



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ELOISA DA SILVA XAVIER

O SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Seropédica- RJ
2020

ELOISA DA SILVA XAVIER

O SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Tatiane de Oliveira Pinto

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

X3s XAVIER, Eloisa da Silva, 1998-
O Serviço Social frente á humanização do parto /
Eloisa da Silva XAVIER. - Seropédica- RJ, 2020.
68 f.

Orientadora: Tatiane de Oliveira Pinto .
Trabalho de conclusão de curso (Graduação). --
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço
Social, 2020.

1. Parto humanizado. 2. Violência obstétrica. 3.
Atuação profissional . 4. Serviço Social . I. Pinto ,
Tatiane de Oliveira, 1979-, orient. II Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro. Serviço Social III.
Título.

ELOISA DA SILVA XAVIER

O SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Seropédica, 07 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Tatiane de Oliveira Pinto

Prof. Dra. Tatiane de Oliveira Pinto (Orientadora)
Professora - UFRRJ

Patricia O. de Freitas

Prof. Dra. Patricia Oliveira de Freitas
Professora - UFRRJ

Vanessa Cristina dos Santos Saraiva

Msc. Vanessa Cristina dos Santos Saraiva
Doutoranda PPGSS – UERJ

Dedico esse trabalho as minhas avós Luzia e Dalva, mulheres que em sua geração tiveram o privilégio e a autonomia de conhecer e experimentar as potencialidades do corpo feminino.

AGRADECIMENTOS

Palavras nunca serão suficientes pra agradecer a cada etapa dessa trajetória, entretanto, serão através delas que buscarei expressar a minha profunda gratidão a cada pessoa com quem pude compartilhar momentos e vivências nos últimos quatro anos.

Antes de começar os agradecimentos aos familiares e amigos, não poderia deixar de agradecer a Deus por sua infinita bondade e misericórdia, foi o Seu favor que me permitiu chegar até aqui. Sua mão me sustentou em cada passo dessa jornada, e a Sua graça me deu forças para continuar nos momentos que a minha vontade era desistir. Posso não entender os Seus propósitos para minha vida, mas confio que a Sua vontade é boa, perfeita e agradável, por isso agradeço pelo fim deste ciclo e pelo que ainda há de vir, sei que tudo será perfeito!

Aos meus pais, a minha mais sincera gratidão! Sei que abdicaram de muitas coisas para que hoje eu pudesse estar aqui, os últimos quatro anos não foram fáceis, mas o apoio de vocês foi indispensável para que eu pudesse me concentrar nos estudos e ir cada vez mais longe. Obrigada colo que sempre encontrei em vocês nos momentos em que tudo parecia desmoronar e que o medo era grande para que eu continuasse sozinha. Vocês foram, são e sempre serão essenciais na minha caminhada acadêmica, essa conquista é nossa! Amo vocês!

Ao meu irmão, Daniel, obrigada por ser você, alegre, espontâneo, cheio de vida. Perdi as contas de quantas vezes você me fez rir em momentos de grande apreensão, a tua vitalidade que vem da infância me fazem ver a vida com mais leveza, me recorda de que a vida pode ser uma festa e que eu não preciso levar as coisas tão a sério... Espero ver você alçando vôos maiores que os meus, e que os meus erros sirvam de lição para que você faça escolhas melhores que as minhas. Te amo, mais que um irmão, você é como um filho pra mim.

Aos meus avós, tios e primos: é com muita honra que ocupo esse espaço de ser a primeira da família a me formar em uma Universidade Federal, que esse primeiro passo, que foi dado por mim, se perpetue até que toda nossa família possa ter acesso a um ensino superior público e de qualidade. Essa conquista não seria tão grande se eu não pudesse dividir com cada um de vocês! Obrigada pelo

incentivo e pelo apoio dedicado a mim nos últimos anos. É com muito carinho e gratidão que escrevo essas palavras.

As minhas amigas de infância, Daniela e Juliana (em ordem alfabética para evitar ciúmes haha), obrigada pela compreensão, pelo afeto e pelo apoio demonstrado a mim nos últimos anos. Temos estado juntas em todos os momentos importantes desde pequenas, e dessa vez não seria diferente. Faço votos de que a nossa amizade se estenda por muitos e muitos anos! Amo vocês!

A minha eterna bancada evangélica: TODA GRATIDÃO! Não me canso de dizer o quanto vocês são resposta de oração. Essa caminhada teria sido tortuosa sem vocês, tanto é que antes de nos aproximarmos cheguei a desistir, mas vocês foram o impulso que faltava para que eu chegasse até aqui. Jamais serei capaz de agradecer o suficiente, por isso farei uma pequena menção a cada uma: Aline, obrigada por ser você e pela companhia fiel nos dois últimos semestres de estágio, sua amizade tornou as tardes no hospital mais leves. Isabela, sua constante alegria com o curso é contagiante, sua fé e persistência me inspiram em muitos momentos, obrigada por ser você, nossa pastorinha! Julianna, o que dizer de você? Um exemplo de dedicação, esforço e competência. Te admiro muito, e aprendo ainda mais contigo. Mariana, minha parceira de trabalhos e aventuras, obrigada por ter me ajudado a ver a vida por um novo ângulo e por me fazer parte da sua família, sou eternamente grata! Susan, palavras não são capazes de descrever a pessoa generosa e amiga que é. Obrigada por me ajudar nos momentos que mais precisei e pelas caronas sempre com a trilha sonora da Disney. Tamirys, minha companheira do 712L de cada dia, sou eternamente grata a você pelos puxões de orelha, pelo colo sempre disponível e pela co-orientação desse trabalho, considere-o seu também! O meu amor e admiração a cada uma de vocês, que a nossa amizade perdure ao longo dos anos!

Aos professores que acreditaram em mim ao longo da minha caminhada, o meu reconhecimento e gratidão! Diego, sem você tenho certeza que estar na Rural não seria uma possibilidade! Obrigada pela amizade e incentivo, ocupar esse espaço é seguir os seus passos e um dia espero ser tão bem sucedida quanto você! Patrícia, obrigada por me aceitar como bolsista, sou muito grata pela oportunidade de ter sido orientada por você e pelo professor Sérgio. Vocês plantaram em mim o amor pela pesquisa e serei eternamente grata! Vanessa, você chegou pra me

mostrar o quanto eu sou capaz, obrigada por acreditar e apostar em mim. Esse caminho não seria o mesmo sem você! Tatiane, obrigada por aceitar o desafio de me orientar num assunto totalmente novo para você, nosso trabalho ao longo do último ano foi incrível e eu não poderia ter escolhido orientadora melhor! Palavras não são suficientes pra expressar a importância da sua paciência e carinho comigo durante a construção desse trabalho, gratidão!

Aos professores, técnicos e a minha supervisora de estágio: **MUITO OBRIGADA!** Vocês fazem parte dessa trajetória e é graças aos esforços de cada um que se torna possível a formação de profissionais capacitados que vem de uma universidade pública, gratuita e de qualidade.

Por fim, aos meus colegas de turma, juntos vivenciamos momentos de aprendizados e trocas únicas. Uma história é construída de múltiplos personagens e vocês com certeza fazem parte da construção da minha. A minha gratidão a todos vocês! Obrigada por tanto.

RESUMO

O presente TCC tem como objetivo discutir sobre os aspectos concernentes à humanização do parto e a atuação profissional do Serviço Social, abordando desde a gênese da assistência ao parto até o modelo tecnocrático vigente. Na busca por responder à essa indagação, buscou-se através da pesquisa bibliográfica apreender o panorama histórico e social da assistência ao parto, bem como as políticas e programas que buscam garantir às gestantes uma assistência humanizada durante a gravidez, parto e pós parto. Para compreender a atuação profissional foram analisados o Código de ética da Assistente Social de 1993 e a cartilha de Parâmetros para a Atuação da Assistente Social em Saúde de 2010, buscando traçar uma relação com os princípios que norteiam a assistência humanizada ao parto. Entendendo a humanização do parto como uma resposta possível ao combate à violência obstétrica que também se configura como uma Política Pública de Saúde e considerando o profissional de Serviço Social como um profissional capacitado para trabalhar na referida área, apresenta-se neste TCC a defesa da importância da atuação da Assistente Social na consolidação e efetivação das ações que tornam possível o acesso a um serviço de saúde que ofereça um atendimento humanizado e respeitoso a mulheres em período gestacional, parto e pós-parto.

Palavras-chaves: parto humanizado; violência obstétrica; atuação da assistente social.

ABSTRACT

The present TCC aims to discuss aspects related to the humanization of childbirth and the professional performance of Social Work, covering from the genesis of childbirth assistance to the current technocratic model. In the search to answer this question, it was sought through a literature review to apprehend the historical and social panorama of childbirth care, as well as the policies and programs that seek to guarantee pregnant women humanized care during pregnancy, childbirth and postpartum . To understand the professional performance, the Social Worker's Code of Ethics of 1993 and the booklet of Parameters for the Work of the Social Worker in Health in 2010 were analyzed, seeking to establish a relationship with the principles that guide humanized childbirth care . Understanding the humanization of childbirth as a possible response to the fight against obstetric violence, which is also configured as a Public Health Policy and considering the Social Service professional as a professional qualified to work in that area, this TCC defends the importance of the role of the Social Worker in consolidating and implementing the actions that make it possible to access a health service that offers humanized and respectful care to women in gestational, childbirth and postpartum periods.

Keywords: humanized childbirth; obstetric violence; performance of the social worker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CPN Centro de Parto Normal

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

OMS Organização Mundial da Saúde

PHPN Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PL Projeto de Lei

PNH Política Nacional de Humanização

REHUNA Rede de Humanização do Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de conclusão de curso

UTIN Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:	13
1 - O PRESSUPOSTO DE UM CORPO FEMININO DEFEITUOSO E A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	15
1.1- O parto: um evento de mulheres entre mulheres	15
1.2- A transição: das mãos da parteira para as mãos dos médicos	18
1.3- A suposição de um corpo feminino defeituoso e a medicalização do parto	21
2- A ASSISTÊNCIA AO PARTO: MODELO VIGENTE, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO	27
2.1- O modelo de assistência tecnocrático e a violência obstétrica	27
2.2- Modelo de assistência ao parto humanizado: uma mudança possível?	34
3- A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO	42
3.1- Compreendendo a profissão	42
3.2- Atuação do Assistente Social como profissional da saúde e a assistência ao parto	44
3.3- Breve panorama da assistência ao parto e atuação profissional do assistente social durante a pandemia.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema de estudo apresentado neste trabalho surgiu a partir de indagações quanto à atuação da assistente social¹ na assistência ao parto. Tais indagações me acompanham desde o nascimento do meu irmão no ano de 2008, quando tive o primeiro contato com uma profissional da área. Durante os anos de graduação, a partir do estudo de matérias específicas como “Relações de gênero e Questão Social”, foi possível ampliar o olhar para questões como violência de gênero, violência obstétrica, políticas públicas de saúde para mulheres e direitos humanos e sociais.

A definição desse tema como objeto de estudo aconteceu quando eu assisti ao documentário “O Renascimento do Parto”², que aborda a violência obstétrica no Brasil e a humanização do parto. Além disso, a expansão do debate sobre essas temáticas despertou em mim o desejo de me aprofundar nos estudos sobre violência obstétrica e sobre a humanização do parto, em uma tentativa de desvelar os fatores que interferem na garantia de uma assistência ao parto que possibilite a parturiente e ao bebê um parto seguro e humanizado, onde os profissionais envolvidos no processo de nascimento tornem viáveis as mulheres o acesso aos seus direitos.

Enquanto estudante e futura profissional de Serviço Social acredito nos valores centrais³ que norteiam a atuação da profissão, assim, sabendo que a assistente social também compõe a área da saúde e que pode atuar junto à mulheres que passarão pelo parto, surgiram as seguintes questões: Como a assistente social pode atuar na assistência ao parto? Qual a sua importância frente à humanização do atendimento à parturiente?

A princípio, a intenção era estudar como se dá a atuação da assistente social em duas instituições de referência em humanização do parto no Estado do Rio de Janeiro para que, a partir desse estudo, pudessemos entender a relevância do profissional na assistência ao parto. Infelizmente, devido a pandemia, não foi possível realizar a observação participante na Casa de Parto David Capistrano e no Hospital Maria Amélia Buarque de Holanda, as duas instituições em que

¹ Por ser uma profissão majoritária e historicamente feminina, optamos, durante a elaboração do presente trabalho por nos referir ao profissional de Serviço Social utilizando o gênero feminino, sendo assim “a” assistente social.

