



Argumentum

ISSN: 2176-9575

revistaargumentum@ufes.br

Universidade Federal do Espírito Santo
Brasil

Paula Dias CORRÊA, Ana; Caldas TORRES, Iraíldes
Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social
Argumentum, vol. 13, núm. 3, 2021, Septiembre-Diciembre, pp. 90-102
Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória, Brasil

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475571230008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social

Obstetric violence: an expression of the social question in the work of social workers

Ana Paula Dias CORRÊA *

 <https://orcid.org/0000-0002-9707-2179>

Iraildes Caldas TORRES **

 <https://orcid.org/0000-0003-3625-5040>

Resumo: A violência obstétrica encontra no patriarcado os fundamentos para a sua ocorrência. Na sociedade capitalista é mediada pelas desigualdades de gênero, classe e raça/etnia, manifestando-se como uma das expressões da questão social. Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa sobre a violência obstétrica, seus determinantes e características, evidenciando a atuação do Serviço Social no trato desse tipo de violência. A metodologia da pesquisa seguiu as orientações das abordagens qualitativas no trato dos dados em análise, numa perspectiva histórico-crítica. Dentre os múltiplos aspectos constatados é patente a incidência de violência obstétrica numa maternidade localizada em Manaus, no Amazonas, em índices elevados, fato que se apresenta ao trabalho do Assistente Social de forma mais incisiva no tempo contemporâneo.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Questão social. Serviço social.

Abstract: The occurrence of obstetric violence has its basis in patriarchy. In capitalist society, it is mediated by inequalities of gender, class, and race/ethnicity, and manifests itself as just one expression of the social question. This article presents the results, determinants, and characteristics of obstetric violence and highlights the role of Social Work in dealing with this form of violence. The research methodology followed the guidelines for qualitative approaches in dealing with the data under analysis, from a historical-critical perspective. Among the multiple aspects identified, the high incidence of obstetric violence in a maternity hospital located in Manaus, Amazonas, is clear, a fact that presents itself within the work of the Social Worker in a more impactful way in contemporary times.

Keywords: Obstetric violence. Social question. Social work.

Submetido em: 30/4/2021. Revisado em: 22/10/2021. Aceito em: 7/11/2021.

1 Introdução

A violência obstétrica é uma questão de saúde pública com largo alcance no Brasil. Trata-se de um conjunto de ações praticadas principalmente por profissionais de saúde no contexto da atenção à gestação, parto, nascimento ou abortamento, que ferem a integridade da mulher. A prática desse tipo de violência mostra que os direitos

* Assistente Social. Mestranda em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. (UFAM, Manaus, Brasil). Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200, Coroado I, Manaus (AM), CEP.: 69067-005. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). E-mail: diaspaula844@gmail.com.

** Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais/Antropologia. Professora Titular da Universidade Federal do Amazonas. (UFAM, Manaus, Brasil). Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200, Coroado I, Manaus (AM), CEP.: 69067-005. E-mail: Iraildes.caldas@gmail.com.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2021 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

reprodutivos das mulheres ainda não estão garantidos no Brasil, apesar de serem considerados uma extensão dos direitos humanos e constituírem-se em tema da agenda política local e internacional.

Essas violações de direitos constituem-se em objeto de atuação dos assistentes sociais, visto que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho que tem nas expressões da questão social seu objeto de atuação. Logo, a violência obstétrica manifesta-se como uma dessas expressões, na medida em que encontra nos fundamentos da sociedade capitalista, patriarcal e racista, os alicerces para a sua ocorrência.

Busca-se, então, neste artigo, analisar as principais características da violência obstétrica e sua manifestação como uma expressão da questão social, apontando as possibilidades e desafios postos ao trabalho dos assistentes sociais no âmbito das instituições de saúde e no contexto da problemática de gênero. A metodologia adotada assume o aporte das abordagens qualitativas sem exclusão dos aspectos quantitativos, sob a inspiração da perspectiva histórico-crítica. O recorte amostral assenta-se nas narrativas de três denúncias de violência obstétrica coletadas junto ao Ministério Público Federal, além dos relatos de uma Defensora Pública, um representante do movimento de mulheres pela erradicação da violência obstétrica no Amazonas e um Assistente Social da Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, os quais foram ouvidos sob a técnica de entrevista semiestruturada. Esta investigação seguiu os princípios éticos de pesquisa, estando em conformidade com as resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde¹.

