

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

TAMIRES MARQUES CANCELA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
A AGRESSÃO INVISÍVEL CONTRA A MULHER**

JUIZ DE FORA
2018

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
A AGRESSÃO INVISÍVEL CONTRA A MULHER**

TAMIRES MARQUES CANCELA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Juiz de Fora, como requisito parcial para
obtenção de título de bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Profa Dra Joseane Barbosa

JUIZ DE FORA

2018



TAMIRES MARQUES CANCELA

Violência obstétrica: A agressão invisível a mulher

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em (colocar data), por banca composta pelos seguintes membros:

Joseane Barbosa de Lima
Prof.ª Dra. Joseane Barbosa de Lima

Marina Valéria Delago V. Mancini
Profa. Msc. Marina Valéria Delago V. Mancini

Sabrina Pereira Paiva
Profa. Dra. Sabrina Pereira de Paiva

Resultado obtido: 85,0

Juiz de Fora
Novembro/2018

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão não poderia começar sem dedica-la ao meu Deus, ao qual eu descobri tanto sobre durante toda a trajetória acadêmica, seja através das pessoas com as quais tive o prazer de conviver; pelos medos que precisei experienciar e também pela superação deles; pelas oportunidades e também pelas portas fechadas; por me mostrar um amor totalmente impossível de descrever com as palavras que conheço até o momento e por ter me guiado por toda esta caminhada... Obrigada meu Deus, este sonho é nosso, e se realiza exatamente quando o Senhor permitiu.

Gratidão a minha família, meus pais, Rossemeiry e Expedito, e a minha grande irmã Thais; como teria conseguido concluir este sonho sem vocês? Durante todo o processo acreditaram em mim e me auxiliaram no que eu precisei. Eu amo vocês. Aos meus sogros Jorge e Sônia, pela recepção em suas vidas e por toda a paciência. Preciso, no entanto, abrir uma ressalva para dar lugar especial a minha mãe, porque sua dedicação a mim e ao meu sonho pude sentir todos os dias durante o meu cursar da graduação. Quantas lamentações, medos, inseguranças, receios e incertezas minhas você ouviu e sempre, com palavras de amor e uma sabedoria ímpar, conseguiam me tranquilizar e fazer seguir em frente. Me apoiou quando mais precisei até hoje, sempre acreditando que eu conseguiria. Minha formação também é sua!

A minha admirada orientadora, prof^a Dra. Joseane Barbosa de Lima, que abraçou o meu tema de TCC e me fez alcançar um resultado que eu jamais imaginei. Você é incrível! A inteligência e a sabedoria em pessoa, quero todo o bem do mundo para ti. Seus ensinamentos são constantes e me fazem crescer sempre; toda minha gratidão a você!

A minha supervisora de estágio, Heloisa do Vale, pelos ensinamentos e empatia durante todo o estágio. E toda a equipe multidisciplinar da Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido.

As minhas amigas de trabalho do HRJP, que com toda a sua alegria e apoios diários, me proporcionaram enfrentar com leveza o grande desafio que é trabalhar e

estudar ao mesmo tempo. Em especial a Aline, Aparecida, Caroline, Geovana e Paloma, vocês são demais!

Gratidão ao meu esposo Ramon, pelo apoio incondicional, sendo o meu principal incentivador e acreditando no meu potencial. Perdoe-me pelas semanas de provas e por tantos dias envolvidos com o TCC, vai valer a pena, e eu sei que você sabe disso. Por isso, te dedico todo esse trabalho, pois sem você jamais conseguiria.

Agradeço a todos que passaram por minha vida neste período de graduação e que deixaram um pouco de si no que sou hoje e na profissional que serei amanhã, espero honrá-los com o meu fazer profissional!

RESUMO

Esse trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo a violência obstétrica e a humanização do parto. Parte do pressuposto que a violência obstétrica é uma forma de violação aos direitos humanos que atinge diretamente os direitos reprodutivos da mulher, ao passo que serve ao capital com a chamada indústria do nascimento. Tem como objeto geral analisar como as más práticas obstétricas contribuem para legitimar a violência contra a mulher, levando em consideração as relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe; além da comercialização do nascimento imbricada nas raízes desta violência; Tudo a partir de análises de enfrentamento pelo Serviço Social.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência Obstétrica; Comercialização do Parto; Humanização; Serviço Social.

ABSTRACT

This work of course completion has the objective of studying obstetric violence and the humanization of childbirth. Part of the assumption is that obstetric violence is a form of human rights violation that directly affects the reproductive rights of women, while serving capital with the so-called birth industry. Its main objective is to analyze how bad obstetric practices contribute to legitimizing violence against women, taking into account the social relations of gender, race / ethnicity and class; besides the commercialization of the birth imbricated in the roots of this violence; All from analysis of confrontation by Social Service.

Keywords: Violence Against Women; Obstetric Violence; Childbirth Marketing; Humanization; Social service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 - CAPÍTULO I - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	11
1.1 A Mulher na Sociedade Capitalista: gênero e relações de poder	11
1.2 A Violência Obstétrica como expressão da Violência de Gênero	24
1.3 - Violência e Comercialização do Parto: o nascimento como mercadoria	32
2 - CAPÍTULO II – PARTO, LUTAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL	40
2.1. Feminismo (as lutas das mulheres por direitos): a maternidade em questão .	40
2.2. Movimento Feminista e Violência Obstétrica	45
2.2.1. MARCHA PELO PARTO EM CASA	45
2.2.2. ADELIR CARMEN LEMOS DE GOÉS	46
2.3. Humanização do Parto	49
2.4. Violência Obstétrica e Serviço Social	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo a violência obstétrica e a humanização do parto.

A motivação para estudar a referida temática surgiu no ano de 2017 ao acompanhar todo o processo de parto da minha prima de 16 anos em uma maternidade pública de Juiz de Fora, e presenciar toda assistência (ou desassistência), falta de informação, comentários ofensivos sobre sua condição e o total sentimento de vulnerabilidade diante da atenção prestada pelos profissionais de saúde; me trouxe várias inquietações sobre se realmente em um dos momentos mais sublimes do universo feminino deveria acontecer daquela forma tão cheia de dor e humilhações. Destes questionamentos, e a partir de leituras posteriores sobre o tema, além do envolvimento com alguns movimentos que diziam que não, que violência física e psicológica no contexto do parto não é normal, e que a mulher poderia ter sim um parto tranquilo e respeitoso, que surgiu minha motivação para estudar e escrever este presente trabalho sobre a violência obstétrica e a defender o protagonismo da mulher no momento do parto, respeitando seus direitos.

O trabalho toma como ponto de partida a compreensão de que a violência obstétrica é uma forma de violação aos direitos humanos que atinge diretamente os direitos reprodutivos da mulher, ao passo que serve ao capital com a chamada indústria do nascimento. Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimindo através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionista, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ, 2012).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, partindo do princípio básico da totalidade e a historicidade, buscando-se entender a questão da violência obstétrica e as mediações que perpassam esse tema, tais como a relação de gênero envolvida, a questão do patriarcado e a função social da mulher. No primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico, com a finalidade de construir uma análise teórica sobre a violência contra a mulher. Nesse sentido, buscou-se fazer uma revisão literária a partir dos autores como Saffioti, Engels, Scavone,

dentre outros. Também foram realizadas buscas na base do Google Acadêmico, a partir de descritores: violência obstétrica, violência contra a mulher, Parto Humanizado. Também foram consideradas notícias e reportagens da mídia em geral sobre violência obstétrica e parto humanizado no período de 2010 a 2018.

Posteriormente foi realizada uma pesquisa documental a partir da leitura de Leis e decretos sobre os direitos da parturiente, como por exemplo a lei do acompanhante e da doula. Foram analisados também documentos e pesquisas realizadas por movimentos sociais feministas que lutam pelo direito ao parto humanizado, tais como o “Dossiê Parirás com Dor” e a pesquisa “Nascer no Brasil” da FIOCRUZ, os quais são citados durante todo o trabalho.

O trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro faz-se um regaste histórico da violência contra as mulheres, caracterizando a violência sofrida pela mulher em seu processo de parto como uma violência de gênero, abordando ainda os interesses do capital na indústria do nascimento. O segundo capítulo discute a historicidade do feminismo e surgimento das lutas das mulheres em busca do seu protagonismo em seu próprio parto; dialogando sobre a importância do Serviço Social para a consolidação da humanização no nascimento. Pretendeu-se, refletir - apesar da parca literatura produzida pelo Serviço Social a respeito da violência obstétrica - sobre os limites e desafios encontrados pelo profissional de Serviço Social no processo de viabilização de direitos das parturientes, tendo em vista a precarização das políticas públicas de saúde, a emergência de novas expressões da questão social e sua naturalização.

Nas considerações finais foi destacado que o presente trabalho permitiu conhecer melhor as suas principais formas de manifestações da violência obstétrica e suas determinações, identificando a necessidade de corrigir no nosso país a forma pela qual as mulheres estão sendo atendidas, durante todo o processo que envolve o parto, pelos profissionais de saúde.

Destacamos a relevância desse trabalho para formação profissional dos Assistentes Sociais e demais profissionais que atuam na área da saúde, pretendendo-se deixar registrado um trabalho que aborda a temática da violência obstétrica, colaborando com os estudos feministas e acerca de políticas de saúde voltadas para a assistência feminina, trazendo o debate sobre a violência contra a

mulher, por construir uma de suas expressões, servindo como fonte de pesquisa para demais profissionais e pesquisadores.

1 - CAPÍTULO I - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra as mulheres é um problema que fere profundamente os direitos humanos. Diariamente mulheres vivem situações de violências expressas de diferentes formas e vivenciadas independentemente de sua raça/etnia, orientação sexual, idade e classe social. Todavia, a violência não ocorre isoladamente, mas assume particularidades e maiores complexidades de acordo com os marcadores de raça/etnia e classe, ainda que atinja a todas as mulheres. Ela é resultado de relações de poder que o homem e a sociedade patriarcal, racista e capitalista utilizam para exercer seu domínio sobre a mulher.

Contudo, as informações que são veiculadas pela mídia e se tornam temas recorrentes de jornais e revistas estão relacionadas às maneiras mais visíveis da violência, sendo repassadas para a população por meio de discussões sensacionalistas, fazendo com que sejam esquecidas as violências silenciosas que não são veiculadas pela mesma, não tendo a importância necessária dada pela Lei. “Em seu significado mais frequente, violência quer dizer uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não está com vontade” (QUEIROZ, 2008), ou seja, qualquer ato que tire a liberdade de escolha do indivíduo, mediante uso de relativa autoridade construída socialmente. Essa autoridade privilegiada acaba refletindo em muitas tensões e conflitos que são fruto de uma sociedade capitalista patriarcal baseada em um sistema de produção que desenvolve desigualdades entre as classes sociais e/ou nas relações de gênero, como veremos ao decorrer deste capítulo.

1.1 A Mulher na Sociedade Capitalista: gênero e relações de poder

Todas as formas de violência, seja ela urbana, física ou doméstica, é fruto de uma sociedade na qual as relações são fetichizadas pelo capital, ocorrendo a coisificação das pessoas e a mercantilização da vida, na medida em que tudo gira em prol da acumulação do capital, gerando acumulação de riquezas e,

consequentemente, um grande contingente de desigualdades sociais que colocam as pessoas em posições sociais diferentes, na medida em que uma determinada parcela privilegiada tem acesso a um padrão de vida excelente e a outra parcela (grande maioria) vive em situação de pobreza e/ou miséria, caracterizando uma desigualdade no acesso aos direitos sociais como saúde, educação, moradia, entre outros (IAMAMOTO, 2008). Essa realidade é um fator determinante para o desenvolvimento acelerado da violência em nossa sociedade, uma vez que as pessoas estão sujeitas a grande desigualdade social que atinge de maneira preocupante na sociedade capitalista-patriarcal.

Apesar de o patriarcado ter se inserido na sociedade anteriormente ao capitalismo, ele é parte funcional dele, na medida em que são vinculados e se complementam, tendo como uma das mais graves expressões das desigualdades posta por esse sistema, à violência contra as mulheres, que se caracteriza como um problema de saúde pública grave¹ (OPAS, 2015), necessitando de conscientização da sociedade como um todo.

De acordo com Cisne (2014), o patriarcado se relaciona estruturalmente com a divisão sexual do trabalho, com a família monogâmica, a heterossexualidade obrigatória (ideologia de naturalização dos sexos), com controle do corpo e da vida das mulheres e por meio da violência contra a mulher regida pelo medo.

O termo patriarcado é muito antigo. Etimologicamente, a palavra patriarcado vem do grego pater (pai) e arkie (origem, comando). Assume literalmente o significado de autoridade do pai. É na década de 1970 com Morgan e Bachofen, que o termo patriarcado ganha um novo sentido histórico, onde eles postulam que a existência de um direito materno passa a ser substituído pelo direito paterno. Por fim, o terceiro conceito, o feminista, de que o patriarcado vai designar um sistema que oprime as mulheres (DELPHY, 2009).

¹ Diversas resoluções da Organização na Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem a violência como um problema de saúde pública mundial e identificam as mulheres como o grupo em maior risco de sofrer tipos específicos de violência. Diante da alta prevalência da violência contra a mulher e de dados que mostram que as mulheres que sofrem maus-tratos procuram os serviços de saúde com maior frequência que as outras mulheres (mesmo se a violência não for o problema de saúde apresentado), é imperativo que os sistemas de saúde estejam preparados a dar suporte de primeira linha às sobreviventes que atenda às necessidades física, emocional, de segurança e de apoio das mulheres.