² Documentário nacional, disponível no aplicativo Netflix, plataforma de transmissão de vídeos por assinatura.

³ Sendo esses valores centrais a liberdade, autonomia, equidade, entre outros.

pretendíamos desenvolver a pesquisa, o que nos levou a construir um estudo bibliográfico.

Na busca por responder às questões aqui apresentadas, buscamos através de uma pesquisa bibliográfica apreender o panorama histórico e social da assistência ao parto, bem como as políticas e programas que buscam garantir as gestantes uma assistência humanizada durante a gravidez, parto e pós parto. Para compreender a atuação profissional buscamos analisar o Código de ética da Assistente Social de 1993, e a cartilha de Parâmetros para a Atuação da Assistente Social em Saúde (CFESS, 2010), buscando traçar uma relação com os princípios que norteiam a assistência humanizada ao parto. A discussão crítica da temática exigiu que fosse realizado um movimento dialético, buscando compreender os fatores históricos, sociais e econômicos que fazem com que a assistência ao parto na atualidade seja permeada de expressões de violência.

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos, sendo o primeiro intitulado: “O PRESSUPOSTO DE UM CORPO FEMININO DEFEITUOSO E A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO”, que se subdivide em três tópicos. Nele, veremos como era realizada a assistência ao parto na antiguidade, traçando uma linha histórica sobre as transformações relacionadas ao parto, dando início a discussão sobre o corpo feminino e a medicalização do parto.

No segundo capítulo, “A ASSISTÊNCIA AO PARTO: MODELO VIGENTE, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO”, aprofundo o estudo sobre o modelo tecnocrático de assistência ao parto, buscando entender como esse se configura como um modelo que (re)produz a violência obstétrica. Também busco entender o que é a humanização do parto, quais as bases desse movimento e quais as políticas e programas que visam garantir as parturientes o direito a uma assistência humanizada a sua gestação do pré natal ao pós parto.

O terceiro e último capítulo denominado “A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO” busca, através da compreensão da profissão, apreender como a assistente social pode atuar na assistência ao parto, de maneira a viabilizar a essas mulheres o acesso aos seus direitos e a um atendimento e atenção humanizados durante o período gestacional. Esse capítulo conta também com um breve panorama da assistência ao parto e atuação profissional no cenário atual de pandemia.

A relevância do estudo aqui apresentado se encontra na necessidade de ampliar o olhar crítico sobre as formas institucionalizadas e ‘medicalizadas’ do parto, buscando desvelar as expressões da questão social e de gênero que perpassam esse acontecimento fisiológico, que hoje se configura de forma patológica sobre a ótica de uma sociedade tecnicista e patriarcal.

1 - O PRESSUPOSTO DE UM CORPO FEMININO DEFEITUOSO E A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

1.1- O Parto: um evento de mulheres entre mulheres

Não é segredo que a maternidade, biologicamente falando, se caracteriza por ser uma condição exclusivamente feminina, pois o período gestacional, o parto, o pós-parto e a amamentação estão restritos as potencialidades existentes no corpo feminino. Entretanto, faz-se necessário entender que além de um processo biológico, a maternidade é um processo social, que está direta e intimamente vinculada ao período histórico, social e cultural em que ocorre. Através dos tempos, o período gestacional, o parto e as diferentes vivências que o acompanham vêm se modificando, podendo ser ou não dotados de significados, sendo uma experiência relacionada ao que se considera essencialmente feminino e um momento onde, em diversas culturas, as pessoas se mobilizam para acompanhar os acontecimentos que o rodeiam, tal como Lima (2012) chama de “evento social”.

É sabido que a gravidez e o parto podem vir a ser, em alguns casos e para algumas mulheres, experiências marcantes e importantes que tem início na idealização do bebê e da ideia de ‘maternar’ ainda no período gestacional, que irá culminar no parto, momento que pode ser considerado como de potencial transformação, pois, para Vendrúscolo e Kruehl (2015), é a partir desse acontecimento que a mulher passa a ter em seus braços o recém-nascido que antes se encontrava em seu ventre, passando assim de filha a mãe, do bebê idealizado ao bebê real, da ideia da maternidade ao seu exercício de fato.

Por ser um momento não apenas fisiológico, mas também social, é importante enfatizar que não há como determinar se o parto será, de fato, uma vivência transformadora na vida de todas as mulheres, pois assim como a experiência de ‘maternar’, este também sofre grande influência do contexto histórico e da cultura em que se encontra inserido, não existindo apenas uma única forma de vivenciar e

dar significado ao momento. Como nos aponta Badinter (1985), os sentimentos que estão relacionados à maternidade são frutos de um discurso social presente em nossa cultura ocidental que enxerga essa experiência como inerente à natureza feminina, criando um ‘mito’ sobre o amor materno incondicional e “instintivo”, ou seja, não há como estabelecer quais sentimentos estarão envolvidos nessa nova fase da vida, visto que, a ideia construída entorno do amor materno encontra-se baseada em um discurso social e não nas emoções que de fato vem à tona nesse momento.

Assim, apesar da gravidez e do parto se configurarem como potenciais passagens marcantes, transformadoras e comuns à algumas mulheres, devido a sua capacidade fisiológica de reprodução, é possível perceber que, desde o início dos tempos, as formas de parir⁴ sofreram diversas modificações, sendo as práticas referentes ao parto alteradas em diferentes países e culturas. Faz-se necessário ressaltar que embora existam diversas culturas, durante o trabalho de parto, as mulheres, no geral, sempre foram auxiliadas por uma ou mais pessoas, a princípio, do sexo feminino, como nos explicam Vendrúscolo e Kruel (2015).

Até meados do século XIV, o parto se caracterizava por ser um acontecimento fisiológico natural, que ocorria dentro do ambiente domiciliar e familiar, protagonizado pela mulher e, portanto, um ‘evento’ que se dava entre mulheres (SANTOS; HUMBELINO; SANTOS, 2017). Esse ‘ritual’, era tratado como uma experiência transcendental feminina, onde a presença masculina era moralmente rechaçada. Tradicionalmente, os partos e os cuidados com o corpo feminino e com os recém-nascidos eram realizados por parteiras locais e por parentes próximas, mãe e irmãs da parturiente, sendo essas mulheres portadoras da confiança da gestante e de reconhecimento social.

O trabalho realizado pelas parteiras e/ou comadres, como eram chamadas, era baseado em suas experiências prévias e pessoais, desprovidas de embasamento científico, pois estas eram profissionais que possuíam baixo poder aquisitivo, tendo pouca ou nenhuma formação. Eram, em sua maioria, mulheres mais velhas, reconhecidas pela comunidade como bem sucedidas por terem muitos

⁴O termo parir faz “referência à capacidade fisiológica e natural que toda fêmea mamífera tem de expulsar do útero o que gerou, embora seu significado seja apenas esse, o seu uso pode provocar desconforto em algumas pessoas que restringem o uso do termo “parir” apenas a animais. Parir é um verbo ativo, que deve ser conjugado pela mulher, não se pode conjugar passivamente, a mulher é sujeito ativo do verbo parir” (SANTOS; HUMBELINO; SANTOS, 2017, p. 2).

filhos, tendo assim desenvolvido práticas e saberes que as legitimavam e permitiam que realizassem um atendimento a parturiente, pois sabiam os rituais ligados ao nascimento e ao recém-nascido. Os conhecimentos da mulher sobre o corpo grávido estavam associados à natureza e a cultura rural, sendo construídos e repassados de mãe para filhas até o final do século XIV. Como nos explica Brenes (2005), pode-se dizer que os conhecimentos sobre as particularidades do corpo feminino ligavam essas mulheres, construindo uma rede onde se partilhavam saberes e experiências.

As parteiras enxergavam a sua atuação como um chamado, um verdadeiro sacerdócio, e assistiam mulheres de diferentes classes sociais durante o trabalho de parto (SANTOS; HUMBELINO; SANTOS,2017). Segundo Brenes (2005), por volta do século XV a profissão de parteira começa a se tornar um ofício no continente europeu com a chegada de uma mulher “urbana” que passa a ser paga pela comunidade para ajudar as mulheres no decorrer do parto. As chamadas “novas parteiras” possuíam um conhecimento baseado em estudos anátomo-cirúrgicos, se diferenciando das parteiras e comadres que exerciam anteriormente essa atividade.

Nos termos de Vieira (2002), a partir do século XVI, a tradição de partejar começou a sofrer uma série de regulamentações, tanto do Estado quanto da Igreja, que submetiam as parteiras da Europa à realização de exames junto a comissões municipais ou eclesiásticas⁵. Diante disso,

os modelos tradicionais de formação de parteiras de mãe para filha, de auto experiência, ou mesmo a formação perante uma parteira experiente, após a criação estatutária, foram alterados, pois, além da instrução, deveriam submeter-se aos exames diante de um jurado (BRENES, 2005, p.45).

Por volta do século XVII, apesar das mudanças quanto ao ofício de partejar, o parto e o nascimento ainda consistiam em eventos domiciliares realizados e protagonizados, em sua maioria, por mulheres. Nesta época o conhecimento médico na área obstétrica era escasso, sendo o médico, de acordo com as novas regulamentações, obrigatoriamente convocado ao momento do parto para atender os casos mais complexos, pois eram os únicos que podiam fazer uso de instrumentos cirúrgicos, como o fórceps⁶.

⁵Segundo Vieira (2002), a regulamentação tinha por objetivo a não realização de abortos e infanticídios, pois exigia-se que a parteira regulamentada fosse católica e soubesse batizar um recém-nascido moribundo. Tal regulamentação coincide com o período de caça às bruxas que ocorreu na Europa.

⁶ “Par de colheres metálicas empregadas por obstetras para retirar o bebê de dentro da mãe, através da tração da cabeça” (DIAS, 2007, p.240).

A obrigatoriedade do trabalho em conjunto de parteiras e médicos em situações de risco deu origem a diversas situações contraditórias, pois, em sua maioria, os médicos não podiam auxiliar as parteiras devido à ideia da ausência de prática e conhecimentos na área. Assim percebe-se, de forma inicial, a presença masculina durante o trabalho de parto, onde, de acordo com Vieira (2002, p.49), “os primeiros parteiros ingleses foram reconhecidos no século XVII, e na segunda metade do século XVIII já havia se tornado moda, na Inglaterra, ter um médico assistindo ao parto”.

Veremos nos próximos parágrafos como essa transição ocorre e quais os determinantes sociais e culturais estão relacionados a ela. No próximo tópico abordaremos também como a mudança da assistência ao parto chega ao Brasil e como se desenvolve em nosso país e ao redor do mundo.

1.2- A transição: das mãos da parteira para as mãos dos médicos

Pouco a pouco, por meio do trabalho em conjunto com os médicos de maneira mais frequente, as parteiras vão perdendo espaço durante o trabalho de parto. A figura do médico neste cenário modifica a essência do parto que começa a se configurar como um procedimento médico e não apenas como um evento fisiológico, acabando por desapropriar essas mulheres de seus saberes, dos seus domínios sobre a arte de ‘dar à luz’⁷ e de sua função como mulheres que assistiam outras mulheres.

Apesar de parecer natural e gradativa a transformação da arte de partejar, antes realizada pelas mãos das parteiras e, aos poucos, realizada pelas mãos dos médicos, Vieira (2002) afirma que:

a produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada da tomada desse corpo como objeto de prática dos médicos: por quase três séculos eles vinham se preparando para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico(VIEIRA, 2002, p.47).

Na Europa, a partir do século XVII a figura do médico (homem) passa a fazer parte de um momento que outrora era apenas feminino. Com o avanço da participação da figura masculina no trabalho de parto, a medicina encontra no século

⁷O termo “dar à luz” tem por significado o ato de parir, porém, como vimos nas notas anteriores, a utilização do verbo parir no que se refere ao momento do nascimento pode vir a causar certo desconforto. Dessa forma, o termo dar à luz vem sendo utilizado com maior frequência em relação ao nascimento, com o sentido de trazer ao mundo (CORDEIRO, 2012).