O texto encontra-se estruturado em duas partes constitutivas. Num primeiro momento, realizamos uma breve análise acerca das relações entre a violência obstétrica e o sistema capitalista, assinalando suas características e determinantes socioculturais. No segundo momento, apontamos a necessidade de atuação do Serviço Social no âmbito da violência obstétrica, mostrando as possibilidades de intervenção com políticas de enfrentamento. Este é, pois, um tema relevante aos estudos do Serviço Social Aplicado que poderá, também, contribuir para o trabalho da equipe multidisciplinar na área da saúde.

Violência obstétrica, características e determinantes socioculturais

Os maus-tratos de mulheres no contexto da saúde reprodutiva e dos procedimentos hospitalares na hora do parto passaram a ser visibilizados recentemente neste início do século XXI². Deste modo, atente-se para o fato de que, até a primeira metade do século XX, o parto no Ocidente era um evento familiar, doméstico, acompanhado por parteiras tradicionais e com a participação de outras mulheres, como as mães, avós e tias da parturiente. O significado e as tradições referentes ao parto variavam de acordo com as especificidades de cada cultura, entretanto, sempre remetiam a um momento de solidariedade e suporte mútuo, como indica Rohde (2016), “[...] carregado de construções simbólicas para a mulher, de sua própria cultura, da história de sua mãe, suas avós e ancestrais mais remotas” (ROHDE, 2016, p. 2).

¹Esta pesquisa recebeu parecer favorável à sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o parecer nº 3.348.015 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 13426519.2.0000.50020.

²O termo violência obstétrica passou a ser conhecido depois que o presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio publicou um artigo sobre a temática, em 2010 (PULHEZ, 2013).

A partir da segunda metade do século XX, as inovações tecnológicas e o avanço da medicina deram início ao processo de hospitalização do parto, o que originou um novo protagonista para este momento: o médico. As parteiras, guardiãs de saberes ancestrais transmitidos geração após geração foram sendo excluídas da assistência ao parto. Séculos antes, a Igreja medieval já havia empreendido tentativas de desacreditar as parteiras e destituir as mulheres da autonomia alcançada com os conhecimentos sobre o corpo feminino e o uso de plantas medicinais, acusando-as de praticar bruxaria (FEDERICI, 2017). Mais tarde, com o desenvolvimento do sistema capitalista e a aliança firmada entre Estado e medicina para promover o disciplinamento dos corpos (FOUCAULT, 1989), as parteiras foram associadas à sujeira e aos perigos para a saúde.

O ambiente doméstico, aconchegante e acolhedor, foi substituído pelo espaço hospitalar, um lugar frio, solitário e muitas vezes hostil, contribuindo para que as mulheres rapidamente perdessem o seu protagonismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias. Muitas das rotinas e práticas estabelecidas pelas equipes de saúde nos hospitais não levam em conta a autonomia da mulher e a saúde do conjunto mamãe-bebê, mas sim a eficiência e a rapidez em realizar partos e liberar leitos. Essas situações podem ser comparadas a uma espécie de *linha de montagem* (DINIZ; CHACHAM, 2006) na atenção ao parto, expondo as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas e levá-las a situações que podem ser caracterizadas como violência obstétrica.

Dentre as principais práticas que configuram a violência obstétrica constam as seguintes: a realização de cesáreas eletivas³; a imposição violenta de rotinas, posições de parto e interferências obstétricas desnecessárias, como a episiotomia⁴ e a manobra de Kristeller⁵; a utilização de discursos abusivos, preconceituosos e discriminatórios, na intenção de intimidar e constranger as pacientes; a prática de assédio sexual por meio de falas ou toques inapropriados; a negligência, a omissão de socorro e os julgamentos morais nos casos de aborto (CIELLO *et al.*, 2012).

A violência obstétrica também se expressa no descumprimento de políticas e legislações voltadas para a proteção à maternidade e à infância, prevista na Constituição Federal de 1988. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), em seu Artigo 8º, dispõe sobre o direito de todas as gestantes à “[...] nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1990, não paginado). A lei 11.108/2005, conhecida como lei do acompanhante, garante o direito de a mulher ter um acompanhante de sua escolha, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). No âmbito regional foi promulgada a lei nº 4.848/2019 que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde no estado do Amazonas.

³ A cesárea é eletiva quando realizada sem justificativa baseada em evidências científicas, comumente indicada por ginecologistas e obstetras, podendo causar riscos para o bebê ou para a mãe.

⁴ A episiotomia é um corte realizado na região do períneo para aumentar o canal de parto, técnica que deve ser utilizada em casos específicos, mas acaba sendo praticada de maneira rotineira.