De acordo com Saffioti (2011), o patriarcado estimula a guerra entre as mulheres e funciona como uma engrenagem quase que automática que pode ser acionada por mulheres, mesmo sem estar na presença de homens.

Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também enquanto grupo, envolve prestação de serviços sexuais aos seus dominadores. Esta soma/mescla de dominação com exploração é aqui entendida como opressão (SAFFIOTI, 2011, p.105).

O patriarcado de antes se expressa, hoje, de forma diferenciada, mas trazendo características de um passado marcado fortemente pelo domínio masculino, sendo percebido por diversos meios, como na violência contra as mulheres; no mercado de trabalho, no qual as mulheres chegam a receber salários mais baixos do que os homens, mesmo exercendo as mesmas funções; no trabalho doméstico que é desvalorizado e, muitas vezes, sequer reconhecido como trabalho. São as mulheres quem mais realizam as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, cumprindo dessa forma uma extensão de sua jornada de trabalho.

Podemos perceber que as violências contra as mulheres podem se dar de várias maneiras, mas todas elas possuem um ponto em comum, que a questão de gênero. É o que nos traz Schraiber(2005):

Elas mantem em comum o traço do gênero: seja em família, seja nas relações de natureza pública, as questões que se encontram subjacentes às violências são questões de gênero, por tratar-se de uma mulher ou por envolver problemas tidos como femininos pela cultura vigente. E isso ocorre mesmo quando os personagens da situação de violência são exclusivamente mulheres. (SCHRAIBER, 2005. p.39)

A construção social do feminino e do masculino tem forte peso no exame da condição social de homens e mulheres. As noções que permeiam o conceito do que é ser masculino e feminino são estruturados a partir das relações socialmente construídas entre os seres humanos genéricos; ditados ao longo dos anos de acordo com a forma com o que os indivíduos se relacionavam com o ambiente natural em

que viviam, como que lidavam com as condições climáticas, culturais e formas que conviviam e se relacionavam com os membros de uma mesma sociedade.

É a partir da observação e do conhecimento das diferenças que a sociedade cria ideias sobre o que é um homem, o que é uma mulher, o que é masculino e o que é feminino, ou seja, as chamadas representações de gênero. Com isso, se estabelecem também as ideias de como devem ser a relação entre homem e mulher, a relação entre as mulheres e a relação entre os homens. Ou seja, a sociedade cria relações de gênero (CAMURÇA; GOUVEIA; 2004, p.12-13).

Entende-se, por conseguinte, a lógica de que sexo se refere a um conjunto de características genotípicas e biológicas, enquanto gênero é um conceito que se relaciona a um sistema de atributos sociais, tal como papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens, sendo que estes não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, de forma que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade.

Para Saffioti (2011), gênero diz respeito “as representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando estas inter-relacionadas” (SAFFIOTI, 2011, p. 113). A autora defende o uso simultâneo ou relacional da categoria gênero e patriarcado. Para ela, gênero é entendido de forma mais vasta do que o patriarcado, na medida em que, “as relações são hierarquizadas entre seres socialmente desiguais, enquanto o gênero compreende também relações igualitárias. Dessa forma, o patriarcado é um caso específico de relações de gênero” (SAFFIOTI, 2011, p. 119).

Portanto gênero é um primeiro campo social onde o poder é articulado, mas a raça/etnia e a classe social também são filtros de percepção e apercepção servindo de parâmetros para relação de poder, desta forma gênero não regula apenas a relação entre homens e mulheres, mas as relações homem-homem e mulher-mulher, assim uma violência perpetrada de uma mulher contra outra mulher pode ser produzida pelo gênero como a violência do homem contra a mulher. Assim, ele é o ponto a partir do qual o poder é articulado, essa articulação processa-se em prejuízo das mulheres na medida em que ser mulher não significa apenas ser diferente do homem, mas provoca opressão e desvalorização, assim torna-se necessário

evidenciar que o oprimido tem suas opções reduzidas transformando-se em objeto de exploração e domínio; essas diferenciações submetem as mulheres ao poder e a razão patriarcalista (SAFFIOTI, 2003. p.53-60).

A instauração do patriarcado foi concomitante a propriedade privada. Nesse processo, a mulher, os (as) filhos (as) e as terras passam a ser propriedades privadas do homem, ficando bem definido os papéis sociais e sexuais entre eles. Ao homem (pai) era lhe dado o poder de vida e morte sobre a mulher, filhos e escravos. O homem era dono de toda a propriedade e precisava da certeza da paternidade, daí ele precisou da monogamia, cuja finalidade era a procriação de filhos (as) herdeiros (as) de seus bens. Agora a mulher estaria unida por laços conjugais mais sólidos do que visto em outras formas de família, sendo fiel e vivendo a castidade. A monogamia surge na história sob a forma de escravidão do sexo feminino pelo sexo masculino, como proclamação de um conflito entre os sexos (ENGELS, 2014). Escravidão essa que se caracteriza com o controle do homem sobre todos os passos, vestimentas, sexualidade, corpo e modo de pensar das mulheres configurando-se em violência.

Entendemos que o patriarcado abrange de forma geral o domínio do homem sobre as mulheres e de escravos e sobre os bens considerados propriedade privada, assegurando que devem ser passadas às gerações futuras que são seus filhos, por isso a necessidade de certeza da paternidade e do casamento. De acordo com Saffioti, “o patriarcado é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens” (2011, p.44) e diz respeito não só ao mundo privado, mas também, ao mundo público. Dessa forma, as relações patriarcais caracterizadas na hierarquização e com suas estruturas de poder estão presentes nas famílias, no Estado e na religião.

A partir da expansão do capitalismo os âmbitos privado e público passam a ser valorizados socialmente de maneira hierárquica e servem para designar o papel e função dos gêneros em cada sociedade, estabelecendo-se a divisão sexual dos papéis e funções assumidas por mulheres e homens no tecido social. De acordo com esta nova ordem, as mulheres passam a ser identificadas com o espaço privado onde devem cumprir uma função reprodutiva biológica social e cultural, enquanto os homens passam a ser vinculados com o espaço público no qual devem cumprir com

uma função produtiva e provedora (RODRIGUEZ, 2006). Essa separação levou em consideração as diferenças biológicas que posteriormente, foram transformadas em desigualdades sociais.

Em “*A origem da família, da propriedade privada e do Estado*” Engels descreve a passagem de várias famílias até a formação da família monogâmica e patriarcal, sobre a qual ele descreve:

Baseia-se no predomínio do homem; sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indiscutível; e exige-se, essa paternidade, indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia, na posse dos bens de seu pai [...] Agora, como regra, só o homem pode rompê-los e repudiar sua mulher. Ao homem, igualmente, se concede o direito à infidelidade conjugal, sancionado ao menos pelo costume (o Código de Napoleão outorga-o expressamente, desde que ele não traga a concubina ao domicílio conjugal), e esse direito se exerce cada vez mais amplamente, à medida que se processa a evolução da sociedade. Quando a mulher, por acaso, recorda as antigas práticas sexuais e intenta renová-las, é castigada mais rigorosamente do que em qualquer outra época anterior (ENGELS, 2014, p. 16 – 17).

A monogamia é um elemento importante para a manutenção da família patriarcal, ela surge como uma forma de escravidão do sexo, ou seja, de um sexo pelo outro. Essa organização familiar, percebida e defendida fortemente, principalmente, por fundamentalista até hoje, no decorrer da história, já possibilitou o direito ao homem de violentar a sua mulher e justificar seus crimes “em defesa da sua honra”. Com o advento do capitalismo, os papéis sociais e sexuais da mulher e do homem foram sendo definidos, à mulher ficando destinado o espaço do lar, do doméstico, do privado, da reprodução social. Ao homem o espaço do direito, da rua, do público, da produção.

No que se refere a reprodução social ou trabalho reprodutivo dizemos que ele não se restringe somente ao trabalho doméstico, mas também, ao trabalho parental e a todas as tarefas de cuidados e de assumir responsabilidades pelas pessoas (DEVREUX, 2005). Falquet (2008) faz uma separação analítica entre as três grandes atividades ou tarefas desenvolvidas pelas mulheres: o trabalho de manutenção dos membros do grupo familiar, o trabalho sexual e o trabalho de criação das crianças (trabalho procriativo).

Nesse caso, falamos em relações extensivas à servidão e escravidão definidas pelo sexo, mas veremos mais adiante que o modo de produção capitalista vai também incorporando o racismo para a sua manutenção, como bem coloca Saffioti:

A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi-se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais [...] O nó formado pelo patriarcado-racismo-capitalismo constitui uma realidade bastante nova, que se construiu nos séculos XVI-XVIII, e que não apenas é contraditória, mas também regida por uma lógica igualmente contraditória. Não é possível pensar o econômico desvinculado do político, e o próprio Marx foi explícito a este respeito (2000, p. 73).

Cada uma dessas formas de organização social - o patriarcado, o racismo e o capitalismo - compõem contradições diferentes, o que não significa dizer que são independentes, ao contrário, elas estão relacionadas intrinsecamente umas nas outras. É o que Saffioti (2013) denomina de nó. Para ela, “o aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas a mulher” (SAFFIOTI, 2013, p.65), especialmente, para as negras. Em outras palavras, o capitalismo se apropriou do racismo e do patriarcado para extração de maiores lucros.

Segundo Tabet (2005), o que se tem mais difundido nos estudos etnográficos é que os homens e as mulheres realizam atividades diferentes, mas dispõe cada um de instrumentos adequados para as suas atividades. Todavia, a autora ressalta que:

Tal ótica não põe nunca em discussão a divisão do trabalho em si mesmo: as mulheres, absorvidas pelos cuidados com as crianças, apenas realizariam trabalhos menos complexos e teriam, portanto somente a necessidade de instrumentos mais simples apropriados para suas atividades (TABET, 2005, p.67).

Dessa forma, explica ela, as mulheres realizam certo trabalho e são excluídas de outros em relação aos instrumentos utilizados nestas atividades. A forma de controle masculino dos instrumentos de produção aparece como um dos elementos

das relações sociais antagônicas e patriarcais entre os sexos. As mulheres acabam usando os instrumentos mais rudimentares e menos especializados do que os homens numa mesma sociedade para uma mesma atividade. Com isso, ela demonstra que “são justamente os instrumentos utilizados que determinam a atribuição das diversas atividades das mulheres ou sua exclusão das mesmas” (TABET, 2005, p.68). Dentre as atividades que Tabet (2005) trás sua reflexão estão: a coleta, a caça, a pesca e a agricultura.

As diferenças dadas na realização de atividades e técnicas entre os homens e as mulheres são devido às distinção entre os instrumentos femininos e masculinos, sendo os instrumentos femininos mais rudimentares que os instrumentos masculinos, e o que contribuiu para essa diferenciação foi o tempo livre e de descanso que os homens possuíam. O tempo livre que as mulheres dispunham era à noite, já os homens dispunham de várias horas para descansar depois de realizados vários esforços físicos. As vantagens do tempo livre que os homens dispunham, passa a ser utilizado para se dedicarem as atividades intelectuais e religiosas nas danças, rituais ou ferramentas (TABET, 2005). Em atividades de caça e pesca a autora reflete que as mulheres foram excluídas de algumas atividades ou então quando não foram excluídas, seus instrumentos, eram mais rudimentares do que o dos homens.

Na década de 80, o sociólogo Karin Wall usou-se da agricultura para problematizar sobre a divisão sexual do trabalho. Em seus estudos, o autor aborda que a agricultura feminina aconteceria por meio do cultivo de enxada e a agricultura masculina seria por meio do arado. Com a agricultura vê-se a passagem do trabalho em que predomina a separação dos sexos para uma organização do trabalho desenvolvido por homens e mulheres conjuntamente. O desenvolvimento da enxada para o arado veio pelos homens justamente pelo tempo livre que eles possuíam para desenvolver os seus instrumentos, porém, as mulheres ficaram excluídas desses instrumentos (WALL, 1986).

Às mulheres foram constantemente negadas as possibilidades de estender as atividades acima de suas forças físicas, de ir além da capacidade de suas mãos, de seu corpo por meio de instrumentos mais complexos que possibilitassem isso. Além disso, encontrará limites no trabalho intelectual. As mulheres não realizavam tarefas

que se exige força e foram excluídas das atividades com o argumento de que precisa ter força física quando na realidade, as mulheres só não tinham os instrumentos corretos para a realização de determinadas tarefas. Dessa forma, a desigualdade do acesso aos instrumentos bem mais elaborados excluiu as mulheres de determinadas atividades (TABET, 2005).

Para finalizar a autora expõe que a divisão sexual do trabalho é caracterizada pela exploração da mulher pelo homem, o tempo livre que cada um dispunha os instrumentos utilizados por cada sexo, o desenvolvimento dos instrumentos, a sua proibição em detrimento do sexo feminino, o resultado produtivo quantitativamente dos instrumentos mais desenvolvidos e a naturalização do trabalho.