XVIII as condições necessárias para criar a obstetrícia como disciplina médica, que se desenvolveu e no século XIX encarregou, de forma majoritária, os médicos de assistirem as parturientes durante o trabalho de parto, propondo a criação de maternidades e instituições hospitalares destinadas a esse fim.

Segundo Vieira (2002), a presença dos médicos no momento de 'dar à luz', que se inicia ainda no século XVII, foi uma tarefa árdua, tanto para os médicos quanto para as mulheres, já que o desenvolvimento do conhecimento clínico na área se realizou através da prática, rodeado de conflitos morais e dificuldades, visto que seu avanço se dava diante da presença de um homem em um momento de vulnerabilidade feminina, do qual este passou a ser um personagem que desconhecia os processos que o envolviam. A autora ressalta, ainda, que:

Até o século XVIII, o parto foi vivido como um risco de morte bastante real, já que a mortalidade materna na Europa Ocidental era bastante elevada. A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver as técnicas cirúrgicas e o uso de anestésicos e combater a infecção puerperal, para então efetivamente dominar a prática. Nesse sentido, o processo de hospitalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento do ensino médico e de sua apropriação do saber (VIEIRA, 2002, p.50).

No Brasil, até o final do século XIX, os partos ainda eram realizados por parteiras, no ambiente domiciliar, com a presença do médico restrita a partos considerados difíceis e que demandavam procedimentos cirúrgicos.

A obstetrícia, enquanto ciência médica, passa a fazer parte da formação dos primeiros cursos médicos brasileiros ainda no início do século XIX, e eram mais voltadas às intervenções cirúrgicas que ocorriam em partos complexos. Entretanto, Maia (2010) aponta que o desenvolvimento do conhecimento médico nesta área era precário, permanecendo por décadas com um enfoque teórico e enciclopédico, muitas vezes utilizando-se de bonecos para simular situações obstétricas. De acordo com Vieira (2002):

até o final do século XIX muitos se formavam sem terem jamais visto um parto ou terem procedido a um exame obstétrico. Assim, o parto continuou sendo apanágio das parteiras diplomadas e práticas. O ensino prático da obstetrícia encontrou várias dificuldades, além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas. Entre elas, estava o aspecto competitivo da prática liberal e a resistência das mulheres em usar hospitais e enfrentar o olhar masculino (VIEIRA, 2002, p. 54).

Diante disso, apesar do socorro médico hospitalar em obstetrícia ter sido implementado no Brasil em meados do século XIX, havia uma grande barreira para a efetivação da prática médica como responsável pela assistência ao parto. A grande resistência das mulheres em utilizarem os hospitais para o parto retardou o

desenvolvimento dos conhecimentos práticos em obstetrícia em nosso país. Ademais, essa resistência era fruto do estigma social das instituições hospitalares da época, que tinham por tradição abrigar os pobres e atender de forma precária pessoas que viviam em situação de miséria e abandono. Leva-se em consideração também a moral existente da época, que considerava o momento do parto um momento feminino, sem falar nas práticas rudimentares da assistência médica ao parto até então (VIEIRA, 2002).

Conforme aponta Maia (2010), a partir do início do século XX mulheres brancas, oriundas das classes sociais mais altas, passam a se submeter aos conhecimentos médicos em relação ao parto, sendo costume convocar a presença de um médico para atendimento domiciliar. Já as mulheres das classes mais baixas mantiveram o costume de recorrer às parteiras para lhes prestar assistência, enquanto aquelas em situação de maior vulnerabilidade social recorriam aos hospitais. A mudança do parto realizado no ambiente doméstico para o ambiente hospitalar ocorreu no Brasil a partir da criação de maternidades separadas dos hospitais e da evolução do atendimento médico, que adotou procedimentos de higiene, isolamento e novas técnicas de atuação que contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil, trazendo consigo uma nova visão da atuação médica na assistência ao parto.

Aos poucos, com o desenvolvimento dos saberes médicos ao longo dos anos, os partos passaram a ser realizados, com maior frequência, por médicos e em instituições hospitalares. O avanço da obstetrícia passou a garantir um controle maior dos riscos de morte materna e neonatal e inúmeras intervenções e técnicas são agregadas à atuação e as práticas médicas, que passam a acompanhar não apenas o parto, mas todo o período gestacional. O atendimento tornou-se mais profissional, mais preocupado em garantir a saúde dos envolvidos (mulher e bebê) e o melhor desempenho da equipe médica (MAIA, 2010).

Fica claro que pouco a pouco a figura masculina, representada pelo médico, passa a ser personagem participativo no momento do parto, sendo agora a figura feminina representada apenas pela parturiente. Até aqui, foi possível pontuar, de forma breve, como ocorreu o processo de transformação na maneira de parir ao longo dos anos. Essa transição, que ocorreu de maneira lenta na Europa no início do século XVII e chega ao Brasil a partir do final do século XIX, é motivada por um

conjunto de fatores sociais e históricos. Veremos a seguir quais aspectos sócio-históricos ocasionaram as mudanças aqui apresentadas nas formas de assistência ao parto.

1.3- A suposição de um corpo feminino defeituoso e a medicalização do parto

Apesar da inserção dos médicos no processo de parto e nascimento aparentar uma busca por maior técnica e eficácia na diminuição dos índices de morte materna e infantil da época, é importante destacar sua relação direta com o nascimento da medicina contemporânea no final do século XVIII, que trazia consigo, conforme elucida Vieira (2002, p.19): “uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre a doença e a saúde”.

A construção de um novo olhar da medicina sobre a funcionalidade dos corpos e seus processos fisiológicos vem acompanhada de uma racionalidade científica que rompe com a concepção de natureza e inaugura a medicina como ciência experimental, que busca abstrair dos fenômenos naturais (de forma racional e através da observação) uma causa para os mesmos. Essa redefinição se deu no período de emergência da sociedade capitalista, onde se consolida o projeto de medicalização e controle dos corpos,

(...) a partir do qual o corpo feminino vai estar incluído, seja através da higiene, seja com o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia. Estas irão compor uma especialidade para a prática clínica, que se propõe a atuar especificamente sobre o sofrimento feminino e que irá se consolidar no final do século XIX (VIEIRA, 2002, p.21).

A medicalização dos corpos, que surge durante a ascensão da sociedade capitalista, encontra-se diretamente vinculada ao controle dos corpos, em especial dos corpos pobres, visando garantir que os mesmos estivessem aptos a assumir os postos de trabalho e fossem inofensivos a burguesia. Ou seja, a nova forma de se pensar o funcionamento dos corpos trazidos pela medicina possui mais do que apenas um viés científico racional, mas também um viés político, relacionado ao momento histórico em que ocorre.

Como nos aponta Zorzanelli e Cruz (2018), tal projeto de medicalização dos corpos consiste no acesso da medicina em diferentes estágios da vida, adentrando também no âmbito social, exercendo uma atuação que Foucault chama de

biopoder⁸, que consiste na “intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo” (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p.726).

Somando-se a essa transformação no modo de se pensar da medicina, ocorrem, conseqüentemente, transformações nas formas de assistência ao parto, que estão diretamente relacionadas ao contexto social e cultural sobre o qual se desenvolve a medicina nas sociedades industriais. Esse novo modelo assistencial que, de acordo com Davis-Floyd (1994) apud PEREIRA (2007), é conhecido como o modelo tecnocrático encontra-se baseado na lógica cartesiana de separação entre corpo e mente, do qual se origina a metáfora do corpo humano como uma máquina.

Nesta concepção, os organismos vivos são interpretados como máquinas e constituídos de partes separadas, sendo estas reduzidas aos seus menores constituintes. A compreensão do corpo como máquina que se estabeleceu a separação filosófica do corpo e da mente (PEREIRA, p.55, 2007).

Para Davis-Floyd (2001 apud PEREIRA 2007), o corpo humano passou a ser visto como uma máquina que necessita de reparos, e o médico ocupou o lugar do ‘mecânico’, sendo o responsável por consertar as possíveis falhas que esse corpo/máquina pudesse vir a apresentar. Todavia, nas sociedades patriarcais, a compreensão entre o corpo feminino e o masculino não se caracterizou uma compreensão igualitária, de maneira que o corpo masculino se constituiu como o modelo perfeito de máquina corporal, enquanto o corpo feminino se constituiu como destoante do padrão, apresentando funções e formas de funcionar consideradas perigosas e até mesmo defeituosas, sendo necessária a realização de intervenções que controlem e garantam o seu bom funcionamento.

Essa concepção do corpo feminino como uma máquina defeituosa fez com que, durante a gestação e o parto, se tenha a compreensão de que a mulher esteja submetida a constantes riscos de mau funcionamento e anormalidade no seu curso. Sob o risco de mau funcionamento, houve a necessidade de controlar os estágios de desenvolvimento e nascimento do bebê através de tecnologias e procedimentos padronizados de controle para a produção de um produto saudável e perfeito – o bebê (DAVIS-FLOYD, 1994 apud PEREIRA, p.56, 2007).

A imagem de corpo feminino passível de falhas a qualquer momento e que necessita de constante tutela, encontrava-se vinculada ao anseio despertado pelas condições inerentes a capacidade feminina de gerar e manter uma nova vida, sendo necessário, através da medicina, que o homem, como máquina corporal perfeita,

⁸O conceito de biopoder é apresentado por Foucault em sua obra: O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 1984. p. 79-98.

pudesse controlar os diferentes estágios fisiológicos que atravessam o corpo feminino, buscando garantir, através do controle desse corpo e de sua sexualidade, a reprodução e a manutenção da população.

Em relação ao parto, houve a incorporação da lógica fabril onde, durante a assistência médica a gestante, torna-se possível reconhecer metáforas relacionadas ao tempo necessário para cada processo fisiológico, que remetem à ideia do 'trabalho de parto' como um trabalho. Assim, Maia (2010, p.35) nos informa que, "na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero".

Baseada nesse contexto de um "corpo-máquina" feminino inferior ao masculino, passível de falhas e defeituoso, a medicina começou a exercer um papel social de controle dos corpos, sendo tal controle estendido à sexualidade e a reprodução por meio da ginecologia e obstetrícia, buscando diminuir os "defeitos" femininos para a produção de um produto perfeito, o bebê. Essa visão, durante o desenvolvimento das tecnologias e práticas de intervenção, transformou o corpo feminino em objeto do saber médico no que diz respeito à reprodução, fazendo com que a medicina se aproprie desse conhecimento, efetivando e estabelecendo a figura do médico na esfera do nascimento (VIEIRA, 2002).

Nessa nova forma socialmente construída de assistência ao parto encontram-se as bases ideológicas que constituem um dos processos de alienação do corpo feminino quanto a suas potencialidades. Segundo Netto (1981), pode-se entender por alienação o não reconhecimento dos agentes sociais do resultado de suas ações e intervenções, que passam a lhes parecer estranhas e alheias. Assim, a alienação configura-se como um processo onde os indivíduos perdem, em sua vida cotidiana e nas mediações sociais nela existentes, sua capacidade criadora e consequentemente a si mesmos.

De acordo com Barroco (2010, p.35) "a alienação se (re)cria em novas formas, que invadem todas as dimensões da vida social(...)", diante disso, mesmo que durante o período gestacional, parto e pós parto, a mulher possa vir a não estar inserida no mercado de trabalho, essa permanece como participante da classe trabalhadora, uma vez que não detém os meios de produção. Logo, a mulher encontra-se inserida numa lógica social passível de repetições, onde, em sua

maioria, não há espaço pra reflexões, o que a leva a um estado de alienação e ao não entendimento da sua participação nesse processo e dos direitos por ela adquiridos.

Numa busca pelo aperfeiçoamento do funcionamento da máquina feminina na “produção do bebê perfeito”, o parto na sociedade capitalista industrial emergente começa a ser acelerado e artificializado, atendendo às normas já estabelecidas pelas instituições hospitalares, que nessa simbologia ocupam o lugar das fábricas, onde passam a ocorrer os processos que envolvem o trabalho de parto. É a partir daí que são incorporadas como condutas médicas rotineiras o uso de técnicas, procedimentos e tecnologias que monitorem e regulem possíveis desordens durante o período gestacional e durante o parto, sendo essas práticas norteadoras e centrais na atenção obstétrica, tornado o processo de parto e nascimento um processo fragmentado e instrumentalizado. No modelo tecnocrático de assistência ao parto o sujeito ativo passa a ser o médico e não mais a mulher, sendo este um procedimento médico, desconsiderando o processo fisiológico e emocional que perpassa esse acontecimento, como aborda Pereira (2007).