⁵ A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, geralmente com o uso dos braços e cotovelos, para agilizar a saída do bebê. É uma técnica obsoleta e não recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

Embora a qualificação da atenção ao parto e nascimento encontre-se amparada por dispositivos legais, a ocorrência de violência obstétrica é expressiva. No ano de 2010 a pesquisa de opinião denominada *Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Público e Privado*, realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC, revelou que uma em cada quatro mulheres afirma ter sofrido violência durante o pré-natal, parto ou pós-parto (VENTURI *et al.*, 2010). No estado do Amazonas, a primeira denúncia de violência obstétrica foi registrada no ano de 2013, no Ministério Público Federal (MPF). Em nossa pesquisa, realizada no ano de 2019, verificamos que, no decorrer de seis anos, desde o registro da primeira denúncia, mais de 76 relatos de violência obstétrica foram incluídos no Inquérito Civil Público do MPF. Apesar de significativo, o número de denúncias registradas no Amazonas está muito abaixo das estimativas mostradas na pesquisa retromencionada. É o que revela a Defensora Pública representante do Ministério Público Federal, a saber:

Ele está muito abaixo do que a gente tem como índice de violência. Porque muitas não sabem, muitas levam suas denúncias às ouvidorias e elas ainda não estão contabilizadas nessa lista, apesar de a gente já ter solicitado isso do estado. Então eu acredito que seja bem mais que isso (Ametista⁶, entrevista, 2019).

A violência obstétrica tem seus fundamentos nas relações desiguais de gênero, estruturadas pelas ideias do patriarcado, que se firmou na história como um sistema de dominação. Trata-se de um sistema de ideias que estabelece relações assimétricas entre homens e mulheres e que encontra seus primeiros fundamentos no mito fundador da humanidade. Segundo a alegoria genesiana, a expulsão de Adão e Eva do paraíso é atribuída à mulher, por ter comido o fruto proibido e tê-lo oferecido a Adão, tornando-se a responsável por espalhar o mal e o pecado na terra. Como punição, Eva e suas descendentes cumpririam com a penitência de dar à luz em meio à dor.

De acordo com Torres (2005), a imagem da mulher foi cristalizada pela tradição judaica como “[...] um ser tentador que perturba a relação do homem com a divindade. Ela é responsável pelo grande conflito de consciência que cinde o universo humano entre o bem e o mal” (TORRES, 2005, p. 75). Saffioti (2004) chama a atenção para o fato de que o patriarcado transformou as mulheres em “[...] objetos de satisfação sexual dos homens, produtoras de herdeiros, força de trabalho e de novas reprodutoras” (SAFFIOTI, 2004, p. 105). Trata-se de uma situação de redução da mulher à função de procriadora e aos cuidados com a prole e com a casa, estabelecendo os papéis ditos femininos e masculinos, por meio do estabelecimento das fronteiras entre os domínios público e privado.

Apesar de o patriarcado ser anterior ao sistema de produção capitalista, Federici (2017) considera que o surgimento da propriedade privada e, posteriormente, do capitalismo, agudizou as desigualdades entre homens e mulheres, na medida em que este sistema “[...] demandou a transformação do corpo em uma máquina de trabalho e a sujeição das mulheres para a reprodução da força de trabalho” (FEDERICI, 2017, p. 119). A servidão da mulher é, pois, um dos requisitos necessários ao pleno desenvolvimento do capitalismo, que se utiliza das representações conceituais do patriarcado para pôr em funcionamento a divisão sexual do trabalho.

⁶Utilizamos nomes fictícios com o intuito de salvaguardar a integridade e o anonimato das informantes.

A subordinação do gênero feminino, conforme Engels (1984), torna-se mais aguçada com o surgimento da família monogâmica, que se baseia no predomínio do homem sobre a mulher. O autor pontua que “[...] o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher, na monogamia; e a primeira opressão de classes, com a opressão do sexo feminino pelo masculino” (ENGELS, 1984, p. 70-71). Assim, deve-se atentar para o fato de que as mulheres não constituem um grupo homogêneo, elas compõem grupos heterogêneos baseados em classe social, raça/etnia, geração, orientação sexual, dentre outros que engendram vulnerabilidades sociais que configuram expressões da questão social.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade Materna (SIM, 2021) mostram que, no ano de 2019, mulheres brancas, negras⁷ e indígenas tiveram taxa de mortalidade materna por causas obstétricas diretas⁸ de 29,3%, 66,4% e 1,6%, ao mesmo tempo. Note-se que as mulheres negras tiveram uma taxa aproximadamente duas vezes maior do que a das mulheres brancas, apesar dos dois grupos constituírem, respectivamente 49,73% e 48,69% da população feminina brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