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

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

Ou seja, sendo a classe trabalhadora formada por homens e mulheres e brancos (as) e negros (as) que estão inseridos (as) de formas diferenciadas, percebemos que essas diferenças dentro de uma classe devem ser consideradas, visto que, eles vivenciam condições de trabalho diferenciadas, pois há uma concentração de mulheres e negros em postos de trabalhos mais precarizados e diferenças salariais entre estes grupos. Mulheres e negros (as) são categorias com necessidades específicas, ainda que façam parte da mesma classe. E por fazerem parte desta mesma classe trabalhadora, suas demandas (sexo e raça/etnia), tornam-se, ao mesmo tempo, demandas da classe trabalhadora.

Cisne (2013) argumenta que a percepção das discriminações por gênero e raça/etnia não são atribuídas à sujeitos específicos, mas consideradas um problema

de toda classe. Para ela, não se pode compreender o sistema capitalista apenas por meio da explicação dos fatores que constituem a divisão da sociedade em classes sociais antagônicas. Cada particularidade estruturante da classe – sexo e raça/etnia – “combinadas ou não, imprime determinações e implicações diferenciadas para as mais variadas frações que compõem a classe trabalhadora” (p.46). Como expõe Mészáros (2011), as mulheres:

Podem se tornar membros plenamente iguais da força de trabalho conscientemente ampliada, entrando por esta razão em alguns territórios antes proibidos. No entanto, sob nenhuma circunstância elas poderão questionar a divisão do trabalho estabelecida e seu próprio papel na estrutura familiar herdada. Nas sociedades, pós-capitalistas, as mulheres em geral realmente podem se emancipar a ponto de entrar em qualquer profissão. [...] o chamado, com razão, “segundo turno” das mulheres, que se inicia ao chegarem em casa depois do trabalho, serviu apenas para enfatizar a natureza problemática de todas essas realizações, inclusive a estranha “falsa admissão política” praticada neste tipo de sociedades, que nada podia fazer para alterar as relações de força estabelecidas e o papel subordinado das mulheres na força de trabalho estruturalmente subordinada. Ele só enfatizou o fato de que causa histórica da emancipação das mulheres não poderia progredir sem questionar todas as formas de domínio do capital (MÉSZÁROS, 2001, p.293).

O modo de produção capitalista se utilizou das diferenças biológicas para justificar a inserção da mulher em postos de trabalho específicos, que se traduziu, quase sempre, em trabalho desqualificado.

O modo capitalista de produção não faz apenas explicitar a natureza dos fatores que promovem a divisão da sociedade em classes sociais; lança mão da tradição para justificar a marginalização efetiva ou potencial de certos setores da população do sistema produtivo de bens e serviços. Assim é que o sexo, fator de há muito selecionado como fonte de inferiorização social da mulher, passa a interferir de modo positivo para a atualização da sociedade competitiva, na constituição de classes sociais. A elaboração social do fator natural sexo, enquanto determinação comum que é, assume, na nova sociedade, uma feição inédita e determinada pelo sistema de produção social. Aparentemente, no entanto, são as deficiências físicas e mentais dos membros da categoria sexo feminino que determinam a imperfeição das realizações empíricas das sociedades competitivas. A mulher faz, portanto, a figura de elemento obstrutor do desenvolvimento social, quando, na verdade, é a sociedade que coloca obstáculos à realização plena da mulher (SAFFIOTI, 2013, p.66).

O patriarcado e o racismo presente nos dias de hoje, não se manifesta da mesma forma que nos períodos anteriores, mas eles estão presentes fortemente,

assumindo configurações diferenciadas. Há a difusão da concepção de que hoje as mulheres e os homens são iguais e que não precisam de feminismo², como também, há a concepção de que o racismo só existe porque falamos nele. Essa forma de pensar é inteiramente característica do senso comum e mergulhado de uma ideologia de que vivemos em uma sociedade mais igualitária, tanto no que se refere aos direitos entre homens e mulheres, como na perfeita harmonia entre negros, brancos e indígenas.

Para Camurça (2007), na atualidade, o patriarcado insiste e persiste na sociedade utilizando-se de quatro mecanismos para sustentar o sistema de dominação que se reinventa, reproduz e perdura, são eles: a violência contra as mulheres; o controle sobre o corpo, a sexualidade e a vida reprodutiva das mulheres; a manutenção das mulheres em situação de dependência econômica e a manutenção de interdições com relação à participação política das mulheres.

Como já abordado anteriormente, as relações sociais de sexo não se limitam apenas as relações de uma única esfera, como por exemplo, a esfera da família, nem mesmo as relações nas esferas conjugais. Mas, nas diversas formas materiais de exploração e opressão das mulheres, enfim, envolve “todos os fenômenos de opressão, de exploração e de subordinação das mulheres aos homens” (DEVREUX, 2005, p.565).

Colette Guillaumin (2005), vai expor que as relações sociais entre homens e mulheres são relações de “sexagem”, ou seja, relações em que a mulher é tratada e/ou transformada em objeto. Para ela as mulheres são apropriadas:

Nas relações de sexagem, as expressões particulares da dita relação de apropriação (do conjunto do grupo das mulheres e do corpo material individual de cada mulher) são: a) a apropriação do tempo; b) a apropriação dos produtos do corpo; c) a obrigação sexual; d) o desgaste físico dos membros inválidos do grupo (inválidos pela idade – bebês, crianças e idosos – enfermos e com deficiências) assim como os membros válidos do sexo masculino (GUILLAUMIN, 2005,p.26).

² Doutrina que preconiza o aprimoramento e a ampliação do papel e dos direitos das mulheres na sociedade.

Com relação a *apropriação do tempo* a autora vai citar o matrimônio como uma forma explícita da apropriação da mulher pelo homem. Para ela, o matrimônio é um “contrato” que é diferente dos contratos de trabalho que são realizados entre empresas e funcionários, pois, no matrimônio não há tempo estabelecido, nem qualquer restrição quanto a sua utilização, nem os horários de trabalho e a mulher não recebe dinheiro pelo seu trabalho, conseqüentemente, não se espera que possa ter um aumento de salário. Esse contrato não atinge somente a mulher na condição de esposa, mas também, todas as mulheres do grupo familiar como as mães, irmãs, avós, filhas, tias, pois, mesmo que elas não tenham firmado nenhum contrato individual com um esposo, “o chefe da família”, elas contribuem para a manutenção e conservação do trabalho como o lavar, o cuidado com os filhos (as) e a preparação dos alimentos, etc. (GUILLAUMIN, 2005).

Já a *apropriação dos produtos do corpo* dela como o número de filhos não está previsto no “contrato do matrimônio”, há uma ausência da real possibilidade da mulher de contracepção e de aborto. Ela dever ter a quantidade de filhos que seu esposo queira. Assim, os produtos do corpo da mulher não pertencem a ela e sim a outro alguém diferente dela.

A *obrigação sexual* para a autora vai ser o direito masculino exercido contra nós mulheres sem levar em consideração o nosso desejo e a nossa opinião sobre o assunto. Vai se configurar em um direito masculino e um dever feminino. Ocorre por meio do uso físico e do uso sexual. O uso físico sexual ocorre de duas maneiras: por meio do matrimônio e por meio da prostituição. Apesar de serem contraditórias uma afirma a outra e expressam a apropriação das mulheres pelos homens.

Qual a diferença entre a obrigação sexual no matrimônio e na prostituição? O matrimônio é o que a autora chama de apropriação individual, por meio de um contrato. Ela compara o “contrato” do matrimônio ao contrato de um trabalhador comum. Dentre as diferenças ela vai elencar que no contrato do matrimônio, a mulher é uma trabalhadora sem remuneração, sem horas de trabalho determinada e não há possibilidade de negociação de sua força de trabalho. Ele, o contrato, se estende do uso físico a todas as formas possíveis de uso, dentre os quais, a central é a relação sexual. “Este uso é obrigatório no contrato de matrimônio, por outro lado, seu não exercício é razão urgente para anulação” (GUILLAUMIN, 2005, p.31). Já a

prostituição é a apropriação coletiva. Reside num contrato informal e no fato de que a prática do sexo é remunerada, em quantidade determinada. Essa remuneração corresponde a um tempo determinado. A principal característica da prostituição é que seu uso físico comprado é unicamente sexual. “A venda limita o uso físico ao uso sexual” (GUILLAUMIN, 2005, p.30).

A quarta e última relação de sexagem é a *sobrecarga física dos membros inválidos e válidos do sexo masculino*. Para seu entendimento é preciso compreender que se na escravidão e na vassalagem há uma redução do oprimido a coisas ou ferramentas para utilização em outras coisas, por exemplo, a agricultura, do mesmo modo na sexagem há uma redução da mulher a coisa ou objeto, cuja finalidade é fundamentalmente servir a outros instrumentos que são os humanos. Isso ocorre porque as mulheres se dedicam a realizar por fora dos salários o cuidado corporal, material e afetivo dos conjuntos de atores sociais. Essas tarefas do cuidado físico existem igualmente com remuneração, mas se comparadas o número de horas dedicadas a esse trabalho entre assalariados e não assalariados, em sua maioria, essas tarefas são realizadas sem remuneração. “Socialmente, estas tarefas são efetuadas no marco de uma apropriação física direta” (GUILLAUMIN, 2005, p.36). O cuidado físico dos enfermos, crianças, idosos e pessoas com deficiência são realizados sem remuneração. Da mesma forma, como ocorrem com a apropriação do corpo, levando em consideração a raça/etnia as pessoas “racializadas” também estão sujeitas a essas tarefas de cuidado. E mais uma vez há uma confirmação da consubstancialidade da classe com as relações sociais de sexo e raça/etnia.

Laraia (2007) em seus estudos, afirma que é notório a forte presença, no processo histórico de formação brasileira, da interdependência das relações de produção capitalista, com as relações de apropriação, seja de sexismo ou de escravidão. A formação histórica e cultural é fortemente marcada por essas três relações, patriarcais, capitalistas e escravistas, cada uma com seu explorador e explorado definidos e com suas ideologias para a sustentação dessas relações (LARAIA, 2007). Porém, são relações que inter cruzam-se e são interdependentes uma das outras e podem assumir características diferenciadas de acordo com a classe social ou raça/etnia a qual pertencem. A exemplo disso temos a maternidade,

que é experienciada de forma diferenciada pelas mulheres brancas e negras, bem como, pobres e ricas.

Portanto, entender o conceito de gênero se faz de extrema importância para que possamos compreender de que maneira vem sendo construída a assistência que é dada as mulheres em período gestacional, no parto e pós-parto, uma vez que, entre as dimensões envolvidas na formatação cultural das práticas de assistência ao parto, encontramos a cultura sexual da sociedade, suas hierarquias e os valores de gênero, bem como de raça, classe social, entre outros. Deste modo, o gênero é uma construção social e histórica e, cabe ressaltar que na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais, principalmente nas sociedades de classe, particularmente a sociedade capitalista. No próximo item analisaremos a violência sofrida pelas mulheres no momento do parto na sociedade contemporânea enquanto expressão da histórica violência de gênero tratada nesse item.

1.2 A Violência Obstétrica como expressão da Violência de Gênero

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher. Ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa (FONEITE; MERLO, 2012).

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico a mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (COMITÉ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996, p.6). Tais violências são cometidas por vários motivos de ordem social – configuração do patriarcado -, cultural e religiosa em todo o mundo. Ocorre principalmente, por um lugar social menor dela frente ao homem, criado historicamente. A mulher na história ocidental é colocada como submissa e não como provedora, não como a pessoa que sustenta a casa e nem como a pessoa que pode ser independente. O sistema social é o do patriarcado, que significa que a

figura do homem é enxergada como a que sustenta a família e paga as contas. Essa imagem social, concebida pela maioria das pessoas é tida como algo verdadeiro, que reforça a ideia de superioridade do homem sobre a mulher. A ideia de submissão feminina é, pois, um dos motivos pelos quais as mulheres são tratadas com desprezo, discriminação e preconceito (SAFFIOTI, 2014).

A violência sofrida pela mulher pode refletir em numerosos traumas e doenças durante sua vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra a necessidade em descobrir os autores dos crimes cometidos contra as mulheres, a fim de criar um ambiente melhor para a vida feminina. O impacto da violência em sua saúde pode ser demonstrado além de características físicas, como também por doenças como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, suicídios, gravidez indesejada, resultados adversos ao bebê, transmissão de infecções e AIDS. Desde 1979, a ONU criou a Convenção das Nações Unidas sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, que foi assinada pelo Brasil e por diversos países que assumiram tal compromisso, visando erradicar toda e qualquer forma de violência contra a mulher que seja prejudicial ao seu desenvolvimento humano e social.

A violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito presente e não identificada: a violência obstétrica.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ, 2012). Esse tipo de violência é reproduzida por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas: os seus corpos.

O termo violência obstétrica foi criado pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela e publicado em 2010 no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* onde a violência obstétrica é tipificada; e desde então nomeia as lutas do movimento feminista pela eliminação e punição dos atos e procedimentos tidos como violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto.

Dentro de uma perspectiva do Serviço Social em busca de uma melhor compreensão, remete-se a Faleiros (2007), que vem trazendo estudos significativos em relação à violência. Para o autor, a violência é um processo social relacional complexo e diverso. Por ser um processo relacional deve ser entendido na estruturação da própria sociedade das relações interpessoais, institucionais e familiares (FALEIROS, 2007).