O estabelecimento da figura do médico como condutor ativo dos processos que envolvem a parturição transformam a mulher em objeto de conhecimento da medicina, a destitui de seu lugar como protagonista no parto e coloca-a como participante/coadjuvante de um processo onde desconhece as etapas, sabendo apenas o resultado final, o nascimento do bebê. A mulher distancia-se da sua relação com a sua própria natureza, com os processos fisiológicos e emocionais que ocorrem em seu próprio corpo, passa a desconhecer suas potencialidades, sendo mera participante de um evento onde o médico passa a ser condutor e protagonista.

Com base no seu poder pré-estabelecido como detentor dos saberes relacionados à natureza reprodutora feminina, o médico passa a decidir de que forma e quais procedimentos serão realizados durante o parto, qual o momento de intervir e em qual posição a mulher deve ficar. A assistência ao parto torna-se padronizada e hierarquizada, há a imposição de que a mulher permaneça deitada durante o trabalho de parto, na posição de litotomia: deitada com as pernas abertas, de forma a facilitar a chamada “obstetrícia ocular”, que permite aos médicos acompanhar e conduzir procedimentos rotineiros de maneira ativa, indo totalmente

contra o tradicional papel das parteiras, “cuja função era esperar e aparar, sendo suas mãos os únicos instrumentos necessários”, como esclarece Maia (2010, p.36).

A obrigatoriedade de permanecer em posição de litotomia faz com que o trabalho de parto seja dificultado, retardando o processo de dilatação e abrindo margem para o uso desordenado de ocitocina sintética⁹ com o objetivo de acelerar o tempo desse processo. Impedida de se mover de forma livre, deitada sobre a região do muscular do períneo, dificultando o relaxamento da área e maior passagem para o bebê, a mulher passa a sentir mais dores, o que justifica o uso da anestesia. Dessa forma, deitada e anestesiada, a ‘parturiente’ fica impossibilitada de participar de forma ativa de seu próprio parto, passando essa tarefa para o médico, que usa de técnicas como a manobra de Kristeller¹⁰ e episiotomia¹¹, rotineiras nos partos vaginais (MAIA, 2010).

A padronização do parto que ocorre no modelo tecnocrático de assistência a gestante desencadeia, como citado anteriormente, a realização de uma técnica ou procedimento que acaba por levar a outro, que por vezes terminam em uma intervenção final, uma cesárea¹² que poderia ter sido evitada. Nos termos de Maia (2010, p.37), “no modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea”.

A partir dessa concepção de corpo feminino defeituoso e incapaz de pleno funcionamento a intervenção médica passa a ser realizada em todo o período gestacional, nos períodos pré e pós-parto. Nos termos de Vendruscolo e Kruehl (2015), há a destituição da mulher e das parteiras de seus saberes milenares e passa-se a institucionalizar o parto hospitalar, e nesse momento há a perda do papel principal da mulher no parto, uma vez que este protagonismo se encontra na

⁹“Hormônio utilizado para induzir as contrações uterinas, o qual, quando utilizado como rotina, tem o objetivo de acelerar o trabalho de parto, causando, como consequência, uma série de outras intervenções, como o uso de analgesia e/ou da posição menos ativa durante o trabalho de parto, uma vez que as contrações, induzidas por esse hormônio em sua versão sintética, costumam ser bem mais doloridas do que quando o processo é vivenciado de forma natural (...)” (DIAS, 2007, p.172-173).

¹⁰ “A manobra de Kristeller é uma manobra obstétrica considerada obsoleta, por meio da qual o bebê é empurrado pelo canal vaginal por uma pressão aplicada sobre o fundo uterino (sobre a barriga materna)” (DIAS, 2007, p.165)

¹¹ “Episiotomia compreende o corte da pele e músculos ao redor da parede inferior da vagina, o que, segundo o sendo comum da obstetrícia intervencionista, facilitaria o parto, preveniria incontinência urinária e protegeria o períneo de rupturas musculares ou cutâneas” (DIAS, 2007, p.106).

¹²Mais adiante iremos abordar a temática da cesárea de forma mais abrangente.

atuação do médico. Há, também, a perda da sua privacidade, pois diferente de como acontecia no ambiente domiciliar, o parto agora ocorre rodeado por profissionais da saúde. Em suma, o parto em seu modelo tecnocrático, rouba da mulher o seu lugar de protagonista, o seu poder de decisão e a sua autonomia.

Assim, o modelo de assistência ao parto que antes era centrado no ideal domiciliar, baseado nos conhecimentos femininos sobre o corpo grávido e sobre o processo de parto e nascimento, passa de maneira hegemônica a seguir o modelo biomédico, “hospitalocêntrico”, e repleto de normas pré estabelecidas. É com essas mudanças que o parto deixa de ser um evento domiciliar e transformam-se num evento hospitalar, passando a ser realizado por médicos obstetras e não mais por parteiras. De um evento natural transforma-se num evento instituído e normatizado, torna-se um momento a ser ‘medicalizado’¹³ (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Nessa primeira parte do TCC percebemos como o parto deixou de ser um acontecimento exclusivamente feminino e domiciliar para se tornar um evento médico, hospitalar, hierarquizado, cheio de técnicas e rotinas pré determinadas. Tal mudança encontra-se amparada na emergência do modo capitalista de produção, no seu projeto de medicalização dos corpos e na manutenção e reprodução de corpos saudáveis e aptos ao trabalho necessário para o avanço e consolidação desse sistema.

Não obstante, a medicalização do corpo feminino passa ainda pela reprodução de um sistema patriarcal, como vimos anteriormente, onde o corpo feminino é visto como defeituoso e incapaz de pleno funcionamento sem a devida tutela masculina, representada nesse momento pela figura do médico, que passa a partir do século XIX a ser o detentor dos conhecimentos sobre a sexualidade e reprodução feminina, através da especialidade médica de ginecologia e obstetrícia. A medicina passa, então, a atuar nesse cenário numa tentativa de resolver as complicações e desvendar os mistérios envoltos no período gestacional e no parto, tomando para si os conhecimentos que antes se encontravam nas mãos das mulheres e parteiras que realizavam essa função.

Dessa forma, a mulher passa a ser mera participante do parto, não mais a protagonista, tornando-se alienada quanto às potencialidades do seu corpo,

¹³ O termo ‘medicalizado’, vem da palavra “medicalizar”, que de acordo com Vieira (2002, p.19) “(...) significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais”.

desconhecendo suas possibilidades de escolha, seus direitos e sua capacidade durante o período gestacional, parto e pós-parto. Veremos a seguir como modelo tecnocrático de assistência o parto tem levado a inúmeros casos de violência obstétrica no Brasil e como o movimento de humanização do parto propõe o resgate da autonomia da mulher nesse momento essencialmente feminino.

2- A ASSISTÊNCIA AO PARTO: MODELO VIGENTE, VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO

2.1- O modelo de assistência tecnocrático e a violência obstétrica

A transição do parto do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar ocorrida a partir do século XX trouxe consigo o modelo de assistência tecnocrático. Como abordado anteriormente, tal modelo baseia-se na ideia de corpo como máquina, onde o médico representa o papel daquele que é responsável pela manutenção do seu bom funcionamento, de possíveis ajustes e intervenções que venham a se fazer necessárias. Segundo Pereira (2007), por ser um modelo de assistência hospitalar focado no diagnóstico e tratamento, o modelo tecnocrático caracteriza-se por uma atuação médica articulada com a utilização de tecnologias em suas intervenções, pelo distanciamento entre médico e paciente, pela padronização da atuação profissional e pela posição hierárquica exercida pelo médico, como explicitado anteriormente.

A institucionalização do modelo tecnocrático na assistência ao parto está atrelada ao aumento do uso de tecnologias que buscam, de acordo com Diniz e Chachan (2006, p.80), “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo “mais normal” e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê”. Assim, a padronização dos atendimentos prestados pelos médicos e o uso cada vez maior de tecnologias, visando garantir à qualidade da assistência ofertada as mulheres durante o período gestacional e especialmente durante o parto, tem levado a uma atuação profissional cada vez mais medicalizada, que utiliza de procedimentos e intervenções por vezes desnecessárias e perigosas que podem pôr em risco a vida e a saúde da parturiente e do bebê.

A medicalização do parto, a rotina preestabelecida do atendimento e a realização indiscriminada de procedimentos ditos “necessários” para garantir à qualidade da assistência prestada as mulheres durante esse período nos centros

hospitalares, junto ao protagonismo médico que por sua posição hierárquica passa a fazer com que a mulher seja coadjuvante nos processos de parto e nascimento, têm levado a inúmeros casos do que chamamos de violência obstétrica. Diniz et al (2015) nos aponta que, apesar do termo ser de extrema relevância, não há uma definição única e universal do que é violência obstétrica, sendo a tipificação proposta pela Venezuela a primeira a classificar esse tipo de violência.

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007, p. 30).

Nos últimos anos a violência obstétrica tem sido tema de pesquisas e debates relacionados a procedimentos, intervenções e rotinas realizadas na assistência à gravidez, parto, pós-parto e abortamento. Como nos mostra Rodrigues et al (2018), a temática aborda a conduta das equipes de assistência ao parto que são consideradas discriminatórias, abusivas e desumanas e que podem originar situações de sofrimento para as mulheres em período gestacional, durante e após o parto.

Apesar de ser uma discussão em ascensão, a não definição de um único conceito universal do que compreende a violência obstétrica permite que o tema seja abordado de diferentes maneiras, dessa forma, o tem vem sendo discutido por meio da divisão da violência obstétrica em quatro tipos principais de violência, sendo elas: “negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro)” (ZANARDO et al, 2017, p.5).

De acordo com Zanardo et al (2017), também é possível abordar o tema a partir da definição de violência psicológica como principal forma de violência obstétrica, já que essa pode ser caracterizada por situações onde a mulher passa a ser ameaçada, coagida e por vezes até mesmo ironizada. No caso da violência física, considera-se a manipulação exacerbada e a exposição desnecessária do corpo da mulher, que pode vir a dificultar e tornar desagradável o momento do parto. Configura-se também como violência obstétrica a omissão quanto à condição de saúde da paciente de maneira a induzir a uma cesárea eletiva, ou a não informação

e consentimento das pacientes sobre a realização dos procedimentos que venham a se fazer necessários.

Zanardo et al (2017) nos afirma que,

Além disso, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (ZANARDO et al, 2017, p.5).

Assim, diante do exposto, pode-se afirmar que a violência obstétrica se caracteriza como uma modalidade de violência na qual ocorre a violação dos direitos das mulheres quanto ao seu processo reprodutivo, onde há a apropriação do corpo feminino como um corpo patológico pelos profissionais da saúde, que passam a atuar sobre esse corpo de forma medicalizada, mecanizada, impessoal e tecnicista, voltada para uma maior eficácia no momento do parto, o que culmina na perda da autonomia e do poder de decisão das mulheres que enfrentam tal violência.

A perda dessa autonomia, e de seu poder de decisão quanto aos processos a que o seu corpo possa vir a ser submetido, se correlaciona com a posição hierárquica ocupada pelo médico, o qual passou a ser detentor dos conhecimentos relacionados ao corpo grávido e dos acontecimentos que envolvem o parto e o nascimento. Desconhecendo as vias de parto possíveis, a mulher encontra-se a mercê da atuação médica, seguindo orientações que por vezes não compreende ou sofrendo intervenções das quais não é comunicada, transforma-se em uma máquina a ser manipulada por terceiros, por vezes sem consentimento ou sem a total noção dos benefícios e dos riscos relacionados aos procedimentos realizados em seu corpo no momento do parto.

Nesse sentido, a “violência obstétrica também se relaciona com a escolha das mulheres pela cesárea” (ZANARDO et al, 2017, p.6), visto que essa escolha, em sua maioria, se encontra vinculada a uma imagem de parto vaginal composto por intervenções dolorosas e pelo próprio medo das dores causadas pelas contrações, que acabam por afastar as mulheres de uma via de parto natural e dos seus benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê.