No que se refere às mulheres indígenas, a taxa de mortalidade pode parecer pequena, no entanto, se levarmos em conta que elas representam apenas 0,42% da população feminina brasileira, verifica-se que a taxa não é inexpressiva. Para Santos *et al.* (2017) alguns motivos para esse alto índice são a “[...] dificuldade no acesso aos serviços básicos e especializados de saúde, baixa qualidade no atendimento e falta de capacitação dos profissionais voltados para atender aos riscos específicos aos quais mulheres indígenas estão expostas” (SANTOS *et al.*, 2017, p. 5).

As mulheres atendidas nas instituições de saúde pertencem a realidades e culturas diferentes, o que requer o desenvolvimento e implantação de ações de humanização capazes de atender todas as pacientes com qualidade, respeitando suas particularidades. De acordo com uma das mulheres ativistas ouvidas neste estudo, representante do Humaniza Coletivo Feminista⁹, a mulher, ao ser atendida pelos profissionais de saúde, perde a sua autonomia. Vejamos:

A mulher, quando adentra uma unidade de saúde, ela perde essa característica de se ser gente. Então ali ela é manipulada, ela é conduzida, ela é orientada da forma que aquele profissional de saúde acha devido. Então não se leva em consideração o que ela pensa, a cultura dela, se ela é religiosa, se ela não é, se ela é indígena, se ela é branca, se ela é negra, se ela é adolescente. Nada se leva em consideração (Safira, entrevista, 2019).

Gomes (2014) assinala que, no ambiente hospitalar, as normas são instituídas de modo a desrespeitar a autonomia e a subjetividade das pacientes permitindo “[...] a desmoralização com base em seu *status* social de classe com menores condições socioeconômicas e o gênero

⁷ A categoria mulher negra abrange os grupos de mulheres autodeclaradas pretas e pardas.

⁸ É configurado como morte materna todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação, podendo ocorrer por causas obstétricas diretas (complicações em razão de tratamento inadequado e omissões) ou indiretas (doenças preexistentes à gestação ou desenvolvidas durante este período, mas sem relação com as causas obstétricas diretas). Ver Martins e Silva (2018).

⁹ Movimento social de mulheres que luta pela erradicação da violência obstétrica no Amazonas.

feminino, o que produz intenso sofrimento” (GOMES, 2014, P. 139). Isso permite que se instituíam rotinas de trabalho desumanizadas e de forma naturalizada, levando à banalização das situações de violência.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as consequências da violência contra a mulher, bem como o elevado número de ocorrências, constituem-se em um grave problema de saúde pública. Esse problema “[...] impõe ônus humanos e econômicos aos países, e custa anualmente muitos bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida” (KRUG *et al.*, 2002, p. 11). Os impactos da violência na saúde das mulheres as colocam em risco crescente de depressão, tentativas de suicídio, síndrome de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrintestinais, síndrome de intestino irritável e consequências na saúde reprodutiva, como aborto espontâneo, entrada tardia em cuidado pré-natal, natimortos, parto e nascimento prematuro, lesão fetal e baixo peso ao nascer. Tais consequências da violência fazem com que as vítimas necessitem dos serviços de saúde, muitas das vezes, por longos períodos, o que aumenta os custos da assistência à saúde.

Os serviços de saúde são considerados “[...] locus privilegiado para se identificar, assistir e noticiar casos de violência” (AGOSTINI, 2015, p. 28). Por esse motivo, em 2003, foi publicada a lei nº 10.778, que estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra mulheres que forem atendidas em serviços de saúde público ou privados em todo o território nacional (BRASIL, 2003). Entretanto, quando se refere à violência obstétrica, há um problema, pois os autores da agressão estão dentro dos serviços de saúde. Aqueles que deveriam estar preparados para identificar e notificar as situações de violência são os mesmos que a cometem.