A violência, de acordo com o autor, é entendida na estrutura social dos conflitos, nas relações complexas de poder, na correlação de forças gerais e particulares. É entendida como uma relação desigual de poder, implicando a negação do outro, da diferença, da tolerância e das oportunidades. Como consequente, traduz-se em prejuízo, dano ou sofrimento e infringe o pacto social de convivência, de garantia de direitos e de modo civilizatório fundado nos direitos humanos (FALEIROS, 2007).

A estrutura da sociedade está nas relações de acumulação econômica e de poder nas contradições entre grupos e classes de dominantes e dominados, bem como por poderes de sexo, gênero, etnias, simbólicos, culturais, institucionais, profissionais e efetivos (FALEIROS, 2007). O autor enfatiza que a relação de poder atinge tanto o corpo como a psique das pessoas: “a conflitualidade é fundante da existência social, na esfera da dinâmica social e familiar, e mesmo a existência do sujeito dividido entre o desejo e as normas sociais de proibição da realização do desejo” (FALEIROS, 2007, p.27).

Supõe-se que por não entenderem que estão sofrendo violência, as mulheres aceitem como corretos alguns procedimentos que sucedem durante o parto, “porque a forma invasiva e desrespeitosa de lidar com a saúde da parturiente e do recém-nascido se alojou na sociedade disfarçada de cuidado e atenção” (SOUZA, 2013, p.2). Essa violência existe e é caracterizada pela desapropriação do corpo da mulher para o médico na hora do parto, ou seja, a perda de autonomia e da decisão livre sobre o seu parto (MIRANDA, 2015).

A pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Público e Privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, mostrou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. As mais

comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência.

Nesta perspectiva, as violências sofridas pelas mulheres no contexto do parto, são muitas, e se tornam ainda mais agravantes quando se faz relação às diferenças sociais como idade, raça e nível social, se repetindo ao ponto de tornar-se uma rotina. As principais queixas são:

Comentários constrangedores e/ou ofensivos; atendimento negado ou dificultado; intervenções desnecessárias e/ou que vão de encontro aos interesses e conveniência do profissional; impedimento de acompanhante de escolha da mulher; peregrinação por busca de internação; impedimento ou retardo do contato entre mãe e bebê bem como o aleitamento materno; entre outros, são consideradas como violência obstétrica (SOUZA, 2013, p.11).

Para melhor entendimento, vale explicar a diferença entre as vias de parto: O parto normal é quando a expulsão do feto acontece através do canal vaginal, de forma fisiológica. Quanto a compreensão das formas do mesmo, cabe citarmos ainda que “o parto normal é por via vaginal, mas pode ser ‘anormal’”. O parto natural não tem nenhuma intervenção médica, mas não é necessariamente humanizado. Já o parto humanizado não tem tempo para acabar e respeita o tempo da mãe e do bebê”, como afirma a enfermeira obstetra Mayra Calvette (2017). De acordo com a cartilha formulada pela Unicef (2017) “Quem Espera, Espera”, os benefícios do parto normal em uma gestação de baixo risco, são inúmeros quando comparados a cesariana. Dentre eles, cabe destacar: o menor risco de infecções maternas e de hemorragia; recuperação mais rápida da Mulher, com menor tempo de internação hospitalar; estimulação o sistema imunológico do recém-nascido e promoção de maior proteção contra alergias, pois ao passar pelo canal vaginal o bebê entra em contato com as bactérias da mãe; diminuição a chance de internação do recém-nascido na UTI; e facilidade da descida do leite devido à liberação de hormônios como ocitocina e prolactina (UNICEF, 2017).

A cesariana é uma intervenção cirúrgica no útero para extrair o feto. É uma técnica que salva vidas todos os dias e seu desenvolvimento foi uma grande conquista da medicina. Originalmente, a cesárea deveria ser indicada apenas em

situações delicadas, onde o risco para a mãe ou bebê não permitisse deixar a natureza agir por si. E, de preferência, a decisão pela cirurgia deveria ser tomada já com o trabalho de parto iniciado. Mas o que estamos vivendo no Brasil é uma epidemia de cesarianas pré-agendadas, e o resultado é uma população de bebês nascidos antes da hora com todas as complicações que a prematuridade oferece, assim como um grande número de mães frustradas com a experiência do parto (CALVETTE, 2017).

A medicina vem tratando todo o processo referente ao período da gestação como uma patologia, institucionalizando o procedimento do parto em uma especialidade médica incorporada a ganhos, dando ênfase ao parto cesáreo e a utilização de intervenções em todos os partos, na busca de informatizar o processo (DELFINO, 2016). Contudo, não se deve negar o fato de que a tecnologia tem contribuído nesta assistência à parturiente, a questão é que a tecnologia deveria significar uma liada à saúde da mulher e o recém-nato, mas se tornou um instrumento potencializador dos médicos, no sentido de agilizar, mecanizar, institucionalizar o processo de parto no país (DELFINO, 2016, p.6).

Neste sentido, divulgam-se problemas e informações sobre o parto normal como uma forma extrema e infundada, como maneira de aceitar o parto cesáreo como melhor alternativa, visando o que é conveniente em princípio, para o médico e a instituição.

De acordo com o dossiê “Parirás com Dor” elaborado em 2012 pela *Rede Parto do Princípio* para a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPMI) da violência contra as mulheres, enquadra-se no conceito de violência obstétrica todos os atos praticados no corpo da mulher e do bebê sem o consentimento da mulher, além de procedimentos já superados pela medicina, porém ainda muito utilizados, principalmente no atendimento realizado pelo SUS; tendo como principal característica a tentativa de se ter o controle sobre o imprevisível, que é o parto.

Com base neste pressuposto, os atos podem adquirir um caráter violento sobre o corpo da mulher. Podem causar qualquer dano físico, de qualquer intensidade, sem indicação médica ou base científica. Alguns exemplos de violência obstétrica de caráter físico são: a manobra de *Kristeller* que consiste na aplicação de força no momento da contração, na parte superior do útero em direção ao canal de parto,

para encurtar o trabalho de parto; cesariana sem prescrição apenas com finalidade de conveniência médica; o uso de ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), da anestesia (ou negação dela), do fórceps (instrumento cirúrgico que ao ser introduzido no canal vaginal durante o parto, puxa o bebê para fora); o jejum de comida e água; o rompimento artificial da bolsa; e a contenção dos membros da parturiente (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012, p. 60-61).

De caráter psicológico justificado por toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, abandono, medo, insegurança, alienação, bem como perda de sua integridade. A exemplo deste estão as ameaças, piadas, humilhações e grosserias, chantagem, ofensa, negação de acompanhante, falta de informação e desrespeito social (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012).

As ações que se referem à sua integridade sexual e reprodutiva se encaixam na violência de caráter sexual. São exemplos destes o assédio, exames de toques invasivos e excessivos de forma frequente (usados para conferir a dilatação e descida do bebê), o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (imposição da depilação), não deixar que a mulher escolha a posição do seu parto (obrigatoriedade da posição horizontal), exames recorrentes com finalidade didática (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012, p. 60) e a episiotomia - "procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão (corte) no períneo" (FEBRASGO, 2009, p.368); procedimento este, que foi abolido por médicos que praticam a medicina baseada em evidências justamente por ser considerada uma "mutilação genital feminina", como descrita em 1999 pelo médico americano Marsden Wagner, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), porém que frequentemente continua sendo utilizada com o intuito de acelerar o processo de saída do bebê pelo parto vaginal, desconsiderando os estudos que comprovam que a laceração natural, possibilita melhor recuperação e propicia muito mais benefícios a mulher (OMS, 2008). Enquanto o corte do períneo ocasionado pela episiotomia tem mais probabilidade de complicações como "dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma" (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA,

2012, p. 82). Nesta mesma perspectiva ainda aparece realizado o “ponto do marido”, que é quando após o corte realizado pela episiotomia, no momento de sutura, é dado um ponto a mais do que o necessário, no intuito de deixar a região vaginal da mulher apertada para preservar o prazer do homem, o que acaba por ocasionar na maioria das vezes dor na relação sexual e infecção.

O termo violência obstétrica abrange três momentos distintos do atendimento no serviço de saúde, quais sejam: pré-parto, parto e pós-parto, ou ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do seu processo reprodutivo (AZEVEDO, 2015). Desta forma caracteriza-se pela intervenção institucional indevida, não autorizada ou sequer informada, até mesmo abusiva, sobre o corpo ou processo reprodutivo da mulher, que violam sua autonomia, informação, liberdade de escolha e participação nas decisões sobre o seu próprio corpo.

A construção do conceito compreende a evolução histórica do parto, para que se possa entender a mudança de um procedimento natural e ritualístico realizado apenas entre mulheres (parteiras), para uma obstetrícia institucionalizada baseada em conceitos acadêmicos, se tornando uma especialidade clínica e cirúrgica.

[...] Adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e bebês (TORNQUIST, 2004). Caso clássico é o das altas taxas de mortalidade materna relacionadas a partos hospitalares, na década de 1870, em função da infecção puerperal. Por isso, as primeiras mulheres recorrem às maternidades eram pobres e/ou solteiras, e o faziam em último recurso. O que se depreende da história em torno da febre puerperal é que a relutância dos médicos em reconhecerem o potencial iatrogênico de sua prática atrasou o combate à infecção em mais de cem anos, apesar da classe médica estar profundamente sensibilizada com o problema (NULAND, 2005 Apud MAIA, 2010, p.32).

A institucionalidade do parto retira da mulher sua autonomia, sua capacidade de decidir sobre seu corpo e seu momento. "É digno de nota que as mulheres perderam o controle sobre sua fertilidade" (SCHIENBINGER, 2001, p.210),

passando a ter uma assistência pautada e regida pelo modelo biomédico³ hegemônico capitalista que nas práticas e política de saúde no Brasil, adota historicamente a mulher e ao seu corpo um caráter de máquina capaz de gerar lucros ao grande capital, em que, o médico seria seu engenheiro e detentor de todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter presença de acompanhante, de decidir a posição em que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis a violência, silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente (ANDRADE, 2014). Diante disso, e aliado ao caráter paternalista brasileiro, a mulher passa a ser vista como seu único papel social de reprodutora que deve ser punida pelo prazer do ato sexual; dando ao médico o papel de protagonista do parto, desconsiderando o caráter familiar, social e emocional envolvido.

A relação verticalizada no trato à saúde da mulher tem como consequência o rompimento do vínculo de confiança que deve ser construído entre a usuária e o profissional, em relação de igualdade na qual o profissional detentor do saber teórico-metodológico, pautado nos direcionamentos éticos-políticos, imprime direção a sua prática, na qual a usuária no âmbito de seus direitos confere ao processo autonomia e liberdade de decisão sobre seu corpo, seu momento, sua forma de se alcançar o fim desejado, ou seja, é uma construção conjunta, sobre qual a melhor forma de se chegar a “luz”.

A amarga vivência e o trauma acompanha a mulher porta a fora da instituição. A violência infligida nos corpos femininos gera um trauma psicológico e muitas vezes físico, que fere categorias universais de direitos humanos como: igualdade, dignidade, respeito, justiça e valor da pessoa humana; podendo ser por muitas vezes relacionados com a cultura do estupro, visto que inúmeras mulheres que sofreram violência obstétrica sentem-se violentadas, envergonhadas e culpadas, sentimento muito comum também entre as mulheres que foram vítimas de abuso

³ Este modelo entende o homem e seu funcionamento enquanto um sistema mecânico, e quando esse adoece, é tratado como danificado, tal qual uma máquina pode ficar. Logo, podemos concluir que o conceito de saúde neste modelo é compreendido enquanto ausência de doença (COSTA, 2012).

sexual. A violência obstétrica se aproxima muito do sentimento do corpo violado, principalmente em sua vagina, o que pode levar a mulher a se sentir usada, manipulada como objeto, tendo seu corpo desrespeitado em uma invasão que pode acarretar em elevado sofrimento psicológico. Passam a rejeitar o próprio corpo, temer relações sexuais, além do pavor de uma nova gestação ou ansiedade por outra tentativa de substituir as péssimas memórias. Pode ser inclusive, o eliciador de problemas de saúde mental no puerpério, com prejuízos para a relação mãe-bebê e até para a vida sexual (SIPIÃO, 2015).

No entanto, falar de violência obstétrica não é fácil, principalmente quando se descobre os interesses que se tem envolvidos por trás dela. Por ser institucionalizada é pouco conhecida, com isso, muitas mulheres passam pela experiência desse tipo de violência e não se reconhecem como pessoas que sofreram maus tratos. A própria organização dos serviços de saúde expressa a sua institucionalização, reproduzindo-a, e, ao abordar o tema junto as mulheres vítimas desses abusos, é comum ouvir que “é assim mesmo”, de modo fatalista, retratando o nível de naturalização da prática (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012).

1.3 - Violência e Comercialização do Parto: o nascimento como mercadoria

Existem muitos fatores que colaboram com a violência obstétrica, dentre eles, a negligência do Estado em não dispor de políticas de atendimento a mulheres, ou em ofertar serviços de assistência sucateados, evidenciados pela falta de recursos materiais, recursos humanos e capacitação permanente dos profissionais; A influência do capitalismo com a chamada “indústria do nascimento” onde:

O modelo de atenção ao parto no Brasil é muito centrado na tecnologia que foi aos poucos criando a cultura da cesariana, como o modo de nascer mais confortável, talvez mais adequado a essa sociedade de consumo [...] o parto passa a ser um ato cirúrgico e deixa de ser um ato fisiológico. [...] Existe uma lógica cultural e econômica para isso ter acontecido. Existe a ideia que o parto cesárea é mais seguro. [...] Não compensa o médico desmarcar a consulta de uma tarde inteira para realizar um parto, pois você ganha mais com as consultas. As cesáreas são realizadas e marcadas por conveniência médica (CHAUVET, 2013).