Além de uma alternativa “segura” para evitar um parto vaginal traumático, a cesárea eletiva passa a representar, tanto para a mulher como para o médico, uma

maneira de controlar e de tornar o momento do parto previsível, diferente do que ocorre em um parto vaginal, onde a evolução do trabalho de parto ocorre de maneira imprevisível, muitas das vezes, sendo realizadas intervenções para acelerar o processo, o que pode vir a desencadear uma série de outras intervenções médicas que aumentam o sofrimento da parturiente e elevam as chances de um parto vaginal culminar em uma cesárea de emergência, como nos apontam Chanchan (2006) e Zanardo et al (2017).

É importante ressaltar que as cesáreas eletivas são agendadas previamente pelos médicos. Chanchan (2006) nos afirma que existem duas causas possíveis para o agendamento dessa via de parto, podendo ser por desejo da própria parturiente ou por conveniência médica, que busca através do agendamento prévio da cesariana obter o controle e a segurança de um processo de parto prático e rápido sob a justificativa de garantir a segurança da mãe e do bebê. O que ocorre de forma diferente nas cesáreas de emergência, que são realizadas quando existem complicações que põem em risco a saúde e a vida da mulher e do bebê.

Em seu trabalho Diniz e Chachan (2006) nos esclarecem que,

Vários estudos, que procuraram entender se e porque as mulheres brasileiras preferem o parto cesáreo ao parto vaginal, mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo parto vaginal. No entanto, através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado. Um outro fator que parece promover a crença dos profissionais na superioridade da cesárea é a preocupação de preservar a genitália feminina (DINIZ; CHANCHAN, 2006, p.84).

Dados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados” (VENTURI; GODINHO, 2013), mostram que uma a cada quatro mulheres vivencia algum tipo de violência obstétrica, em conformidade, a pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al, 2014), realizada entre 2011 e 2012 sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de identificar os determinantes e os efeitos das intervenções realizadas no momento do parto, incluindo as cesáreas desnecessárias¹⁴, nos mostra que dentre as 23.940 mulheres que participaram da amostra da pesquisa, cerca de 48,1% das mulheres tiveram partos vaginais com

¹⁴Segundo Zanardo et al (2017), podem ser consideradas desnecessárias as operações e procedimentos realizados quando não existem situações que coloquem em risco a saúde da gestante ou do bebê que exigiram por tais intervenções.

intervenção, em 51,9% foram realizados partos cesariana e apenas 5% vivenciaram partos vaginais sem nenhuma intervenção médica¹⁵.

Na análise dos dados da referida pesquisa, Leal et al (2014) constata que o índice de intervenções médicas realizadas durante o trabalho de parto e o parto vaginal é de fato excessivo, visto que apenas 5% das participantes da pesquisa deram à luz sem nenhum tipo de intervenção. Os dados nos revelaram ainda que 40% das parturientes tiveram seus partos acelerados com o uso de ocitocina sintética e em 30% foram realizadas amniotomia, que é a ruptura da bolsa com o objetivo de encurtar o trabalho de parto. No total, dentre as mulheres que tiveram partos vaginais com algum tipo de intervenção, 92% das gestantes tiveram seus partos realizados na posição de litotomia, 37% receberam a intervenção da manobra de Kristeller durante o parto e 56% tiveram a região do períneo cortada (episiotomia). Para Zanardo et al (2017, p.2), “(...) muitas dessas práticas são associadas a risco de complicações, são dolorosas e seu uso é considerado desnecessário, como é o caso da episiotomia”.

Outro quesito importante a ser levado em consideração na discussão sobre violência obstétrica e o uso indiscriminado de intervenções e cesáreas desnecessárias, são os fatores sócio econômicos, o índice de escolaridade das parturientes e a questão racial. Diante dos dados expostos na pesquisa “Nascer no Brasil”, é fato que em nosso país mulheres dos mais diversos grupos socioeconômicos, com níveis de escolares distintos e que compõem diferentes grupos raciais vem sendo vítimas de casos de violência obstétrica.

Em seus estudos sobre violência obstétrica e mulheres negras, Assis (2018) nos aponta que esse grupo de mulheres lideram os números de mortalidade materna, sendo a violência obstétrica uma prática que contribui diretamente para o aumento da mortalidade materno-infantil. Segundo a autora, a taxa de mortalidade materna entre os anos de 2000 e 2012 teria diminuído entre as mulheres brancas e aumentado entre as mulheres negras, fator que está diretamente vinculado à maneira como as relações sociais em nossa sociedade encontram-se baseadas

¹⁵ Não foi possível encontrar dados mais atuais sobre violência obstétrica e os índices de cesarianas realizadas. Deste modo, percebe-se a necessidade de estudos mais detalhados sobre a realidade atual do cenário da assistência ao parto no Estado do Rio de Janeiro. Apesar dos números apresentados terem sido coletados há quase 10 anos, é possível perceber que os partos realizados com práticas interventivas, por vezes desnecessárias, constituem a maioria dos partos realizados.

também pelo viés racial, através de práticas de discriminação e preconceito que reforçam as desigualdades e aprofundam o racismo institucional.

Segundo Jurema Werneck (2016), o racismo institucional está para além do racismo internalizado que cria estigmas sobre os indivíduos, ou do racismo interpessoal que se apresenta por meio do preconceito e discriminação. Sua constituição se dá em nível estrutural, nas formas pelas quais são organizadas as políticas, normas e práticas institucionais que acabam fortalecendo as desigualdades e promovendo ações excludentes a partir da categoria raça/etnia. Assim, o racismo institucional também se apresenta como um fator agravante quando correlacionado aos índices de violência obstétrica.

Para a autora, o racismo institucional agrava e perpetua as disparidades no tratamento de mulheres negras em período gravídico, aumentando os casos de morte materno infantil entre essa parcela da população. No trabalho de Assis (2018), é possível observar que mulheres negras e pardas possuem menor acesso a serviços de saúde de qualidade, sendo atendidas em tempo inferior as mulheres brancas e como menos privacidade. Constata-se também maiores casos de desrespeito e de violência dirigidas a mulheres negras.¹⁶

Leal et al (2014) também nos chamam atenção para a maneira como as parturientes da rede pública e da rede privada recebem tratamentos distintos durante o trabalho de parto e parto, havendo uma discrepância entre as intervenções realizadas nas parturientes e entre os índices de partos por via vaginal, que são mais frequentes em maternidades ligadas ao setor público.

O uso de ocitocina durante o trabalho de parto também foi mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade, os mesmos grupos que apresentaram menor frequência do uso de analgesia obstétrica, reforçando a prática do parto doloroso, que pode trazer como consequência o temor do parto vaginal e o aumento do prestígio da cesariana entre as mulheres brasileiras (LEAL et al, 2014, p.28).

Em contrapartida, as parturientes atendidas nos setores privados apresentaram um número mais elevado quanto ao uso de analgesia obstétrica e tecnologia médica interventiva no que diz respeito ao acompanhamento prestado

¹⁶É inviável falar de violência obstétrica sem falar sobre o racismo institucional, motivo pelo qual a discussão aparece, ainda que, de forma tímida e resumida no texto. Entretanto, sendo o foco do TCC, no momento, o Serviço Social frente à humanização do parto justifico a ausência de uma argumentação mais elaborada quanto à violência obstétrica e o racismo institucional, entendendo que essa questão exige um debate mais detalhado e aprofundado que poderá ser realizado em trabalhos futuros.

durante o período gestacional e trabalho de parto. Sendo, o número de partos por cesárea maior no setor privado do que no setor público.

As taxas de cesariana foram muito menos frequentes no setor público, nas mulheres menos escolarizadas e nas não brancas, repetindo um padrão conhecido no Brasil e em outros países, mostrando que o excesso de cesáreas acomete principalmente as mulheres brasileiras de mais alto padrão de escolaridade, alcançando 89,9% no setor privado de saúde (LEAL et al, 2014, p.28).

Esse fenômeno está relacionado não apenas a medicalização, mas também a mercantilização da saúde, que consiste em transformar em mercadoria os serviços ofertados nas instituições hospitalares. Em seu ensaio, Cardoso e Barbosa (2012) nos mostram que na sociedade capitalista o parto realizado por meio cirúrgico representa maior produtividade e eficácia, sendo um procedimento que gera maiores resultados financeiros e menor desgaste fisiológico para a equipe de assistência ao parto, possibilitando que esse seja realizado de forma previsível, o que não ocorre nos partos realizados de maneira natural e sem intervenções. O conhecimento técnico-científico que torna rápido e lucrativo o momento do parto passa então a se caracterizar como uma mercadoria a ser comercializada. Conforme as definições de Marx (2013), a mercadoria busca atender as necessidades humanas, sejam elas materiais ou espirituais, possuindo valor de uso e valor de troca. Ou seja, a utilidade de uma mercadoria determina o seu valor de uso, e é através das relações sociais que a sua utilidade passa a determinar seu valor de troca.

A descoberta da cesariana enquanto uma técnica-científica cirúrgica que possibilita garantir uma assistência ao parto que busca salvar a vida da parturiente e do bebê em casos de emergência configura-se como uma mercadoria que possui valor de uso, atendendo a necessidade humana de sobrevivência, e passa a ter valor de troca a partir do momento em que se insere como ferramenta de aceleração do processo natural de nascimento. O parto por via cesariana torna-se uma mercadoria comercializada, especialmente na rede privada de saúde, onde os custos exorbitantes do parto são pagos pela parturiente ou pelo plano de saúde. Assim, Cardoso e Barbosa (2012), nos instigam a questionar se a indicação e os altos índices de cesarianas no Brasil não atendem mais aos interesses mercantis do que a emergências obstétricas.

Aqui torna-se nítido qual grupo de mulheres possui o parto via cesárea como uma opção de escolha, “visto que, as que usufruem das instituições privadas, podem optar dentro das possibilidades da gestação entre a cesárea e o parto vaginal.

Todavia, para outras, o dilema está em justamente não poder escolher” (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015, p.101). Podemos perceber que as mulheres com menor escolaridade, em sua maioria negras, de baixo poder aquisitivo e que utilizam os serviços públicos de saúde são as maiores afetadas com intervenções consideradas dolorosas, tendo desconsideradas o seu direito à informação, a sua capacidade de decisão e a sua autonomia para decidir a melhor alternativa entre as vias de parto existentes.

Diante disso, compreende-se que a manutenção e a reprodução do modelo tecnocrático de assistência ao parto se configuram como instrumento para a propagação da violência obstétrica sofrida por diversas mulheres durante o período gestacional, pré e pós-parto. Juntamente com a soberania da atuação médica esse modelo de assistência interventivo e medicalizado vêm, ao longo dos anos, destituindo as mulheres de um local que outrora era seu por direito, roubando sua autonomia e o seu poder de escolha. Veremos posteriormente como a violência obstétrica tem se constituído como um mecanismo que expropria os direitos sexuais e reprodutivos femininos e como esta tem sido combustível na luta por uma mudança no modelo de assistência ao parto.

2.2- Modelo de assistência ao parto humanizado: uma mudança possível?

Na sociedade capitalista e patriarcal em que vivemos é sabido que os papéis socialmente reproduzidos por homens e mulheres estão baseados na divisão sexual do trabalho, onde os homens passam a ocupar a esfera pública, enquanto as mulheres ocupam a esfera privada. Nos termos de Santos (2016, p. 36) “essa separação levou em consideração as diferenças biológicas que foram transformadas em desigualdades sociais”, de maneira que a divisão dos espaços de reprodução da vida social entre espaços públicos e privados designa ao homem o direito, a rua, a produção, ao público, enquanto determina à mulher o espaço doméstico, o cuidado, o privado, a reprodução social do lar e da família. No que diz respeito à reprodução social do lar e da família, a mulher passa a ser responsável pela manutenção do grupo familiar, pela criação dos filhos e pelo seu trabalho sexual e reprodutivo.

A dominação do feminino pelo masculino se expressa de diversas maneiras na sociedade atual, podendo ser percebida também nos diferentes tipos de violência aos quais as mulheres são submetidas. Segundo Santos (2016), tal domínio é

reforçado pelo modo de produção capitalista que, na busca por maiores lucros e formas de subsistência, se apropria do patriarcado como forma de controle sobre a vida, o corpo, a sexualidade, e a capacidade reprodutiva das mulheres.