No contexto da atenção à gestação, parto, pós-parto e situação de abortamento, as mulheres se veem expostas a atos de violência obstétrica praticados majoritariamente por profissionais de saúde, sobretudo médicos (as) e enfermeiros (as). Estes atos podem configurar-se em agressões sutis e simbólicas ou evoluir para práticas mais violentas, atingindo não só a mulher, mas também seu feto ou recém-nascido, seu acompanhante e sua família, como é possível perceber nas narrativas a seguir:

Comecei a fazer força e a gritar porque doía muito e do nada apareceu uma médica que nem estava me acompanhando e me mandou calar a boca. Me viu tendo contração e falou pra eu levantar e ficar de cócoras, pois não podia perder tempo. Falei que só ia levantar quando passasse e assim fiz. A médica que estava “fazendo o parto”, sim, porque eu não tive naturalmente, ela me rasgou com a mão dela, ela empurrava e nossa como aquilo doeu, tanto fisicamente quanto na minha alma. [...] Eu fiquei traumatizada e não quero mais ter filhos, pois aquelas pessoas me tiraram a magia do nascimento do amor da minha vida, tiraram o meu sorriso e o amor instantâneo após o parto, não tive o meu sonhado parto natural (Jade, Relato de denúncia, Ministério Público, 2019).

Veio uma médica e me deu uma injeção para dar forças. Fazia força e mais força e nada do meu filho. [...] Foi quando veio a episiotomia. Fizeram um corte tão grande onde pensei que não tinha mais divisa entre a vagina e ânus. Até hoje sofro com esse corte. Todo esse trauma afetou a amamentação. Ninguém me ensinou a pega correta. Meus seios feriram muito, sangravam, ficou em carne viva. Não aguentei amamentar meu bebê. Sofri demais, sofro até hoje, quase entro em depressão. Se não fosse Deus e meu marido, não sei o que teria acontecido (Rubi, Relato de denúncia, Ministério Público, 2019).

Os relatos ilustram como os médicos utilizam de sua posição para violentar mulheres, transgredir regras, códigos de ética e leis. A categoria médica é quem está no topo da hierarquia nos serviços de saúde, cristalizada numa posição detentora do poder-saber e, por isso, *intocável*. O *status* atribuído à categoria confere a ela certo direito de dominação sob as demais profissões e usuários dos serviços de saúde. Del Priore (2009) considera que a dominação do saber médico sobre a mulher no Brasil remonta aos tempos da Colônia, quando “[...] a opinião do médico português se incorporava à mentalidade europeia tradicional, dominada pela misoginia e totalmente impregnada de desconfiança do corpo feminino” (DEL PRIORE, 2009, p. 199). Observamos nas narrativas que este olhar misógino da categoria médica para com as mulheres permanece até os tempos atuais, apesar de ter adquirido novas nuances com o passar dos anos.

No que se refere ao trabalho multidisciplinar em saúde, as relações entre médicos e profissionais de áreas como enfermagem, serviço social e psicologia também são afetadas por esta hierarquização médica. As falas dos profissionais ouvidos na pesquisa revelam que, quando há interação com os médicos, a ação costuma ser restrita ao repasse de informações sobre os pacientes e encaminhamento de demandas, não havendo a existência de um vínculo orgânico. Quanto ao trabalho multidisciplinar, a assistente social considera que “[...] é bom. Nós temos o colegiado gestor e mantemos uma relação próxima com o setor de psicologia, fisioterapia e enfermagem. Com os médicos é mais difícil” (Esmeralda, Entrevista, 2019).

O enfrentamento da violência obstétrica se insere no contexto da luta pela cidadania frente ao avanço das expressões da questão social, na esperança de que essas sejam erradicadas na sociedade. Deve-se reconhecer que, na contextura da construção da cidadania, o movimento pela humanização do parto tem destaque fundamental na luta pela erradicação da violência obstétrica. Essa expressão da questão social, por estar associada aos fatores estruturais da sociedade hetero-patriarcal, capitalista e racista, demanda mudanças profundas na organização social. O enfrentamento à violência obstétrica está incluído nas bandeiras da luta de classes, na medida em que envolve “[...] os sujeitos que não só vivenciam a desigualdade, como também oferecem resistência à opressão” (SANTOS, 2012, p. 30).

Há, no Amazonas, uma entidade da sociedade civil denominada *Humaniza Coletivo Feminista* que dirige a sua luta para a humanização do parto. Trata-se de um movimento de mulheres que têm como objetivo a defesa da autonomia da mulher, o cumprimento da legislação vigente e a erradicação da violência obstétrica. Dentre os avanços conquistados por essa entidade, consta o registro da primeira denúncia de violência obstétrica no Amazonas, em 2013, e de boa parte das denúncias seguintes registradas no inquérito civil público do Ministério Público Federal; a realização de três audiências públicas sobre o tema da violência obstétrica na cidade de Manaus e a participação na criação do Comitê de Combate à Violência Obstétrica no Amazonas, com a participação de diversas instituições de saúde, órgãos judiciais e universidades, constituindo-se no primeiro do Brasil com estes moldes.