Fugir da violência previsível do parto normal nos âmbitos da assistência de saúde pública, muitas vezes significa submeter-se a uma operação cesariana no serviço privado (PESQUISA PERSEU ABRAMO, 2010), trazendo um caráter de comercialização do nascimento através das cesáreas agendadas antes do fim da gestação em horários comerciais. É notável que a cesariana de forma eletiva, é realizada mesmo sem haver reais indicações, e se tornou uma prática recorrente, transmitida por geração como um procedimento seguro mesmo sem haver respaldo científico necessário. A realização de cesarianas eletivas se tornou comum no meio médico, a cirurgia em si é economicamente viável, pois na área privada os médicos têm mais ganho e menos tempo de trabalho, já na área pública embora haja gastos, ela ajuda com que não haja a superlotação das unidades (CUNHA, 2015).

A reportagem “Você tem medo de que?” publicada pela Revista Crescer no ano de 2015, debate que no Sistema Único de Saúde (SUS), o médico recebe mais por uma cesárea (R\$ 387,30) do que por um parto normal (R\$ 263,49). Nos convênios, a lógica é a mesma (até R\$ 600 o parto normal e até R\$ 1 mil a cesárea); Então se o médico ganha mais pela cesárea que ocupa uma hora de sua agenda, por que optaria pelo parto normal que pode demorar mais de dez? Outro dado levantado pela reportagem é a ilustração de que se esse mesmo médico deixar de atender 6 horas de consultório por conta de um trabalho de parto, são por volta de 20 consultas de 40 reais, em um convenio; o que lhe daria por volta de R\$ 800 de prejuízo, no mínimo. Assim, pode-se afirmar que as cesáreas movimentam economicamente a saúde privada.

De acordo com a *Pesquisa Nascer no Brasil* da Fiocruz realizada em 2014, o índice de cesarianas no Brasil é três vezes maior que o recomendado. Apesar do índice máximo de cesarianas aconselhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ser de 15%, o Brasil lidera o ranking na América Latina, segundo a Unicef, com mais de 50% de nascimentos através da cirurgia. O índice sobe consideravelmente quando se olha para os hospitais particulares. Em 2010, 81,83% das crianças que nasceram via convênios médicos, vieram ao mundo por cesarianas. Em 2011, o número aumentou para 83,8%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De acordo com o dossiê elaborado pela *Parto do Princípio*⁴ (2012), muitas indicações de cesáreas não possuem respaldo científico, há evidências de que cesarianas estão associadas com o aumento da morbidade e mortalidade materna e não há tendências de que elas tenham diminuído com o seu aumento.

Com base na pesquisa “Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna em Juiz de Fora” de Ana Claudia Sierra e Lélia Souza, em que as autoras consideram a realidade das mortes maternas do nosso município, podemos obter dados que descrevem e comprovam essa afirmativa anterior. A pesquisa foi realizada com mulheres e maternidades no período de abril a dezembro de 2016, sendo possível identificar e analisar 85 mortes de mulheres residentes em Juiz de Fora. A faixa etária foi compreendida entre 20 e 36 anos. As mulheres tiveram pré-natal (74,1%), com menos de seis visitas (34,0%). A cesariana foi realizada em 38,8% dos partos, e o tratamento obstétrico foi considerado correto (32,9%). As principais causas de morte materna foram o choque hipovolêmico⁵ com 12 casos (14,10%), seguido de hipotonia uterina⁶, 6 casos (7,0%). A conclusão das autoras a partir de sua pesquisa, foi que o aumento das notificações dos óbitos de mulheres residentes em Juiz de Fora tiveram uma relação com o aumento crescente da taxa de cesárea no município, que se encontrava em 59,15%, no período estudado, sendo superior aos 51,24% encontrados no Brasil. Esse indicador permitiu que elas avaliassem a qualidade da assistência prestada, uma vez que a elevação do número de óbitos pode refletir o acompanhamento de pré natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico (SIERRA; SOUZA, 2018).

O documentário “*O Renascimento do Parto – O Filme*” apresenta diversas falas de profissionais e relatos de mães que tiveram seus bebês tanto no âmbito público e privado, que ajudam a comprovar a existência desta realidade brasileira.

⁴ A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente.

⁵ O choque hipovolêmico, também conhecido como choque hemorrágico, acontece quando se perde cerca de 1 litro de sangue, o que faz com que o coração deixe de ser capaz de bombear o sangue necessário para todo o corpo, levando a problemas graves em vários órgãos do corpo e colocando a vida em risco.

⁶ Hemorragia pós parto.

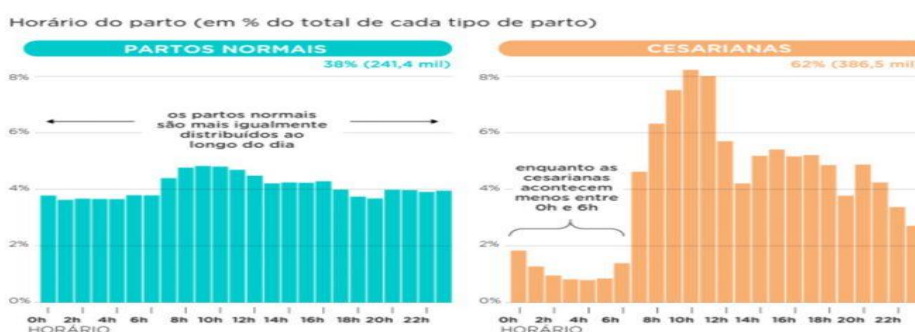
No filme, Robbie Davis Floyd alerta que 15% das mulheres podem vir a precisar de intervenção, no entanto, estamos chegando a 100% de intervenções, “não é possível que 100% das mulheres tenham algum tipo de problema que não possam ter filhos de forma natural”, afirma Robbie Davis Floyd (CHAUVET, 2013).

Para Maria Vilela, existe uma epidemia oculta, que está acontecendo nas classes mais elevadas, onde os nascimentos estão sendo adequados à agenda dos médicos, o que fica evidente diante desse quadro, que há interesses diversos no nascimento a cesárea (CHAUVET, 2013).

Melina aponta que, segundo estudos da OMS, a cesariana sem indicação real está associada como aumento das complicações respiratórias para o recém-nascido, aumento de internações em UTI neonatal e o aumento da mortalidade neonatal. Soma-se a fala de Ricardo Chaves - pediatra, que afirma que existe um aumento de bebês em UTIs em vésperas de feriados. Em sua fala o pediatra afirma ainda que embora haja casos reais raros, prevalece a comercialização do parto corrompendo o processo natural do nascimento de acordo com o interesse pessoal médico (CHAUVET, 2013).

A divulgação dos gráficos de Registro Civil da Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) de São Paulo é um espelho da realidade de todo o Brasil. Eles nos permitem visualizar de forma clara como estão escolhendo o dia, a hora e a forma de nascer da maioria dos brasileiros.

Gráfico 1 - Horário do parto (em % do total de cada tipo de parto)

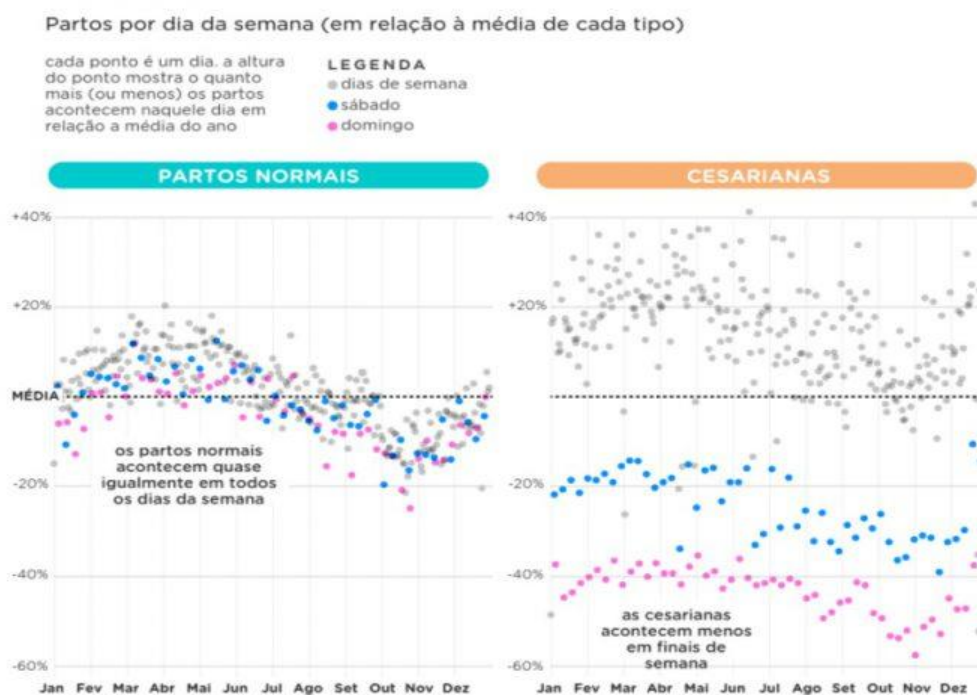


Fonte e elaboração: Jornal Nexo⁷ (2014)

⁷ Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/03/14/Quais-os-dias-e-hor%C3%A1rios-mais-frequentes-para-partos-normais-e-cesarianas>

O agrupamento da maior parte dos nascimentos via cesarianas nos dias de semana e nos horários “comerciais” é um indicativo de que não são os bebês que estão escolhendo quando vão nascer.

Gráfico 2 - Partos por dia da semana (em relação à média de cada tipo)



Fonte e elaboração: Jornal Nexo (2014)

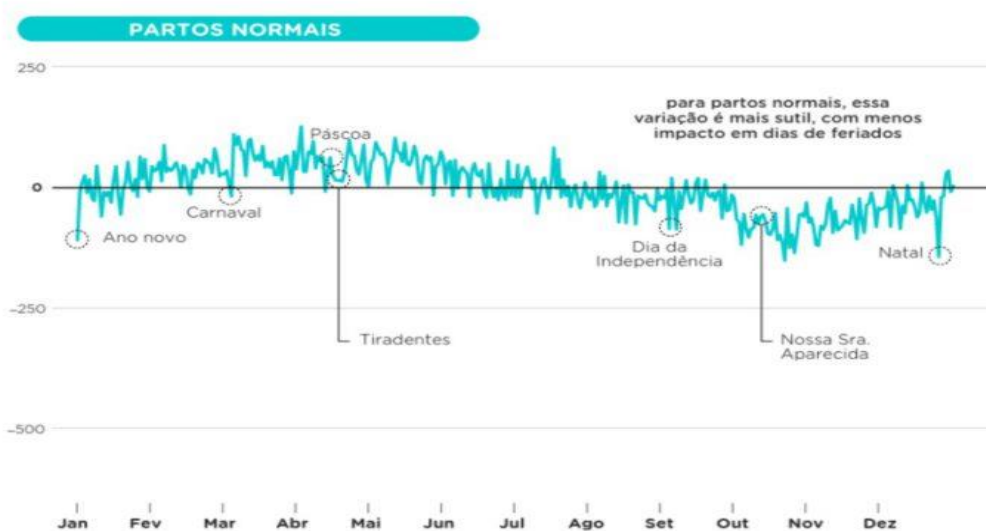
Há um aumento significativo de nascimentos via cesariana antes dos feriados e uma queda durante os feriados, conforme é possível identificar nesses gráficos:

Gráfico 3 - Partos por dia do ano (em relação ao valor esperado)



Fonte e elaboração: Jornal Nexo (2014)

Gráfico 4 - Partos por dia do ano



Fonte e elaboração: Jornal Nexo (2014)

A pesquisa da FIOCRUZ intitulada “Nascer no Brasil” (2014), aponta que quase 70% das brasileiras deseja um parto normal no início da gravidez. Entretanto, poucas são apoiadas em sua preferência pelo parto normal. Este dado, comparado ao percentual de nascimentos por parto normal no Brasil, que é de 52%, deixa explícito que as mulheres são persuadidas – ou pela assistência ou pelos relatos de violência obstétrica – a “escolherem” a cesárea. “Há certamente uma influência do pré-natal na decisão das mulheres pelo tipo de parto, mas as amigas e os familiares também influenciam. Não se pode, entretanto, deixar de destacar que é uma visão equivocada achar que a cesariana é a forma mais segura para parir”, explica a coordenadora da pesquisa, Maria do Carmo.

