheres.

5 CONCLUSÃO

A implementação dos direitos sexuais e reprodutivos representa a luta do movimento feminista, tanto no cenário internacional, quanto no cenário brasileiro. Contudo, as legislações que abordam os direitos das mulheres no Brasil, destacando aqui a reprodução e a sexualidade, é muito recente, tendo em vista que tais direitos só encontram solo fértil para pensar a sua concretização a partir da década de 1980 durante o processo democrático do país. A visão patriarcal-capitalista que se insere na sociedade, acaba refletindo também nas legislações, utilizando através da moralidade religiosa e do Estado, como uma ferramenta para legitimar as diversas formas de violência contra a mulher.

A violência contra a mulher enquanto uma das manifestações de um sistema que oprime e naturaliza a violência contra mulher, assume no cenário do parto, um espaço de violação ao corpo físico e psíquico deste sujeito. Assim, a contracepção, a concepção e o parto, que durante o século XIX eram tidos como espaços exclusivamente das mulheres, torna-se espaços de intervenção e domínio das instituições hospitalares com o apoio do Estado.

É diante desse cenário de violência obstétrica, que há a necessidade de pensar em uma assistência humanizada ao parto, como forma de garantir as mulheres o seu direito de privacidade, autonomia e protagonismo. Tal garantia só se torna viabilizada quando os sujeitos tomam conhecimento sobre seus direitos, e os profissionais de saúde se responsabilizam por um tratamento digno e de

qualidade as mulheres gestantes e parturientes, sem discriminação de raça e classe. Nesse sentido, é se põe a necessidade de pontuar sobre as possibilidades de intervenção do Serviço Social nesse contexto. Visto que o/a Assistente Social atua nas expressões da “questão social”, encontra na violência obstétrica um campo permeado por conflitos decorrente do sistema capitalista-patriarcal-racista.

5 REFERÊNCIAS

ASSIS, Jussara Francisca de. **Violência obstétrica contra mulheres negras e as possibilidades de atuação do serviço social**. 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda, 2016.

BALESTERO, Gabriela Soares; GOMES, Renata Nascimento. **VIOLÊNCIA DE GÊNERO: uma análise da dominação masculina**. Revista CEJ. Brasília, 2015. Disponível em: <https://corteidh.or.cr/tablas/r34812.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 25 de maio. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 25 de maio. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 25 de maio. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n° 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,\(Mensagem%20de%20veto\).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%3%A7o,as%20condi%3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm#:~:text=LEI%20No%208.662%2C%20DE,(Mensagem%20de%20veto).&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%3%A7o,as%20condi%3%A7%C3%B5es%20estabelecidas%20nesta%20lei).

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3.ed. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CISNE, Mirla. **Feminismo e marxismo**: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. Revista Serviço Social e Sociedade. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/kHzqt9vwyWmMyFd6hZjDmZK/?lang=pt>

CISNE, Mirla; SANTOS, Raíssa Paula Sena dos. **Feminismo e Serviço Social no enfrentamento à violência obstétrica**. Revista Praia Vermelha: estudos de política e teoria social. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/43590/28848>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

DECARLI, Mariana Oliveira. **GOVERNO BOLSONARO E O APROFUNDAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica: desnaturalizar é preciso**. 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda, 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. São Paulo, 2005.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Defensoria Pública-Geral do Estado. **Violência Obstétrica**. 2021. Disponível em: <https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/DEF-Cartilha-Violencia-Obste%CC%81trica-2021-PARA-PORTAL.pdf>

OLIVEIRA, Guacira Cesar de; CAMPOS, Carmen Hein de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, desafios e políticas públicas**. Brasília: CFEMEA, 2009.

QUEIROGA, Joane Silva de. **Estado, patriarcado e violência contra a mulher**: discutindo a violência obstétrica no Brasil. 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda, 2016. Disponível em: https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0840.pdf

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Humanização do parto**. São Paulo, 2002.

REIS, R. S. **Estrutura e configuração do SUS**. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Programa Gestão em Saúde. Organização do SUS. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2020.

RODRIGUES, Hosana Suelen Justina; ARAÚJO, Carla Dayanne Montenegro Honorato de. **Violência contra a mulher**: uma discussão de gênero. 2016. Disponível em: http://editorarealize.com.br/editora/anais/cintedi/2016/TRABALHO_EV060_MD1_SA9_ID2632_07092016145800.pdf

SOUZA, Nathalia Cristina Rodrigues de; FERREIRA, Rebeca Viana. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: GÊNERO E RELAÇÕES DE PODER**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/69/60>

,