Outro fator que não pode ser desconsiderado no debate sobre a violência obstétrica e as estratégias para seu enfrentamento é a atuação dos profissionais de saúde. Dentre estes profissionais, estão os assistentes sociais, trabalhadores majoritariamente do gênero

feminino, que se deparam com os rebatimentos da hegemonia capitalista patriarcal, tanto na suas condições de trabalho quanto nas demandas que lhes são apresentadas cotidianamente.

O Serviço Social e as possibilidades de intervenção no contexto da violência obstétrica

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, tendo como objeto de atuação as expressões da questão social, que se explicita em indicadores de vulnerabilidades sociais produzidas pelo modelo econômico capitalista. De acordo com Cisne e Santos (2018, p. 113-114),

A marca do patrimonialismo, a desigualdade entre homens e mulheres no mundo do trabalho, a persistência da divisão sexual e racial, as jornadas *intensivas*, *extensivas* e *intermitentes* de trabalho fora e dentro de casa, os alarmantes índices de violência contra a mulher e contra a população LGBT são alguns dos indicadores da incorporação do heteropatriarcado e do racismo na formação do capitalismo no Brasil (CISNE; SANTOS, 2018, p. 113-114).

O Serviço Social possui uma direção assentada num projeto ético-político¹⁰ que aponta para o horizonte da emancipação social e contra a abjeta pobreza. Sob essa perspectiva inspiradora, “[...] o Serviço Social crítico passou a incorporar temáticas sintonizadas com as lutas de sujeitos políticos que vêm enfrentando historicamente o conservadorismo e múltiplas formas de violências e violações de direitos” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 149), elegendo como valor central a liberdade.

Os assistentes sociais atuam em diversos espaços sócio-ocupacionais, como as áreas da saúde, assistência social, previdência social, habitação, educação e o campo sociojurídico. A área da saúde é a que concentra o maior número de assistentes sociais, que são trabalhadores reconhecidos legalmente como profissionais de saúde. A atuação desses profissionais na política de saúde acontece principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, em instituições públicas, embora também aconteça em instituições privadas (ALMEIDA; ALENCAR, 2011). Nesse contexto estão incluídas as maternidades, principais espaços onde ocorre a violência obstétrica. A assistente social ouvida nesta pesquisa chama a atenção para o fato de que numa maternidade, onde o público-alvo é principalmente composto por mulheres, o atendimento poderia ter o olhar de gênero, voltado para as especificidades de cada grupo feminino, a saber:

São grupos variados de mulheres que atendemos na maternidade e que exigem atendimento diferenciado. São principalmente mulheres de baixa renda, às vezes mulheres de classe média. Tem também uma considerável demanda de mulheres indígenas que são transferidas de outros municípios, quando ocorrem complicações na gestação. Ultimamente, devido à onda de imigração, tem uma significativa demanda de mulheres indígenas venezuelanas da etnia Warao (Esmeralda, entrevista, 2019).

¹⁰ O Projeto Ético-Político do Serviço Social é composto por três pilares: a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93); o Código de Ética Profissional (Resolução 273/93 do Conselho Federal de Serviço Social); e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, de 1996.

De fato, o segmento do gênero feminino é heterogêneo e suas condições de pertencimento identitário assumem contornos socioculturais de acordo com os processos históricos de cada povo e sociedade em específico. As identidades de gênero são múltiplas e, conforme Torres (2002, p. 37), as mulheres fazem parte de “[...] segmentos humanos estigmatizados que, muitas vezes, encontram-se à margem das oportunidades em decorrência da discriminação que enfrentam, sobretudo a discriminação étnica, de raça e de gênero” (TORRES, 2002, p. 37). Conforme a assistente social ouvida em entrevista, o Serviço Social da Maternidade Estadual Balbina Mestrinho, locus desta pesquisa, trabalha principalmente com algumas demandas específicas. Vejamos:

As demandas seriam as necessidades de todas as mulheres, mas pelo grande número de pacientes, nós trabalhamos com um público-alvo: mulheres dependentes químicas, mulheres adultas e adolescentes vítimas de estupro, mulheres indígenas, mulheres venezuelanas, mulheres com deficiência, mulheres vítimas de violência doméstica. Embora seja uma instituição de referência para o alto risco, a gente acaba trabalhando mais com essas demandas (Esmeralda, entrevista, 2019).