Cesáreas são indicadas de forma desnecessárias por conveniência dos médicos, sem que as mulheres estejam em trabalho de parto por diversos motivos. Ainda segundo o documentário “*O Renascimento do Parto – O Filme*”, o modelo de parto brasileiro é baseado como um processo doença e para que esse modelo obstétrico contemporâneo se consolidasse “era fundamental que se criasse a ideia de que as mulheres são essencialmente incapazes para dar conta do processo de nascimento” (CHAUVET, 2013); para tal, são lidas várias justificativas que lhes influenciam na aceitação da realização da cirurgia. Dentre as justificativas apresentadas para a realização de cesáreas estão: bebê muito grande, muito pequeno, ou passando da hora; mulher baixa estatura ou quadril estreito; cordão enrolado no pescoço, pé do bebê preso a costela da mãe; pouco líquido amniótico, mulher que apresenta cesárea anterior; bebê sentado; deficiência ou mobilidade reduzida; falta de contrações ou dilatação; hemorroidas, hepatite ou cardiopatia (CHAUVET, 2014).

Aliada a toda essa pressão psicológica, outro fator agravante para o aumento progressivo das taxas de cesarianas no país, é o medo da violência obstétrica no atendimento ao parto no Brasil. A Carta de Campinas (1993) denuncia as circunstâncias de violência e constrangimentos, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do procedimento, que passa a ser sinônimo de

patologia e intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor.

Desta forma, não surpreende que as mulheres internalizem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005). No entanto, as complicações e riscos da cesárea deveriam ser explicados a gestante, pois o índice de mortalidade e morbidade para a mãe e para o bebê são maiores que um parto normal quando tem uma boa estrutura e auxílio apropriado. Perante o descaso com as informações, as gestantes ficam vulneráveis às indicações de cesáreas, submetendo-se a uma cirurgia séria que existem complicações e riscos (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012).

Com o aumento do interesse da obstetrícia médica pelos partos seguida da concepção mercadológica do processo saúde-doença, resultou no crescimento dos partos hospitalares e cirúrgicos. Com a chegada do capitalismo, o saber médico e as práticas médicas foram um dos fatores decisivos para a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e do nascimento. Os procedimentos que são realizados, principalmente o parto cesáreo é uma preferência tanto dos médicos como também dos hospitais, especialmente os particulares. Afinal proporciona maior comodidade e lucro, pois, quanto mais complexo for o parto, mais recursos o hospital terá que usar aumentando assim os valores cobrados a mulher. Infelizmente o parto passou de um evento fisiológico a um ato cheio de intervenções e procedimentos cirúrgicos, com interesses meramente lucrativos (LUZ; GICO, 2015; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

2 - CAPÍTULO II – PARTO, LUTAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL

Significativos coletivos de mulheres pelo país têm se organizado sob a forma de movimentos sociais que vem buscando problematizar as expressões da violência obstétrica, que reproduz atos cuja essência violenta não se costumava questionar. Identificando desta forma, a humanização do parto como via de emancipação.

A humanização encontra-se respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional de todo assistente social. Com base nessa afirmativa, o objetivo central deste capítulo consiste em refletir sobre a atuação do assistente social no âmbito do parto e nascimento, pois atuando como mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania pode contribuir com subsídios para que a parturiente seja vista em sua integralidade e na viabilização de estratégias para o enfrentamento das demandas que se apresentam.

2.1. Feminismo (as lutas das mulheres por direitos): a maternidade em questão

Não há meio para se debater sobre apropriação e coisificação do corpo feminino sem entender e dialogar sobre o feminismo. E falar sobre o feminismo é entendê-lo como importante movimento social que tem trazido discussões e contribuições teóricas importantes, que revelaram as situações de exploração e opressão das mulheres em nossa atual sociedade.

É importante destacar que o feminismo não surge do nada, mas da experiência das mulheres e de suas reflexões e questionamentos sobre seu papel na sociedade. A organização política do feminismo surge por meio da revolta de mulheres “forjada em uma experiência histórico-concreta de relações sociais de desigualdade. Portanto, a práxis feminista é ação política e pensamento crítico” (ÁVILA, 2007, p.6).

De acordo com Cisne e Gurgel (2008), o feminismo vem se reafirmando como movimento social de caráter emancipatório desde sua primeira expressão ocorrida

na França em 1789. As mulheres se organizaram e foram à praça pública com seus reclames e “desafiaram a história e a si próprias ao questionarem a ordem estabelecida reivindicando a igualdade e ao afirmarem a liberdade” (p.70). A partir desse momento, o feminismo passou a lutar e ocupar a cena pública com suas pautas, questionando as bases da exploração-dominação experienciadas pelas mulheres ao longo da história marcada pelo patriarcado.

O feminismo, como sujeito político, mobiliza-se na crítica radical dos elementos estruturantes da ordem patriarcal-capitalista, confrontando-se com o papel ideológico-normativo de instituições como Estado, família e igreja na elaboração e reprodução dos valores, preconceitos e comportamentos baseados na diferença biológica entre os sexos (CISNE E GURGEL, 2008, p.70).

As autoras destacam que ao longo de sua história, o feminismo traz à tona a contestação da família nuclear burguesa e monogâmica e denúncias referentes a exploração da força de trabalho feminina tanto na esfera produtiva, como na esfera reprodutiva, que podem ser consideradas fundamentais para a sustentação do capitalismo.

No Brasil, o movimento feminista surge na década de 1970, não queremos aqui, desconsiderar as experiências anteriores de mulheres lutando no Brasil, como por exemplo, a luta das mulheres quilombolas e indígenas e até mesmo das sufragistas⁸, mas enquanto movimento social organizado e que toma as ruas. Segundo Sarti (2004), “a ampla bibliografia sobre o assunto já apontou as especificidades do feminismo brasileiro, nascido nesse contexto” (p.39). Dentre as especificidades apontadas pela autora estão o atrelamento do movimento articulado a Igreja Católica o que dificultou discutir, pelo menos, de forma mais ampla questões centrais do feminismo, como planejamento familiar, aborto e sexualidade.

Para pensar sobre a realidade social das mulheres, a literatura feminista brasileira utilizou-se de conceitos como gênero e patriarcado. Conforme Cisne:

Os estudos de gênero surgem inseridos no movimento feminista, principalmente sob a influência de feministas acadêmicas, no final do século XX, entre as décadas de 1970 e 1980. Seu objetivo advém da necessidade

⁸ As "suffragettes" (em português, sufragistas), primeiras ativistas do feminismo no século XIX, eram assim conhecidas justamente por terem iniciado um movimento no Reino Unido a favor da concessão, às mulheres, do direito ao voto.

de desnaturalizar e historicizar as desigualdades entre homens e mulheres, analisadas, pois, construções sociais determinadas pelas e nas relações sociais (CISNE, 2012, p.77).

Como consequência da vida nessa sociedade patriarcal, a maternidade também será um tema discutido pelas feministas. Segundo Scavone (2001), as ideias e o debate feminista sobre a maternidade amadureceram no final dos anos de 1960 até meados dos anos de 1980. É com o livro de Simone de Beauvoir, publicado em 1949, que se iniciam as primeiras reflexões sobre a mulher e que fundamentam as ideias feministas. A obra provocou escândalos e adesões. Traz a célebre ideia de que “não se nasce mulher, torna-se mulher” que contribuiu fundamentalmente para a luta feminista centrando seus esforços na politização das questões privadas, da vida e do corpo das mulheres. É um dos elementos desta politização foi a maternidade, “refutando o determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães” (SCAVONE, 2011, p.138).

Baseda em autores como Ferrand e Langevin, Scavone (2001), vai expor que neste período, o feminismo explicava que a desigualdade de sexos estava na experiência da maternidade considerada um elemento chave, pois a reprodução biológica das mulheres com a gestação, parto, amamentação e cuidados com as crianças, determinava a ausência das mulheres no espaço público. A prática social do movimento feminista com relação a maternidade passa por momentos caracterizados por contradições, mudanças e permanências.

De acordo com a autora, em um primeiro momento a maternidade é vista como um defeito natural e a recusa dela seria o primeiro caminho para se livrar-nos da dominação masculina.

No primeiro momento a maternidade foi reconhecida como um handicap (defeito natural) que confinaria as mulheres em uma bio-classe. Logo, a recusa da maternidade seria o primeiro caminho para subverter a dominação masculina e possibilitar que as mulheres buscassem uma identidade mais ampla, mais completa e, também, pudessem reconhecer todas suas outras potencialidades (SCAVONE, 2001).

Por exemplo, a luta política das mulheres francesas, nos anos 1970, para obter a pílula contraceptiva e o aborto como direito político, possibilitou a efetivação

desta recusa. A máxima deste movimento era “un enfant, si je veux, quand je veux” [“uma criança se eu quiser, quando eu quiser”], que reivindicava o direito à livre escolha da maternidade (SCAVONE, 2001).

A luta pela livre escolha da maternidade (contracepção livre e gratuita, liberação do aborto) rompia com a premissa “tota mulier in útero”, que definia a mulher pela maternidade. A aquisição deste direito era considerada fundamental para liberar as mulheres do lugar que ocupavam na vida privada, portanto, condição de liberdade e igualdade sociais (SCAVONE, 2001). A grande novidade desta luta, é que ela passa a ser inserida no campo de direitos humanos, tendo como eixo desta luta, a corrente do feminismo igualitário⁹.

Ainda sobre o texto “A Maternidade e o Feminismo” de Lucila Scavone, passado o impacto da recusa da maternidade vieram perguntas dentro do movimento feminista: “nós (as mulheres) queríamos ser definidas sem a maternidade? Aceitávamos ser mutiladas de uma parte de nossa história, de nossa identidade?” (SCAVONE, 2001). Chega-se, então, a um segundo momento, em que a autora afirma, que o movimento passa pela negação desse defeito natural passando a ver a maternidade como algo que só as mulheres possuem e os homens teriam inveja. Nesse momento, a reflexão feminista dá visibilidade ao poder que as mulheres exercem na sociedade mediante este fenômeno biopsíquico-social que é a maternidade.

A maternidade passa a ser considerada como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejariam. Neste momento, a reflexão feminista também dialoga com as ciências humanas e sociais: em teses lacanianas, que valorizam o lugar das mulheres na gestação, lembrando que o cordão umbilical, unindo o feto à mãe, é fonte de vida e poder; em teses históricas que resgatam a experiência da maternidade como parte da identidade e poder femininos; em teses antropológicas que, analisando as manifestações culturais (SCAVONE, 2001, p.141).

⁹ Feminismo Liberal também conhecido como Feminismo Igualitário ou Feminismo Universalista é uma forma individualista da teoria feminista, que incide sobre a capacidade das mulheres em manter a sua igualdade através de suas próprias ações e escolhas, e propõem mudanças no sistemas jurídicos mas não mudanças nas estruturas sociais.

Por último Scavone (2001) cita ainda, que em um terceiro momento, houve uma desconstrução da ideia de maternidade como defeito natural mostrando que não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade.

Em um terceiro momento, segundo Ferrand e Langevin, ocorre a “desconstrução do handicap natural”, que mostra como não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade. Esta argumentação coincide, também, com a expansão das Novas Tecnologias Conceptivas, as quais introduzem na reprodução humana (como todas outras tecnologias reprodutivas) a dúvida sobre um destino biológico inevitável (SCAVONE, 2001, p.141).

Em suma, a definição teórica destes três momentos é reveladora de uma prática social – a maternidade – com todas suas contradições, mudanças e permanências. A recusa ou aceitação da maternidade pode acontecer, ao mesmo tempo, em espaços e posições sociais diferenciadas e não estão, necessariamente, ancoradas na ideia do “defeito natural”. Apesar da crítica feminista ter partido da constatação da diferença biológica entre os sexos, considerando-a um defeito, ela acaba mostrando que a dominação de um sexo sobre o outro só pode ser explicada social e não biologicamente (SCAVONE, 2001).

Hoje a reflexão feminista é a de que a mulher tenha a possibilidade de escolha sobre a maternidade. Mesmo sabendo que ela ainda é um dilema que precisa ser superado coletivamente, pois o exercício da maternidade sobrecarrega as mulheres, interferindo na sua carreira profissional, e na sua vida pessoal, social e familiar também. A exemplo disso, podemos citar uma situação: quando os homens (pais) saem de casa eles não carregam sobre si nenhuma preocupação sobre o cuidado com os filhos, é obvio que eles ficarão com a mãe. Já no caso de uma mulher (mãe) sair de casa, ela carrega uma sobrecarga e a preocupação de saber com quem vai ficar seus filhos (as), o que restringe suas condições de mobilidade e ocupação do espaço público-político. As saídas do trabalho mais cedo para pegar os (as) filhos (as) na escola, a questão do afastamento da mulher em caso de gravidez também são outros exemplos.

2.2. Movimento Feminista e Violência Obstétrica

A luta contra a violência obstétrica é um complemento ou extensão da luta que o movimento feminista trava em nosso país pela autonomia das mulheres sobre seus corpos e vidas. O movimento feminista tem-se preocupado e pensado em várias questões relacionadas às condições de vida das mulheres. Suas lutas são pautadas contra o patriarcado, classismo, sexismo, racismo, violência contra as mulheres, controle dos nossos corpos e de nossas vidas, bem como pelo direito de exercer as nossas sexualidades de forma livre e autônoma, dentre tantos outros assuntos. Nesse bojo, a violência obstétrica não poderia deixar de ser tema importante para discussão da luta das mulheres, até porque ela permeia todas essas discussões.

A forma como a obstetrícia se desenvolveu nos últimos séculos, e especialmente a partir da segunda metade do século passado, trouxe consigo um descontentamento por parte das mulheres e famílias. Violência, rotinas e procedimentos desnecessários, falta de diálogo entre médico e paciente fizeram com que surgisse e ganhasse força um movimento que questiona tais condutas, demonstrando que uma nova forma de atender e conduzir partos é possível (DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012).