Em concordância, Barreto (2018) nos apresenta o sistema capitalista como um sistema de dominação masculina marcado pela expropriação, opressão e exploração das mulheres, o qual “(...) se mantém sob uma base material sólida e ancora-se numa economia doméstica e na violência sexista, a qual garante a produção diária e a reprodução da vida” (BARRETO, 2018, p.315). Sem a exploração das mulheres, o processo de acumulação do capital não seria possível, visto que são elas as produtoras e reprodutoras da força de trabalho, elemento essencial para a manutenção do sistema capitalista.

Sendo assim, pode-se considerar que a violência obstétrica é um resultado da busca pelo domínio masculino dos conhecimentos relacionados à sexualidade e capacidade reprodutiva da mulher que teve início no século XVIII e se institucionalizou no século XX com a transição do modelo de assistência ao parto familiar/domiciliar para o parto medicalizado/“hospitalocêntrico”. Tal violência encontra-se respaldada pelo ideário de inferioridade feminina, onde o corpo da mulher torna-se objeto da intervenção médica, sobre o qual ela não possui nenhuma autonomia ou poder de decisão, estando assim, sujeita a situações onde tem os seus direitos violados.

Nesse sentido, a violência obstétrica configura-se como uma expropriação dos direitos sexuais e reprodutivos¹⁷ da mulher. Podemos compreender por expropriação a privação, a retirada ou a separação das pessoas das condições e/ou recursos necessários para a produção e reprodução da vida social, sendo o afastamento dos meios necessários para a manutenção da vida social realizado de formas ilícitas, ilegítimas ou violentas.

Para Barreto (2018):

A categoria expropriação, utilizada por Marx em *O Capital*, permanece atual ao se manifestar na retirada violenta da propriedade da terra e dos instrumentos de trabalho, ao mesmo tempo que adquire novas expressões e significados, pela mercantilização dos direitos sociais, da natureza e da

¹⁷De acordo com a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, “os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência” (PLATAFORMA DE BEIJING, 1995, par.96, p.179).

própria humanidade em mercadoria, como ocorre com a mercantilização do corpo das mulheres (BARRETO: 2018, p. 311).

Tendo seu papel social vinculado à esfera privada e a manutenção e reprodução da vida social, o corpo feminino passa a ser visto como uma máquina a ser explorada pelo capital por sua função reprodutiva. A mulher torna-se o objeto de trabalho do médico que agora passa a ser o encarregado de trazer ao mundo um bebê perfeito, devendo prevenir possíveis “falhas” que o ‘corpo-máquina’ feminino possa apresentar durante o período gestacional e durante o parto. Utilizando de um modelo de assistência tecnocrático e interventivo, a assistência ao parto acaba por reproduzir ações que culminam na manutenção e no avanço da violência obstétrica, onde as parturientes passam a ser privadas de direitos humanos fundamentais como: o direito a autonomia, direito à vida, a não discriminação, a saúde sexual e reprodutiva, e a manutenção de sua integridade física.

Em resposta ao modelo tecnocrático hegemônico de assistência ao parto surge o movimento de humanização do parto e nascimento. Os primeiros traços desse movimento se iniciam por volta de 1950 a partir do movimento feminista que, de acordo com Lopes (2016), passa a apresentar como uma de suas pautas questionamentos sobre a medicalização e a transformação do parto em um acontecimento médico e patológico.

Conforme nos mostra Zanardo et al (2017), o movimento de humanização do parto tem no final da década de 80 sua consolidação, tendo como base principal as recomendações a Organização Mundial da Saúde (OMS), que buscam incentivar a realização de partos por via vaginal, a modificação da rotina hospitalar pré-estabelecida e a diminuição de intervenções consideradas desnecessárias. Para além do pensamento arraigado no senso comum, a humanização do parto e do nascimento perpassa a imagem de um parto domiciliar, que pode ser realizado em uma banheira e com um fotógrafo pra registrar o momento, a humanização do parto está ligada diretamente a conceder a parturiente os seus direitos garantidos por lei, e principalmente o direito de ser a protagonista desse evento fisiológico, tendo autonomia e poder de decisão sobre os processos que culminarão no nascimento de seu bebê(CHAUVET,2013, s/n).

A difusão da luta pela humanização do parto no Brasil vem acompanhada ao primeiro movimento social em prol de mudanças no modelo de assistência ao parto, o REHUNA (Rede de Humanização do Nascimento). Tal movimento em sua Carta

Fundadora, datada de 1993, já apresentava um quadro de violação dos direitos e de desrespeito a mulher no processo de parto e nascimento, apontando a necessidade de ações que garantissem uma assistência as gestantes, parturientes e puérperas mais humanizada, como nos informa Pereira (2007). Ainda, de acordo com documento do REHUNA:

No parto vaginal, a violência da imposição das rotinas, das interferências obstétricas desnecessárias perduram e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais e cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA,1993, p.1).

O movimento de humanização busca se reafirmar e legitimar o seu discurso baseando-se em alguns aspectos fundamentais do que de fato significa humanizar o parto e o nascimento (DINIZ, 2005). Sendo assim, a humanização tem como bases fundamentais a legitimidade da medicina baseada em evidências, movimento científico que surge concomitante ao movimento de humanização e que busca, através de evidências científicas, garantir a eficácia e a segurança dos procedimentos em que se baseiam os cuidados médicos. Segundo Zanardo et al (2017), o movimento de humanização passa a incorporar os conhecimentos trazidos pela medicina baseada em evidências para fortalecer a sua crítica ao modelo de assistência tecnocrático, visto que tal modelo estaria baseado em um conjunto de crenças sobre o corpo feminino e sua incapacidade de pleno funcionamento.

Assim, buscando legitimar a luta pela mudança nas formas de se parir o movimento de humanização passa, conforme evidências científicas e com base no que fora preconizado pela OMS, a construir os seus princípios e traçar seus objetivos, sendo eles: esclarecer os riscos de práticas obstétricas consideradas desnecessárias; resgate do nascimento como um evento fisiológico, cultural e social; incentivo da autonomia feminina e seu poder de decisão sexual e reprodutivo; divulgação e adesão das recomendações feitas pela OMS para um parto vaginal com mínima intervenção, entre outros (REHUNA, 1993).

Apresenta-se também como uma das bases que compõe o movimento de humanização do parto e nascimento a reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao parto, o que Diniz (2005) chama de “assistência baseada nos direitos”, onde há a promoção de uma assistência ao parto segura e não violenta, que possibilite a parturiente a liberdade de exercer sua autonomia e seu poder de decisão sobre os procedimentos que se possam se fazer necessários.

Dessa forma, a humanização do parto está diretamente ligada ao fortalecimento e ampliação do acesso aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres.

Para a autora:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005, p.635).

É diante da percepção da humanização como uma transformação necessária a assistência através da medicina baseada em evidências, da assistência baseada na garantia dos direitos humanos, entre outras abordagens, que o Ministério da Saúde passa a promover iniciativas que buscam ofertar uma assistência humanizada ao parto. A humanização do parto como Política Pública de saúde se dá nos anos 2000, com o lançamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), onde a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos da mulher se caracterizam como elementos fundamentais na estrutura do programa.

Nos princípios do PHPN (BRASIL, 2002) encontram-se preconizados como direitos das mulheres em período gestacional atendimento digno e de qualidade nas diferentes fases da gestação, indo desde o acompanhamento adequado no pré-natal até assistência humanizada no parto e pós-parto, visando assegurar não apenas os direitos assistenciais da parturiente, mas também ao recém-nascido.

Conforme o PHPN,

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5-6).

Apesar dessa conceituação, a humanização em saúde como política pública não se restringe apenas ao momento do parto e do nascimento, considerando que, no ano de 2003, foram propostas mudanças para a assistência em saúde com o

lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. Tal política tem por objetivo, através da adoção de mudanças nos modos de se gerir e cuidar, garantir que o cotidiano dos serviços de saúde sigam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: “I - universalidade de acesso aos serviços; II - integralidade de assistência (...); III - preservação da autonomia; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação”, entre outros (BRASIL, 1990).

A PNH busca humanizar o SUS por meio de estratégias construídas entre trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de saúde, tendo como princípios: a) Transversalidade – a PNH deve estar presente nos diferentes programas e políticas do SUS, ampliando o contato e a comunicação entre pessoas e grupos, promovendo mudanças nas relações de poder; b) Indissociabilidade entre atenção e gestão – para que a promoção da atenção em saúde ocorra de forma satisfatória é necessário que trabalhadores e usuários entendam como funciona a gestão dos serviços e busquem participar ativamente dos processos de tomada de decisão; c) Protagonismo e autonomia dos sujeitos coletivos – usuários e trabalhadores desempenham papéis importantes para um SUS humanizado (BRASIL, 2013). Assim, a PNH procura estabelecer uma assistência humanizada em saúde por intermédio do trabalho cooperativo entre os gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Posteriormente, em 2005, o Ministério da Saúde instituiu, através da portaria nº 1.067/GM de 4 de julho, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, cujas ações previstas buscam promover, prevenir e assistir as gestantes e aos recém-nascidos com objetivo principal de acolher a mulher desde o período inicial da gestação até parto e puerpério, garantindo sua saúde, segurança e bem-estar, bem como do bebê. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em concordância com o PHPN e o PNH, valoriza ações que garantam a autonomia e o protagonismo da mulher, que deve receber durante todo o período gestacional uma atenção de qualidade que, de acordo com os princípios da referida política, está diretamente relacionada a:

provisão de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005, p. 3).

Na luta pela garantia do direito da mulher ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante a gestação, parto e pós-parto, assim como o direito da criança a um nascimento e desenvolvimento saudável e seguro, o Governo Federal lançou no ano de 2011, através da portaria nº 1.459 de 24 de junho, a Rede Cegonha. Este programa leva em consideração o PHPN, o PNH, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e a lei nº 11.108/05 (que diz respeito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto), visando garantir, através do cumprimento de tais determinações, a qualidade do atendimento ofertado pelo SUS (BRASIL, 2011).

No ano de 2014 há a elaboração, pelo então deputado Jean Wyllys, do Projeto de Lei 7633/14¹⁸, que defende a humanização da assistência à mulher e ao bebê desde o início da gravidez até o período puerperal, incluindo também o direito ao aborto, seja ele espontâneo ou provocado. De acordo com o PL 7633/14,

A assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente: I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto; II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90; III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor; IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio; V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2014).

O PL visa garantir os direitos das gestantes, incluindo o direito à privacidade, a ser protagonista do parto, o direito de ser informada sobre sua saúde e a sobre a saúde do bebê, incluindo possíveis intervenções que venham ser realizadas, o direito a presença de um acompanhante e também a criação de um Plano de Parto

¹⁸ O projeto de Lei segue em tramitação.

Individual¹⁹, documento que deve ser seguido e respeitado durante a gestação, devendo haver alterações apenas em situações em que haja risco para a mãe e para o neonato. Em seu 13º artigo, o projeto de lei 7633/14 reconhece a violência obstétrica como uma violência contra a mulher e busca em seu título II propor medidas que visam à erradicação desse tipo de violência, entre elas, destacam-se o art. 18º que ressalta a importância da disseminação da informação como mecanismo de enfrentamento e prevenção, e o art. 19º que torna obrigatória a implementação de conteúdos relacionados ao atendimento à saúde da mulher e do recém-nascido as diretrizes curriculares dos profissionais da saúde.

Os referidos projetos, programas, políticas e leis visam garantir o acesso das mulheres a um parto humanizado, onde seus direitos sexuais e reprodutivos sejam respeitados, e seu protagonismo seja restabelecido. Podemos perceber então que, a humanização do parto surge como um movimento de contracultura frente à hegemônica assistência gestacional baseada no modelo tecnocrático, modelo esse que podemos observar ser um mecanismo por meio do qual são reproduzidas ações e condutas que elevam os casos de violência obstétrica.