O assistente social, como profissional comprometido com a defesa intransigente dos direitos humanos, conforme preconizado no Código de Ética Profissional, pode e deve posicionar-se como um aliado no enfrentamento da violência obstétrica. Conforme Faleiros (2008), nas instituições os assistentes sociais fazem a mediação em favor dos segmentos vulnerabilizados. Por conta de alguns impasses no cotidiano profissional torna-se difícil focar o olhar na violência obstétrica, em razão da necessidade de oferecer respostas imediatas a determinadas demandas, aliada ao baixo quantitativo de profissionais de Serviço Social e às dificuldades em estabelecer um diálogo com os médicos sobre esta problemática.

Esmeralda confirma a existência de violência obstétrica na Maternidade Balbina Mestrinho nos seguintes termos: “[...] nós usamos esse termo com elas [as gestantes/puérperas], porque embora os médicos não aceitem, essa violência existe. As mulheres são discriminadas, sofrem preconceito, constrangimento e às vezes até agressão física, como foi divulgado¹¹”. Um dos relatos de denúncia de mulheres vítimas de violência obstétrica confirma o caso de constrangimento perpetrado por um médico nos seguintes termos: “[...] me senti constrangida e nervosa no momento, por ter sido atendida de forma tão rude e ríspida pelo médico” (Diamante, Relato de denúncia, Ministério Público, 2019).

O quadro de assistentes sociais na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho é composto por 05 profissionais, número insuficiente para suprir a alta demanda de pacientes atendidas na instituição. Trata-se de um cenário de saúde pública circunscrito à minimização das políticas públicas que funcionam com o “[...] caráter focalizado para atender as populações vulneráveis” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 36), requisitando aos assistentes sociais a seleção socioeconômica dos funcionários.

De acordo com Esmeralda, as principais funções do assistente social são “[...] orientações sociais, entrevistas, escuta qualificada, notificações compulsórias, visitas aos leitos, acompanhamento de fichas sociais e identificação de vulnerabilidades” (Entrevista, 2019).

¹¹A profissional se refere a um vídeo que foi divulgado nas redes sociais em fevereiro de 2019 e ganhou repercussão internacional. A gravação, feita pela acompanhante da vítima, mostra um médico agredindo fisicamente uma adolescente de 16 anos que estava em trabalho de parto na Maternidade Balbina Mestrinho. Ver Nascimento (2019).

Em Bravo e Matos (2007), percebemos que desde a década de 1950, quando houve abertura para o trabalho do assistente social na área da saúde, esse profissional tem atuado em “[...] programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social” BRAVO; MATOS, 2007, p. 28-29).

O Serviço Social é uma profissão que lida com a garantia de direitos. Se consideramos que a atenção humanizada ao parto e nascimento é um direito, enxergaremos no Serviço Social uma área apropriada para essa atuação. Esta é, pois, uma profissão que assume, dentre outras funções, a prerrogativa de contribuir para a materialização das garantias constitucionais e dos direitos conquistados por meio da luta intransigente contra todas as formas de opressão e violência que atingemos segmentos vulnerabilizados.

Deve-se reconhecer que o Serviço Social, em sua tradição marxista, compartilha com os feminismos uma aspiração equivalente expressa no projeto de construção de uma nova ordem societária pautada na liberdade e na emancipação humana, com a superação de todas as formas de discriminação, opressão e exploração. De acordo com Sousa e Sirelli (2018), é necessário que os assistentes sociais “[...] forjem respostas que contribuam para o fortalecimento subjetivo e objetivo das mulheres, possibilitando a construção conjunta de ferramentas para identificar e enfrentar situações de violência” (SOUSA; SIRELLI, 2018, p. 329).

É patente o fato de que somente o esforço dos assistentes sociais não é suficiente para a erradicação da violência obstétrica. No entanto, os profissionais de serviço social são qualificados e capacitados para participar do enfrentamento a esse tipo de violação de direitos. Os assistentes sociais podem se articular com os demais profissionais das equipes de saúde, realizando e participando de pesquisas sobre o assunto e, principalmente, oferecendo um atendimento de qualidade às mulheres, desde o planejamento familiar, passando pelo pré-natal até o pós-parto, para que elas possam obter informações de qualidade sobre seus direitos no contexto do parto e nascimento.

Considerações Finais

A violência obstétrica é uma realidade nas maternidades brasileiras. Assenta-se em situações e ações que violam a integridade das mulheres durante as situações de pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Esses tipos de violação podem ocorrer nas formas de violência simbólica, física, moral, psicológica e sexual, na maioria das vezes em mais de uma dessas formas, simultaneamente. Além do mais, práticas como ofensas verbais, tratamento humilhante, realização de cesáreas eletivas, imposição de práticas e rotinas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, entre outras, são comuns e acabam sendo naturalizadas no contexto hospitalar.