Os movimentos feministas contra a violência sofridas pelas mulheres durante o parto teve dois momentos cruciais para sua expansão como veremos a seguir.

2.2.1. MARCHA PELO PARTO EM CASA

No ano de 2012, o movimento teve um marco histórico: foram realizadas, no Brasil todo e fora dele, simultaneamente, marchas que foram chamadas “Marcha pelo Parto em casa”.

O contexto das marchas foi uma reportagem concedida pelo obstetra Jorge Kuhn ao programa Fantástico, da Rede Globo, em que ele afirmou a segurança da realização de partos domiciliares planejados para gestantes e parturientes de baixo risco. Após a entrevista, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro censurou o obstetra e proibiu médicos de atenderem partos domiciliares.

A situação causou indignação pelo país, e em defesa ao médico, foi realizada a marcha cujo objetivo inicial era protestar pela proibição e censura, mas que tornou-se uma marcha pelo direito de escolha da gestante.

Houve manifestações simultâneas em 31 cidades no Brasil e 1 no exterior. Os protestos foram organizados quase que totalmente pela internet, em listas de discussões e redes sociais, e foram totalmente pacíficos. Em algumas cidades, houve caminhadas próximas a hospitais e maternidades.

2.2.2. ADELIR CARMEN LEMOS DE GOÉS

Adelir se tornou o rosto da violência obstétrica no Brasil. Em 2014, enquanto estava em trabalho de parto, foi levada de casa por policiais com um mandato judicial para o hospital e obrigada a fazer uma cesárea. Adelir, que na data tinha 29 anos, estava em sua terceira gravidez e já havia passado por duas cesáreas, queria escolher como ter seu bebê, queria ter autonomia sobre seu corpo, queria decidir o que é melhor para si. Seu marido apoiava sua decisão. Foi impedida. Os médicos e o Estado agiram como se ela fosse incapaz de tomar suas próprias decisões e de arcar com as consequências (FOLHA DE SÃO PAULO, 2014)¹⁰.

Para entender a gravidade do caso, é preciso contar também o desencadear da história que levou os dez homens a interromperem o parto de Adelir. No dia 31 de março de 2014, Adelir, acompanhada por sua doula (acompanhante profissional de parto), procurou um hospital. Após ser examinada, a médica a informou que, como seu feto estava em posição sentada, ela precisaria se submeter a um procedimento cirúrgico imediatamente. No país líder em cesáreas eletivas, onde, conforme já visto, relatos de indicações médicas falaciosas são comuns, Adelir disse não. Ela disse que queria uma segunda opinião, que iria para uma clínica particular ouvir a opinião de outro profissional da saúde. A médica, então, informou que ela poderia ir embora, mas que iria embora como fugitiva, só sairia se assinasse um termo de responsabilidade. Era necessário assinar um termo para que pudesse conduzir livremente a gestação daquilo que estava dentro de seu útero.

¹⁰ Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>

O desenrolar da história a partir de então é rápido. A movimentação da máquina estatal não tardou na repressão do não de Adelir. Naquele mesma noite, um promotor de justiça foi contactada pela Secretaria de Saúde de Torres. Logo que este entrou com a ação, uma juíza determinou que a gestante fosse encaminhada ao hospital para a realização da cirurgia

Após o ocorrido, seu esposo gravou um vídeo em que Adelir contava sua história e como havia se sentido violada. Rapidamente o vídeo se espalhou na internet, e muitas outras mulheres se compadeceram e protagonizaram várias manifestações em todo país em forma de apoio contra a violência sofrida. Este foi o maior caso judicial contra a violência obstétrica até hoje no Brasil.

É fato que para que mudanças substanciais se efetivem, é necessário alterar a relação desigual de poder, sustentada pela moral sexista e evidente no sistema da medicalização. Para isso, é necessária uma verdadeira quebra de paradigmas. Sobrevivemos ao sistema do gênero por meio de resistência e subversão. Foi por este motivo que a triste história de Adelir se tornou um símbolo de resistência e, pois houve uma tentativa de “quebrar” a repetição de atos de gênero e, por isso, foi reprimida pelo sistema. No entanto, Adelir denunciou sua repressão, deu voz e contribuiu para a luta de inúmeras outras mulheres.

Como desdobramento dos movimentos feministas e das manifestações populares a partir dos casos citados acima, na atualidade podemos destacar como principais iniciativas contra a violência obstétrica no Brasil: a Rede Parto do Princípio, a Associação Artemis e a Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento); que se constituem como uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que lutam pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (rede sociais e e-mails) e presenciais; buscando a aprovação de leis e a elaboração e implementação de políticas públicas para a efetivação da humanização do parto.

A aprovação de leis e a elaboração e implementação de políticas públicas para as mulheres em situações de violências são de extrema importância. Na

atualidade podemos citar duas grandes iniciativas, que se tornaram um grande passo na luta para garantir às mulheres um parto humanizado sem violência, que valorize e garanta a autonomia sobre nossos corpos, nossos processos reprodutivos, respeitando nossas decisões.

A primeira delas, foi a lei 11.108 de 2005, também chamada de Lei do Acompanhante, que prevê o direito a um acompanhante de livre escolha da gestante no pré parto, parto e pós parto imediato, reafirmando pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de assistência obstétrica e neonatal. Diversas pesquisas científicas apontam que a presença de um acompanhante no parto apresentou diversos benefícios para mãe e para o bebê, e desde 1985 a OMS recomenda que a mulher tenha um acompanhante durante seu parto. Contudo, a grande dificuldade que encontramos para torná-la efetiva é pelo fato de que se observarmos o artigo 19-I e a Mensagem nº198 da referida lei, veremos que esta não possui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não a fizer cumprir, esvaziando parcialmente sua eficácia legal e não prevendo reparação ao dano cometido. Fato este, que demanda mais mobilização das mulheres e dos movimentos, para conscientizar a direção das maternidades sobre a importância de aderir a lei.

Outra conquista adquirida a partir das mobilizações foi a lei nº 16.602 de 2016, que garante e regula a entrada das doulas¹¹ em hospitais e maternidades públicos e privados, em acompanhamento a gestante em trabalho de parto, não excluindo o direito a acompanhante e sim somando em mais um auxílio a mulher. De acordo com a pesquisa “Doula, sim! A importância das doulas na gestação, parto e puerpério” de Luanda de Oliveira, o acompanhamento de uma doula permite que o parto evolua com maior tranquilidade, rapidez e com menos dor e complicações tanto maternas como fetais. Através de massagens, técnicas não farmacológicas para aliviar a dor e apoio emocional a gestante; os benefícios da presença da doula

¹¹ A palavra doula vindo do grego e significa “mulher que serve” ou “cuidado”. Na atualidade, a palavra doula passou a designar a pessoa que auxilia, apoia e informa a mulher e sua família durante a gestação e o puerpério, realizando o acompanhamento contínuo durante o trabalho de parto, o parto e o pós parto. Essas profissionais podem auxiliar as mulheres em partos naturais ou em cesáreas, oferecendo benefícios quantificáveis para todas as mulheres.

são diversos, dentre os quais podemos enumerar queda da possibilidade de cesariana, redução de intervenções como a necessidade de medicação para a dor e analgesia epidural e de utilização de fórceps, redução do tempo de trabalho de parto, fortalecimento do vínculo mãe-bebê, impacto na amamentação prolongada e na saúde mental da autoestima da mãe, podendo ser considerada como uma importante prática humanizada de assistência ao parto e um indicador de qualidade do mesmo (OLIVEIRA, 2017). A doulagem durante todo o ciclo gravídico-puerperal também tem aparecido aliada na redução da violência obstétrica e na diminuição dos medos e estresse gestacional o que contribui para a boa evolução da gestação e do trabalho de parto impactando positivamente a vida das gestantes e parturientes.

Inegavelmente, o parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, quando o cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. Distantemente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importante: um trato humanizado.

2.3. Humanização do Parto

Segundo Deslandes (2004), humanizar diz respeito a prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado garantindo o respeito quanto aos direitos do usuário, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo um ambiente concreto nas instituições de saúde, que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar (PESSINI, 2004).

A discussão sobre a humanização no parto e no nascimento é fruto do mesmo processo que envolve a humanização da saúde no Brasil¹². Essas ideias

¹² A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e co-responsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de

ganharam destaque após a primeira Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento, ocorrida em Fortaleza (CE), no ano de 1995. Nesse primeiro encontro, houve avanços nas reflexões acerca do conceito de humanização, na ênfase da importância da mulher nesse processo e, ainda, na discussão do papel dos diferentes interlocutores para a efetivação de sua proposta.

Nas ações preliminares esboçadas no Brasil, é possível citar a organização de uma cartilha com orientações e passos para o desenvolvimento de práticas com vistas à maternidade segura (BRASIL, 1995). Na cartilha, discutem-se o acesso e o cuidado à saúde de qualidade durante a gestação e o nascimento, incentivando o parto normal e humanizado e enfatizando a importância de uma estrutura adequada para o desenvolvimento da assistência materna e perinatal.

Para a efetivação das mudanças foram ainda incentivadas as especializações em enfermagem obstétrica, buscando descentralizar a figura do médico e promover o parto normal realizado por essa nova categoria. Assim, foi editada a portaria nº 2815 de 1998, autorizando o enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, a realizar o parto vaginal sem distócias¹³ (BRASIL, 1998).

O processo de humanização do parto e do nascimento culminou com a instituição do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), em junho de 2000. Esse programa apresenta-se como possível solução para a problemática na atenção ao nascimento, delimitando mudanças na assistência à saúde da mulher e de seu neonato. Seu objetivo era promover melhor acesso, cobertura e “qualidade” na assistência ao pré natal, parto, puerpério e recém-nascido, garantindo os direitos de cidadania e tendo como indicador a humanização nesse atendimento (BRASIL, 2002).

No PHPN, a humanização é apontada a partir de dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à dignidade no atendimento das mulheres, familiares e neonato, enfatizando uma atitude ética e solidária e rompendo com as ações medicalizantes na prática hospitalar. O outro aponta para as práticas

subjetividades autônomas e protagonistas. E é política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

¹³ Complicações que ocorrem durante o trabalho de parto que podem acarretar risco de morte a mãe e o feto.

cotidianas, pois sugere a adoção de procedimentos sabidamente benéficos para a parturiente e neonato, reforçando as recomendações da OMS e desmistificando as práticas intervencionistas quando dispensáveis (BRASIL, 2002).

O programa encontra-se organizado com vistas a articular o acompanhamento durante a gestação, o parto e o puerpério, resgatando a integridade do processo. Nos documentos nacionais, reforça-se a participação ativa da mulher e de sua família nas decisões relativas ao seu corpo e às necessidades. Além disso, aponta para um atendimento de qualidade, com trabalhadores capacitados, tanto nos aspectos técnicos / científicos quanto na forma de acolhimento das usuárias dos serviços (BRASIL, 2002).

Para atender aos objetivos propostos, foi organizado e publicado em 2001 o manual técnico “Parto, Aborto e Puerpério – assistência humanizada à mulher”, que refletia as práticas existentes e trazia novas diretrizes para a abordagem nessas situações (BRASIL, 2001). Cabe ressaltar que embora o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN) tenha suas expressões iniciais anteriores ao manual supracitado, apenas em 2002 é que foram apresentadas, e publicadas, as diretrizes básicas e o norte teórico das ações nesta dinâmica (BRASIL, 2002).

O conceito de atenção humanizada durante a parturição engloba conhecimentos, práticas e atitudes que tem em vista garantir o parto e nascimento saudáveis, levando em consideração a prevenção da morbimortalidade¹⁴ materna e perinatal (BRASIL, 2001). Portanto, exprime a necessidade de alterações no entendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2001).

Ao contrário do que muitos pensam a humanização não preconiza o parto natural a qualquer custo, tampouco ignora a segurança da mulher e do bebê. É um

¹⁴ Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade, mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos.

modelo de assistência que respeita o protagonismo feminino e a fisiologia do parto, e, caso haja a necessidade de intervir no processo, a mulher é informada sobre os riscos e os benefícios da intervenção, sempre proposta com base em evidências científicas. A mulher participa das decisões do parto e compartilha responsabilidades. A humanização da assistência ao parto vem ao encontro dos desejos das mulheres de que a vivência do parto aconteça conforme suas perspectivas (DIAS; DOMINGUES, 2005). Portanto, respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado (GONÇALVES et al., 2011). Algo aparentemente simples, mas que encontra barreiras pelo caminho, sejam protocolos institucionais ou práticas arcaicas sem embasamento científico.

2.4. Violência Obstétrica e Serviço Social

Segundo Martinelli (2001), o surgimento do Serviço Social como profissão está profundamente relacionado com o capitalismo. Nos idos da Revolução Industrial, a burguesia, a igreja e o Estado uniram-se com intenção de impedir as manifestações e greves dos operários que estavam descontentes com a jornada de trabalho, as instalações inadequadas e o salário que não era fixo. É nesse cenário que aparecem os primeiros Assistentes Sociais, com o intuito maior de ser um instrumento para amenizar os conflitos e inquietamentos da classe de trabalhadores. Com a reconceituação do Serviço Social, o foco de atuação passa a ser a viabilização da garantia dos direitos do cidadão tendo como matéria prima a questão social, entendida aqui por ser:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2011, p. 27).