Esta pesquisa constata que alguns grupos de mulheres estão mais propensos a sofrerem a violência obstétrica ou complicações no parto, como é o caso das mulheres negras e indígenas, cujas taxas de mortalidade por causas obstétricas são mais altas do que as de mulheres brancas. Em Manaus, as mulheres indígenas sofrem, além do preconceito, dificuldades de comunicação devido ao fato de muitas delas não falarem a língua portuguesa fluentemente, o que as torna mais vulneráveis à prática da violência obstétrica, dificultando a identificação destas situações.

Fica patente neste estudo que a violência obstétrica é uma das expressões da questão social e, por este motivo, é um dos objetos de atuação do Serviço Social. No entanto, somente o esforço desta profissão não é suficiente para avançar no enfrentamento a este tipo de violação de direitos. A atenção humanizada ao parto e nascimento supõe a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a efetivação da cidadania, um árduo desafio que se põe ao processo organizativo das mulheres, tendo em vista a omissão e negligência do Estado quanto a este assunto e o desmonte de políticas públicas em geral, incluindo as políticas de saúde.

Portanto, fundamental que pesquisadores, representantes políticos, profissionais de saúde, movimentos de mulheres e sociedade em geral se apropriem do conceito de violência obstétrica, para que sejam pensadas novas estratégias, políticas públicas e demais ações direcionadas ao enfrentamento deste tipo de violência contra a mulher.

Referências

AGOSTINI, Marcia. Agravos à saúde decorrentes da violência. *In*: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela (Orgs). **Dicionário Feminino da Infâmia**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira; ALENCAR, Mônica Maria Torres. **Serviço Social**: trabalho e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília (DF), 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11108.htm. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Brasília (DF), 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 7 out. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 8).

CIELLO, Cariny *et al.* **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.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica>. Acesso em: 30 jan. 2019.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade Materna (SIM)**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 05 ago. 2021.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, p. 80-91, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 9. ed. Tradução de Leandro Konder. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim. **Da violência institucional à rede materna e infantil**: desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento, v.4).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 6 ago. 2021.

KRUG, Etienne G. *et al.*, (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude/>. Acesso em: 10 Ago. 2021.

MARTINS, Ana Claudia Sierra; Silva, Lélia Souza. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. n. 71(Suppl 1), p. 677-683, 2018.

NASCIMENTO, Eliana. Grávida é agredida por médico durante trabalho de parto em maternidade de Manaus. **G1**, Manaus, 20 fev. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2019/02/20/mulher-e-agredida-por-medico-durante-trabalho-de-parto-em-maternidade-de-manaus-veja-video.ghtml>. Acesso em: 7 jul. 2019.

PULHEZ, Mariana Marques. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10. 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos** [...]. Florianópolis, 2013.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A outra dor do parto: gênero, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto.** 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura)–Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Nova Lisboa, Lisboa, 2016.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Deivid Ramos dos *et al.* Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, Rio de Janeiro: UFRJ, 2017.

SANTOS, Josiane Soares. Elementos para entender a concepção e gênese da questão social. In: SANTOS, Josiane Soares. **Questão social: particularidades no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2012.

SOUSA, Marília Oliveira de; SIRELLI, Paula Martins. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 132, p. 326-345, maio/ago. 2018.

TORRES, Iraildes Caldas. **As novas Amazônidas.** Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas - Edua, 2005.

TORRES, Iraildes Caldas. **As primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e poder.** São Paulo: Cortez, 2002.

VENTURI, Gustavo *et. al.* **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>. Acesso em: 11 out. 2018.

Ana Paula Dias CORRÊA Trabalhou na concepção e delineamento do artigo.

Assistente Social. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero, Política e Poder (GEPOS), atualmente desenvolvendo projeto a atuação do Serviço Social frente à atenção ao parto e nascimento indígena em Manaus, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

Iraildes Caldas TORRES Trabalhou na revisão crítica.

Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais/Antropologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Atualmente é Professora Titular da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e coordenadora do Grupo de Estudo, Pesquisa e Observatório Social: Gênero, Política e Poder (GEPOS). Possui experiência nas

áreas de Sociologia, Antropologia, Etnologia Indígena e Serviço Social atuando principalmente nos temas de gênero e manifestações simbólicas; trabalho, movimentos e práticas sociais na Amazônia.