O conceito de saúde expresso no artigo 3º da Lei 8.080/90 ressalta como determinantes e condicionantes de saúde fatores que fazem parte da questão social, sendo assim, o Assistente Social é caracterizado como profissional de saúde através

da resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde e da resolução nº 383/99 do CFESS, contribuindo para o atendimento das demandas imediatas da população, além de viabilizar o acesso às informações, orientações e ações socioeducativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País.

Na área da saúde o Assistente Social tem vários espaços para operar, pois ele lida diretamente com os usuários e em meio a diferentes profissionais da saúde. Ele deve estar vigilante em relação ao Código de Ética e ao sigilo profissional, ser ativo e tomar o seu lugar de trabalho, pois a profissão de assistente social ainda não é entendida e em várias situações as pessoas não têm noção da utilidade desse profissional. Isso é perceptível na afirmação de Delfino (2016, p. 08) para quem “tudo aquilo que não sabem para onde encaminhar, jogam para o serviço Social”, nesta perspectiva cabe ao assistente social se impor de maneira conveniente para que se entenda a que ele veio, conforme reforça a autora.

As discussões sobre a humanização do nascimento e o atendimento a parturientes e bebês perpassam questões que são comuns ao Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social. Portanto, conectados com tais princípios fundamentais definidos no Código de Ética, é possível contemplar que a defesa da humanização está arraigada na atuação do assistente social. Tendo como base o artigo “A Humanização do Parto e Nascimento: Contribuições do Serviço Social” de Priscila Fortunato e Vera Nícia, relacionaremos abaixo os princípios fundamentais definidos no código de ética do assistente social e a realidade obstétrica no Brasil de acordo com dados da “Pesquisa Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2012).

1. *Reconhecimento da liberdade como valor ético central, autonomia, emancipação dos indivíduos:* Um fator relevante de insatisfação para as mulheres é a falta de protagonismo e participação nas decisões durante todo o processo do parto e a falta de comunicação com os profissionais;
2. *Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo:* Apenas 19,8% das mulheres participantes da pesquisa Nascer no Brasil tiveram o direito ao acompanhante de livre escolha em todos os

momentos da internação. Este é um direito garantido pela Lei nº 11.108/2005 que foi desrespeitado em 80,2% das internações;

3. *Posicionamento em favor da equidade e justiça social e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população:* No cenário relacionado ao parto, é possível perceber que o princípio de equidade é contrariado quando existe um maior grau de satisfação e melhor relacionamento com os profissionais possibilitado pelo pagamento privado. É quase como entender que um atendimento com equidade e justiça vai até onde o poder financeiro e aquisitivo do indivíduo alcança;
4. *Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e o exercício profissional sem ser discriminado nem discriminar:* Em várias análises a região onde reside, cor, escolaridade e renda significaram os piores desfechos referente à qualidade do cuidado ofertado. Existe ainda o mito de que as mulheres de baixa renda e escolaridade não tem capacidade para entender ou autonomia para decidir sobre intervenções no atendimento ao parto.

Como podemos ver, o Código de Ética profissional apresenta ferramentas indispensáveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde e suas áreas, inclusive na atenção ao parto e nascimento.

Ressaltando, no campo da saúde, o Assistente Social tem a função de “mediador” entre os pacientes e seus direitos à saúde como cidadãos (GUIMARÃES, 2014). Esse profissional estabelece o acesso a essas informações, intervindo de maneira estruturada para que as parturientes possam ter seus direitos garantidos, respeitados e humanizados na busca de atingir as metas estabelecidas pelos órgãos gestores em companhia da sociedade (SOUZA, 2013). Em outras palavras, seu papel é estabelecer as informações dos direitos à saúde visando o bem estar e melhor acolhimento das mães e bebês, bem como manter taxas de atendimento humanizado estabelecido pelas políticas públicas, como descreve Delfino (2016):

O papel do Assistente Social é zelar pelo sigilo profissional, expresso no Código de Ética de viabilizar direitos e participar no processo de ampliação destes, buscando, através de estratégias de ação, desenvolver nos diversos atores sociais a capacidade de problematizar as demandas reais, e inseri-las nas arenas de decisões políticas, traçar estratégias de ações coletivas que visem a implementação de políticas públicas, qualificação profissional voltada ao atendimento as gestantes, puérperas e familiares e acesso facilitado as informações pertinentes. Esse processo se apresenta como desafio ao Serviço Social na atualidade (DELFINO, 2016, p. 10).

Como citado anteriormente, a PNHN entende que “sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo”, e o que seria o parto se não um processo de transformação que tanto a mulher quanto bebê e os demais envolvidos vivenciam? Dias (2006), ao se referir sobre o nascer, toma como base o argumento da antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd, onde a mesma diz que:

Em todas as culturas o nascimento é um rito de passagem, através do qual os indivíduos são movidos de um status social para outro. Estes ritos de passagem transformam ambas, a percepção do indivíduo pela sociedade e a percepção dos indivíduos deles próprios. (DIAS, 2006).

O nascimento, pela sua complexidade, demanda uma visão profissional que vai além do cuidado prestado por profissionais médicos. Uma equipe multiprofissional em saúde “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.” (PEDUZZI 2001, p. 108), ou seja, é uma estratégia para o enfrentamento do processo de intensas inovações e transformações na área da saúde, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando em conjunto.

Exceto em situações pontuais como: mulher demonstra desejo de entregar bebê para adoção; suspeita de abuso ou violência familiar; pessoa em situação de rua; quando parturiente é adolescente, pouco se fala sobre o assistente social como profissional atuante no processo de nascimento, que é justamente quando mulheres podem estar mais vulneráveis e muitos dos seus direitos são desrespeitados ou simplesmente ignorados (FORTUNATO, 2015).

Neste sentido, podemos identificar a importância do Assistente Social no enfrentamento contra a violência obstétrica por ser um agente fundamental da consolidação do projeto de humanização, devido ao diferencial de sua práxis, na perspectiva de seu projeto ético político profissional; sendo um profissional que pode contribuir de forma direta para que o atendimento aproxime-se do preconizado em políticas e programas, uma vez que está em seu cerne a defesa dos direitos, autonomia e emancipação dos sujeitos envolvidos neste processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordamos o tema violência obstétrica no Brasil, com o objetivo de analisar como as práticas obstétricas contribuem para legitimar a violência de gênero levando em consideração as relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe. Este trabalho nos permitiu conhecer melhor as suas principais formas de manifestações e suas determinações.

A violência obstétrica não se manifesta apenas no que diz respeito ao institucional, como a falta de estrutura nas maternidades e hospitais para atendimentos das mulheres, falta de capacitação dos (as) profissionais no atendimento humanizado e falta de políticas públicas voltadas ao atendimento às mulheres em situações de gestação, parto, pós-parto e abortamento, mas também, nas práticas médicas. Dentre elas estão os procedimentos realizados de rotina como infusão intravenosa, tricotomia, enema, exames de toques dolorosos, litotomia, abuso de medicalização, ocitocina, episiotomia, episiorrafia com finalidade de “ponto do marido”, manobra de Kristeller, cesariana desnecessária entre tantos outros procedimentos que são realizados de forma antecipadamente com o objetivo de acelerar o parto e desqualificar o papel da mulher em seu próprio parto.

É um fato a necessidade de corrigir no nosso País a forma pela qual as mulheres estão sendo atendidas durante todo o processo que envolve o parto e a forma como os bebês estão sendo recebidos pelos profissionais de saúde.

As numerosas e por vezes dolorosas intervenções realizadas podem causar tanto dor física quanto emocional, impedindo que a experiência de nascimento seja vista como prazerosa e satisfatória.

Diante disso, o assistente social é um profissional que pode contribuir de forma direta para que o atendimento aproxime-se do preconizado em políticas e programas, uma vez que está em seu cerne a defesa dos direitos, autonomia e emancipação dos sujeitos envolvidos neste processo. Entendendo a importância de sua atuação e considerando que há pouca produção do serviço social sobre essa temática, concluímos que este trabalho buscou contribuir com a aproximação da nossa categoria com o tema, e despertar interesse do meio acadêmico para pensar essas questões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Difusão Europeia do livro. 4 ed. Paris: 1970

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

CAMURÇA, Sílvia. **‘Nós mulheres’ e nossa experiência comum**. Cadernos de Crítica Feminista, Ano I, n 10, dezembro de 2007. (p. 12 – 23).

CHAUVET, Eduardo. **O Renascimento do Parto**. Direção:. [Filme – vídeo]. Roteiro de PAULA, Érica de. Brasil. Master Brasil Filmes. 2013. 90 min, doc/cor. Disponível em: <http://megafilmeshd.net/o-renascimento-do-parto/>. Acesso em: 12 out. 2018.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe**. (cap. 2) São Paulo: Cortez, 2014. _____. *Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social*. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CISNE, Mirla e GURGEL, Telma. **Feminismo, Estado e políticas públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres.** Revista Ser Social: Brasília, v.10, n. 22, 2008. P.69 – 96. Disponível em:

http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/18. Acesso em: 12 de outubro de 2018.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica e Serviço Social: limites e desafios na atualidade,** 2016. Disponível em:<http://www.cressrj.org.br/site/wpcontent/uploads/2016/05/116.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

DEVREUX, Anne-Marie. **A teoria das relações sociais de sexo: um quadro de análise sobre a dominação masculina.** In: Cadernos de Crítica Feminista: Edições SOS Corpo: Recife - PE Ano V, N. 4 – dez. 2011.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil:** os muitos sentidos de um movimento. Cienc. Saúde Colet., v.10,n.3, p.627-37, 2005.

DINIZ, S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de doutorado. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 06 jun. 2018.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Disponível em:

http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_engels_origem_propriedade_privada_estado.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

FALQUET, Jules. **Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal** In: Mediações. Londrina, v. 13, n.1-2, p. 121-142, Jul/Nov de 2018.

_____. e CURIEL, Ochy (orgs.) *El patriarcado al desnudo: tres feministas materialistas:* ColetteGuillaumin - Paola Tabet - Nicole Claude Mathieu. Buenos Aires:

Brecha Lésbica, 2005. [Publicado inicialmente em *Questions Féministes*, nº 2 e 3, fevereiro e maio de 1978]

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa: nascer no Brasil**. In caderno Saúde Pública, vol.30, supl.1 Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/36388>. Acesso em 08 agosto. 2018.

FIORETTE, Bia. **Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas**. Brasil. Fiocruz: 2015. Série Nascer no Brasil. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q9G5uyRKsyk> . Acesso em: 26 jul 2018.

FORTUNATO, Priscila; NICIA, Vera. **A Humanização do Parto e Nascimento: Contribuições do Serviço Social**. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Artigo-Priscila-F-B-de-Souza.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

GUILLAUMIN, Colette. **Pratica del poder e idea de naturaleza**. In: FALQUET, Jules e CURIEL, Ochy (orgs.) *El patriarcado al desnudo: três feministas materialistas*. Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005. [Publicado inicialmente em *Questions Féministes*, nº 2 e 3, fevereiro e maio de 1978].

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

LARAIA, Roque de Barros. **Comemorações do Quinto centenário do descobrimento do Brasil**. Disponível em: http://www.vivabrazil.com/brasil_500.htm Acesso em: 20 de setembro de 2018.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: Política Pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MÉSZÁROS, István. **A liberação das mulheres: a questão da igualdade substantiva**. In: Para além do capital: rumo a uma teoria de transição. São Paulo: Boitempo, 2011. (p.267 – 309).

PARTO DO PRINCIPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Quem Somos. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 06 jun. 2018.

PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMERCIO – SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado** [pesquisa de opinião]. Ago. 2010. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fba_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 04 abr. 2018.

QUEIROZ, Fernanda Marques de. **Violência contra a mulher: “o pessoal é político”**. In: *Não se rima amor e dor*: cenas cotidianas de violência contra a mulher. Mossoró, Edições UERN, 2008. P. 26 – 55.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento?** Revista Crítica Marxista, nº 11. Boitempo Editorial, 2000, p. 71 - 75.

_____. **O advento do capitalismo e a posição social da mulher**. In: A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. 3ªed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011. Coleção Brasil Urgente.

_____. **Gênero e patriarcado**. Inédito, jan. / 2001.

SCAVONE, Lucila. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais**. Cadernos Pagu (16) 2001: p. 137 – 150. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf> Acessado em: 03 de novembro de 2018.

SENADO. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SILVA, Maria Isabel Rodrigues. **A Perspectiva dos Direitos das Mulheres à não Violência**: uma discussão sobre a ótica do Serviço Social. Monografia. Brasília, 2017.

SOUZA, Amanda Rizério. **A dor além do parto**. Edição: Léo Preto. 2013. Documentário. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=clrlgx3TPWs>. Acesso em: 11 mar. 2018.

TABET, Paola. **Las manos, los instrumentos e las armas**. In: FALQUET, Jules e CURIEL, Ochy (orgs.) *El patriarcado al desnudo: três feministas maerialistas* Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005. [Publicado inicialmente em *QuestionsFéministes*, nº 2 e 3, fevereiro e maio de 1978]

TOLEDO, Cecília. **Mulheres: o gênero nos une a classe nos divide**. São Paulo: Editora Xamã, 2001. (Cadernos Marxistas)