Nesse sentido, a humanização do parto busca proporcionar à mulher uma vivência de parto onde ela possa assumir o seu papel de protagonista, podendo decidir onde e como terá o seu bebê. Para tal, é necessário que a parturiente conheça as vias de parto disponíveis, e seja informada dos procedimentos que costumam ser realizados, podendo optar pela alternativa que melhor atender a sua vontade. Esse modelo de assistência ao parto procurar lidar com o parto de maneira mais fisiológica, evitando ao máximo intervenções e dando maior liberdade a parturiente para se alimentar, se movimentar e para “ditar as regras”.

Diante do exposto, buscaremos agora compreender o papel que o profissional de serviço social exerce, como profissional da saúde, na luta pela garantia dos direitos inerentes a mulher na assistência ao parto, em específico no parto humanizado. Veremos a seguir como a assistente social passa a ser um profissional da saúde e qual a importância da sua atuação diante de um modelo de assistência ao parto que busca se contrapor ao modelo tecnocrático e da violência obstétrica.

¹⁹Documento elaborado logo após o diagnóstico da gestação, que deve conter um cronograma da gestação e a manifestação das vontades da gestante, como quem irá acompanhá-la, local onde pretende parir, os profissionais que a atenderão, o uso ou não de medicamentos, etc.

3- A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO PARTO

3.1- Compreendendo a profissão

Para que possamos compreender melhor a inserção da assistente social no amparo as mulheres em período gestacional e como este pode se juntar aos demais profissionais da saúde na luta pelo projeto de humanização do parto e nascimento, é necessário realizar uma breve trajetória da profissão, entendendo assim como ela surge, como a assistente social passa a atuar no âmbito da saúde e como, a partir do seu código de ética e projeto ético político, torna-se um agente importante frente à humanização do parto.

Assim, será elaborado um breve histórico de como o Serviço Social surge enquanto profissão na sociedade brasileira, para que a partir de sua história possamos compreender qual o papel desempenhado por este profissional e como ele se correlaciona com a temática abordada na construção do presente TCC.

O Serviço Social enquanto profissão se institucionaliza durante a consolidação do capitalismo monopolista, visando atender as demandas geradas pela relação capital x trabalho. No Brasil essa institucionalização se dá na década de 1930, com o apoio do Estado, da burguesia e da Igreja Católica, buscando enfrentar as expressões da chamada “questão social”, sendo esta a matéria-prima e justificativa para a consolidação da profissão na divisão social técnica do trabalho.

De acordo com Yazbek (2009),

A Questão Social é expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo. Suas diversas manifestações são indissociáveis das relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema e nesse sentido a Questão Social se expressa também na resistência e na disputa política (YAZBEK, 2009, p.3).

Segundo a autora, para compreender a profissão dentro da sociedade capitalista é necessário apreender o conceito de reprodução social na qual, dentro da tradição marxista, a reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade da vida social, que atravessa as diversas dimensões e expressões da vida. É a reprodução de determinado modo de vida, do cotidiano, de valores, de práticas culturais e políticas e do modo como se produzem ideias nessa sociedade.

Tal processo de reprodução é complexo, pois ao criar condições para a reprodução da sociedade de classes, recria ao mesmo tempo conflitos e meios de superá-la. Assim, o Serviço Social se desenvolve no contexto das relações de

classe, sendo sua prática profissional polarizada entre os interesses de classe, não podendo ser pensado de fora deste contexto.

Apesar de na atualidade o Serviço Social brasileiro estar fortemente vinculado ao marxismo, em suas protoformas²⁰ a profissão sofreu forte influência da Igreja Católica, que foi a responsável pela construção de seu ideário político e pela formação dos primeiros assistentes sociais. Por possuírem como referencial teórico a doutrina social da igreja, o tomismo e o neotomismo, os primeiros assistentes sociais enxergavam a questão social não como um resultado da relação existente entre capital x trabalho, mas sim como uma questão moral, que seria solucionada através do reajuste do indivíduo.

Iamamoto (2006, p. 190) nos afirma que “os relatos existentes sobre as tarefas desenvolvidas pelos primeiros Assistentes Sociais demonstram uma atuação doutrinária e eminentemente assistencial”, atuação essa que consistia no reajuste moral dos usuários e na manutenção da ordem social vigente. É por volta da década de 1940, que o conservadorismo católico presente na profissão passa a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano que se baseava na teoria social positivista, enxergando os fatos como dados, buscando ajustar o sujeito e conservar a ordem estabelecida através de técnicas na atuação profissional.

O chamado Serviço Social tradicional, que tinha por característica uma prática profissional coercitiva onde a questão social era vista como um resultado do desvio de caráter dos indivíduos passou a ser questionado em meados da década de 1960, quando as alterações feitas na reorganização do Estado e na sociedade por meio da autocracia burguesa exigiram uma modernização e especialização na atuação profissional dos assistentes sociais, o que levou a profissão a se reformular, como nos aponta Netto (2005).

Nesse período, denominado pelo autor de “modernização conservadora”, o Serviço Social passou a pensar criticamente a sua atuação profissional e iniciou sua busca por novas fontes teórico-metodológicas, procurando assim atender as demandas de modernização impostas pelo Estado. É a partir desse momento que se inicia o movimento de renovação do Serviço Social, que possibilitou o avanço da

²⁰ Primeiras formas pelas quais a profissão se apresenta a sociedade, isso é, as primeiras práticas profissionais que eram regidas pelo ideário católico, baseado na caridade, na filantropia e no reajuste do indivíduo a sociedade.

profissão na sua busca por maior validação teórica e legitimação da sua prática profissional.

Em meados da década de 70, o Serviço Social se aproximou da tradição marxista e começou a pensar sua atuação profissional através da chamada “intenção de ruptura” que propôs um afastamento do Serviço Social tradicional e fez uma crítica ao que Netto (2005, p.159) chama de “herança teórico-metodológica do pensamento conservador”. Nos anos 80, essa perspectiva passou a direcionar, ainda que parcialmente, a atuação profissional.

Na década de 90 o Serviço Social assumiu uma posição crítica, se posicionando contra o ideário conservador e tradicional da profissão, através da Lei de Regulamentação da Profissão e do Código de Ética do assistente social, de 1993. Iamamoto (2006) afirma que a mudança radical da nas bases normativas da profissão, tanto na sua interpretação teórico-metodológica, quanto nos seus valores éticos e políticos levaram a construção de um Código de Ética profissional que está baseado em valores humanistas para o exercício crítico da atuação profissional na vida cotidiana.

São, segundo a autora, pontos centrais do Código de Ética profissional:

O reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos; A defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; A defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia – da socialização da participação política e da riqueza produzida; O posicionamento a favor da equidade e da justiça social, que implica a universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática; O empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, e a garantia do pluralismo; O compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais e trabalhadores (CRESS-7, Região, 2000).

A prática profissional da assistente social passou, a partir do ideário teórico-metodológico baseado no materialismo histórico dialético de Marx, a levar em consideração o contexto histórico e social vivenciado, para que assim pudesse construir as respostas as demandas que se apresentavam em seu cotidiano, tendo como base para a sua atuação a Lei de Regulamentação da Profissão, seu Projeto Ético-Político e o Código de Ética de 1993.

3.2- Atuação da Assistente Social como profissional da saúde e a assistência ao parto

Segundo a Constituição Federal de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e tal direito deve ser garantido por meio de políticas sociais que busquem promover o acesso a todos de forma igualitária e universal, reduzindo os riscos de doença, e garantindo a proteção, recuperação e promoção da saúde.

O conceito de saúde expresso na Lei 8.080/90 nos mostra que os fatores determinantes e condicionantes para a ausência de doenças são, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Assim, podemos perceber, através desses fatores, que diversas expressões da questão social podem vir a influenciar na saúde.

Como vimos anteriormente, é sabido que

a “questão social” expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2006, p.17).

A questão social é o objeto de trabalho da assistente social, sendo assim, este profissional, de acordo com a resolução nº218/97 do Conselho Nacional de Saúde e a resolução nº383/99 do CFESS, passou a se caracterizar como profissional da saúde, buscando contribuir e responder às demandas apresentadas, viabilizando o acesso à informação, seja por meio de ações que busquem ampliar a educação social ou orientações.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação da Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), os profissionais de Serviço Social desempenham sua atuação em quatro grandes eixos, sendo eles: o atendimento direto aos usuários; a mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Esses grandes eixos têm por objetivo, respectivamente, fortalecer vínculos; estimular a participação dos usuários; entender melhor os determinantes de saúde na localidade; e melhorar a elaboração de programas e projetos por meio da educação continuada.

Embora sua qualificação não seja específica na área da saúde, a formação generalista dos assistentes sociais permite que tal profissional atue nessa área compondo equipes multidisciplinares com os demais profissionais presentes nas diversas unidades de bem-estar físico e mental, buscando identificar os fatores

sociais que interferem em sua promoção e facilitando aos usuários o acesso a informações e direitos.

Dessa forma,

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria-fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 2005, p. 9-10).

Como profissional da saúde, os assistentes sociais são chamados a viabilizar junto aos demais trabalhadores, a continuidade da Política Nacional de Humanização (PNH) visando promover um atendimento humanizado em saúde. Segundo os parâmetros para atuação profissional elaborado pelo CFESS (2010), é necessário que a assistente social possua clareza sobre a concepção de humanização e busque responder a essa demanda com base no projeto ético político do Serviço Social.

Diante disso, a assistente social passou a atuar na saúde como um profissional capaz de atender as demandas trazidas pela Política de Humanização (PNH), que tem entre seus princípios e diretrizes: o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos; estímulo de práticas resolutivas; racionalização e adequação do uso de medicamentos, para eliminar intervenções desnecessárias; sensibilizar as equipes de saúde quanto a questões de violência intrafamiliar²¹ e preconceitos (racial, sexual, religiosos, etc) buscando promover uma recepção e atendimento num ambiente acolhedor e confortável; entre outros (BRASIL, 2004).

Para Chupel e Mioto (2010), o acolhimento é uma das principais diretrizes da PNH que se apresenta como uma das funções do assistente social, e deve ser desenvolvido por uma perspectiva crítica, onde o profissional busca integrar a

²¹ Violência intrafamiliar é um problema social que afeta a nossa sociedade, atingindo principalmente mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

atenção através da escuta qualificada²² e a viabilização de direitos, entendendo que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

Através dessa perspectiva crítica a categoria humanização, demonstrada por ações que buscam tornar o atendimento mais humano, mais afável, confortável e etc, trona-se uma das bases para o trabalho do Assistente Social, pois em um país marcado por desigualdades e expropriação de direitos, a humanização da atuação desse profissional não busca incentivar a individualização ou psicologização das situações, mas sim compreender que é dever do profissional atuar na perspectiva da garantia da equidade e dos direitos.

Conforme já explicitado anteriormente, a intenção deste estudo é compreender como a assistente social atua na assistência ao parto, junto aos demais profissionais da saúde, para a partir desse entendimento reafirmarmos sua importância frente a humanização do parto e do nascimento no Brasil. A princípio, durante a construção do projeto de TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), planejei compreender essa atuação profissional de forma participativa, através do trabalho de campo em duas instituições públicas no Rio de Janeiro, a Casa de Parto David Capistrano e o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda.

A Casa de Parto David Capistrano encontra-se localizada no bairro de Realengo, foi inaugurada em março de 2004 e se institui como um Centro de Parto Normal (CPN) comunitário. A Casa de Parto se constitui como uma unidade de saúde em funcionamento por vinte e quatro horas que realiza atendimento as gestantes de baixo risco e atua em parceria com a maternidade de referência localizada a sete quilômetros de distância, o Hospital Mariska Ribeiro. Por ser um CPN, tem por objetivo promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência o parto natural, com o mínimo de intervenções, garantindo a participação e o protagonismo da mulher, buscando desconstruir o modelo hegemônico e medicalizado do parto na atualidade (PEREIRA, 2007).

A Casinha, como é popularmente conhecida, conta com uma equipe composta por enfermeiras obstétricas, técnicos de enfermagem, nutricionista e assistente social. Por sua proposta contra hegemônica de desconstrução do parto como um evento controlado pela medicina, cheio de normas e rotinas impostas, a

²² Entende-se por escuta qualificada na perspectiva do acolhimento como uma escuta centrada no usuário, buscando através das suas falas acolher e ampliar a compreensão sobre a experiência e vivência trazida por ele, conferindo um novo olhar para o está sendo apresentado. É por meio da escuta que se torna possível construir as respostas as necessidades apresentadas pelo usuário.

casa de parto não conta com a participação de médicos, sendo os casos de urgência transferidos para o hospital de referência²³.

O Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda foi inaugurado há oito anos, em 13 de maio de 2012 e está localizado no Centro da cidade do Rio de Janeiro. A unidade é uma das principais referências em partos humanizados no município, contando com um índice de cesarianas de apenas 28%, taxa menor do que a média registrada pelo ministério da saúde no país, que chega a ser mais de 50% dentre os partos realizados.

O Hospital Maternidade, diferente da Casa de Parto David Capistrano, atende as gestantes de alto risco, contando com uma equipe multiprofissional. Conta com 111 leitos divididos entre alojamentos conjuntos, unidade neonatal, Unidade de tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Além de ser referência em humanização, a instituição também conta com ações de atendimento psicológico e social às mulheres e familiares em período gestacional e puerperais, bem como campanhas que buscam promover o planejamento familiar, e promoção de assistência a mulheres vítimas de violência. A instituição realiza ainda abortos nas condições autorizadas pela legislação²⁴.

Guardadas as especificações de cada instituição que iria compor nosso universo de estudo, é importante ressaltar que no período previsto para dar início à pesquisa de campo, em março de 2020, nosso país e o restante do mundo foram atravessados pela Pandemia do Covid- 19, um acontecimento que nos forçou a mudar planos e a nos distanciar socialmente como maneira de preservação de nossas vidas. A pandemia trouxe consigo a necessidade de adaptarmos nossas atividades, que antes ocorriam de forma presencial, para atividades remotas, motivo pelo qual foi necessário modificar o planejamento realizado durante a construção do projeto deste trabalho.

No que tange as atividades da nossa Universidade, devido ao processo de isolamento social como medida de combate a pandemia pelo novo Covid-19, houve

²³ Informações disponíveis no site da casa de parto: <http://smsdc-casadeparto.blogspot.com/p/quem-somos.html>.

²⁴Todas as informações sobre o Hospital Maternidade foram retiradas de matérias encontradas em sites na Internet, pois não foram encontradas fontes oficiais que oferecessem informações sobre o mesmo: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/05/prefeitura-inaugura-maternidade-com-tecnologia-de-ponta-no-centro-do-rio.htm>. e <https://saudebusiness.com/mercado/hospital-maternidade-maria-amelia-buarque-de-hollanda-celebra-6-anos-com-cerca-de-30-mil-partos-realizados>.

a suspensão das atividades acadêmicas pelo comunicado oficial: “Atividades acadêmicas e concursos suspensos a partir de 16/3/2020”. A portaria nº 1287/2020, modifica a Portaria nº 1209/2020/GABREI, de 30/03/2020, que dispõe a adoção de medidas de prevenção da disseminação do Coronavírus (COVID-19), no âmbito da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e institui temporariamente a modalidade de Teletrabalho por meio da execução do Trabalho Remoto e outras providências.

Na tentativa de me manter fiel a ideia de desvelar a atuação profissional nas duas unidades citadas procurei entrar em contato de forma remota, via telefone e e-mail, porém não obtive retorno, o que me levou a optar por dar continuidade à pesquisa bibliográfica, buscando entender, de forma geral e em uma dimensão teórica, como se daria a atuação profissional de assistentes sociais nas unidades hospitalares de assistência ao parto. Deste modo, como foi necessário um novo planejamento de coleta de dados para a finalização deste TCC, cabe mencionar que também tivemos a limitação de não podermos contar com a infraestrutura institucional de nossa biblioteca universitária, sendo todo o levantamento bibliográfico realizado de forma virtual/digital.

Como dito anteriormente, a atuação profissional da assistente social encontra-se respaldada na Lei de regulamentação da profissão e no seu código de ética profissional, contudo, por ser a saúde um espaço de atuação com demandas específicas, iremos abordar a sua atuação profissional na assistência ao parto a partir do documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” elaborado pelo CFESS.

As ações do assistente em saúde devem estar para além das rotinas pré-estabelecidas de caráter emergencial e burocrático, buscando ter uma direção socioeducativa por meio da qual seja possível identificar e trabalhar as determinações sociais que venham a ser apresentadas pelos usuários, de forma que a participação dos mesmos seja garantida, assim como o seu acesso a informações (CFESS, 2010).

Na assistência ao parto o foco do profissional encontra-se no atendimento direto a parturiente, podendo ocorrer através de atendimentos individuais e/ou coletivos que buscam reconhecer suas reais condições de vida e identificar suas demandas.

Configura-se também como atribuição do Serviço Social, de acordo com o CFESS (2010), a atuação em conjunto com os demais profissionais da saúde em ações onde haja a democratização de informações por meio de orientações e encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária. A assistente social poderá atuar na assistência ao parto junto aos demais profissionais promovendo rodas de conversas, debates e oficinas que possibilitem a mulher, durante o período gestacional, adquirir conhecimentos que possam a vir a garantir e ampliar o acesso a direitos.

Nesse sentido, por meio da compreensão da violência obstétrica como uma das muitas expressões da questão social, que se manifesta através da violência de gênero e da violação dos direitos humanos, reprodutivos e sociais, a assistente social, como profissional da saúde, é de extrema importância na luta a favor da humanização do parto e nascimento no Brasil, pois o movimento de humanização se encontra respaldado em seu projeto ético político profissional.

Conforme Netto,

(...) este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2006, p.15-16).

Durante a construção do presente trabalho houve uma grande dificuldade em encontrar textos que compusessem um referencial teórico que abordasse a atuação profissional, em específico, na assistência ao parto humanizado. Na realidade, a partir do levantamento realizado, foi encontrado apenas um ensaio acadêmico com essa temática em particular. A ausência e/ou a pouca visibilidade da temática no âmbito do Serviço Social aponta para a necessidade de ampliar o debate, de maneira que as reflexões e problematizações façam parte da formação profissional, garantindo assim uma atuação comprometida com uma assistência ao parto que busca, (também) por meio da humanização, a garantia de direitos.

Em seu artigo sobre “A Humanização do Parto e Nascimento: Contribuições do Serviço Social”, Souza e Araujo (2015), nos afirmam que a humanização

encontra respaldo no projeto ético-político da profissão e que esta deve ser considerada como um compromisso e uma preocupação profissional, pois é por meio da sua atuação como mediador no processo de legitimação da cidadania e de viabilização do acesso a direitos que a assistente social pode contribuir para que a mulher, em período gravídico, seja vista em sua totalidade.

Com base no trabalho de Souza e Araujo (2015), juntamente com o código de ética profissional de 1993, ressalta-se a importância da assistente social na luta pela humanização do parto no Brasil. Conforme foi pontuado anteriormente, o projeto de humanização constitui-se como uma proposta contra hegemônica ao modelo de assistência ao parto tecnocrático e medicalizado. Posto isso, veremos a seguir quais os princípios do Código de Ética do Serviço Social conversam diretamente com os princípios da humanização do parto.

O principal pilar da humanização do parto está na devolutiva do protagonismo feminino e na participação da mulher enquanto sujeito ativo durante todo o período gestacional e, especificamente, durante o parto. Tal objetivo encontra-se diretamente ligado ao primeiro princípio fundamental do código de ética profissional de 1993, a saber: *“I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”* (BRASIL, 2012, p.23).

Assim, ao atuar na assistência ao parto a partir dessa perspectiva, o profissional de serviço social pode, através de grupos de debate, rodas de conversa, encontros e outras atividades socioeducativas, se apresentar como um importante apoio para a retomada da autonomia feminina que se perdeu em meio ao modelo tecnocrático de assistência, e que alterou o parto para um momento patológico e medicalizado. A retomada dessa autonomia só pode ser garantida a partir do momento que essas mulheres têm conhecimento sobre as vias de parto e sobre os seus direitos, entendendo que apesar do sistema hierárquico existente, elas possuem liberdade e capacidade de participar e de se comunicar com os profissionais que estão ali para auxiliarem no parto. O reconhecimento da liberdade e da autonomia como base da humanização não pode ser desvinculado do princípio fundante que vem a seguir, pois é impossível garantir o protagonismo e a independência da parturiente quando os seus direitos previstos por lei não estão sendo garantidos.

O segundo princípio do Código de ética da assistente social se posiciona quanto a isso, pois está comprometido com a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (BRASIL, 2012, p.23). Dessa forma, em sua atuação profissional a assistente social ocupa, de acordo com Souza e Araújo (2015, p.3), o “*papel de mediador do acesso aos direitos e a legitimação da cidadania, sendo um profissional capacitado para a identificação dos determinantes sociais e apreensão de vulnerabilidades (...)*”.

Um exemplo da participação profissional na garantia de direitos às mulheres em momento do parto se dá, ainda, pela orientação profissional quanto a Lei nº 11.108/2005, que diz respeito ao direito da parturiente de ter um acompanhante de sua escolha durante todas as etapas da internação. A disseminação dessa informação, e o posicionamento profissional quanto à garantia de direitos da parturiente, pode representar um elemento fundamental para a consolidação desse direito conquistado e a recusa ao autoritarismo imposto pelo modelo de assistência ao parto tecnocrático.

Somente a partir da expansão da informação sobre os direitos garantidos às mulheres na legislação será possível superar a alienação presente no modelo vigente de assistência ao parto. Segundo Barroco (2010), a alienação se dá na vida cotidiana que se repete de maneira acrítica e automatizada, na qual não há contato entre o ser humano com as suas capacidades e potencialidades como criador e transformador da realidade. Para a autora, é apenas quando o homem atenta para as suas capacidades, e para as conquistas alcançadas pelo ser genérico²⁵ que esse se suspende da reprodução acrítica da vida cotidiana e alcança a emancipação.

A assistente social mediante o seu exercício profissional pode se tornar canal de divulgação e propagação dos direitos garantidos as mulheres em período gestacional, programando ações que busquem ampliar o debate sobre as políticas públicas em saúde da mulher, a Política Nacional de Humanização (PNH), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e quanto aos direitos sexuais e reprodutivos. A realização de ações voltadas para essa temática tem o poder de despertar a atenção das mulheres para as suas capacidades e para os

²⁵ O indivíduo na (re)produção da vida social reproduz a si mesmo, seus conceitos e valores, e o ser genérico que se expressa por meio das conquistas da humanidade. Ou seja, “o indivíduo social é ao mesmo tempo, enquanto portador do ser social, um ser genérico e uma expressão singular” (BARROCO, 2010, p.32).

seus direitos conquistados e garantidos por lei, tendo como resultado a emancipação humana e política²⁶ dessas mulheres.

Não obstante, o Código de Ética profissional de 1993, possui ainda mais dois princípios que se alinham diretamente ao ideário do movimento contra hegemônico de humanização do parto, que são:

V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças (BRASIL, 2012, p.23)

No cenário atual da assistência ao parto no Brasil, podemos perceber a partir da pesquisa Nascer Brasil, apresentada anteriormente, que a equidade, um dos princípios do SUS²⁷, que tem por objetivo diminuir a desigualdade não vem sendo garantida, pois o acesso aos serviços de assistência ao parto apresenta distinções quanto à qualidade do atendimento recebido pelas parturientes nas instituições públicas e privadas. Percebe-se que mulheres que possuem maior poder aquisitivo e acesso a instituições privadas possuem maior autonomia, participação e poder de escolha quanto às intervenções realizadas durante o parto. Souza e Araújo (2015) nos provocam a questionar: poderíamos entender diante desse quadro que a equidade e a justiça estariam diretamente relacionadas com o alcance do poder aquisitivo dos sujeitos?

Importante ressaltar que, no Brasil, o poder aquisitivo encontra-se intimamente vinculado a questões de raça, gênero e escolaridade, o que nos leva a questionar quem são as mulheres que estão recebendo atendimento e assistência de qualidade durante o período gestacional, parto e pós-parto, e quem são as mulheres que recebem um atendimento permeado de expressões de violência. A atuação profissional comprometida com a eliminação de todas as formas de preconceito busca, através de instrumentos e ferramentas, garantir que mulheres de baixa renda e escolaridade, em sua maioria negras, possam ter autonomia para decidir sobre as vias de parto disponíveis e sobre as intervenções que poderão ou não vir a ser realizadas em seus corpos nesse momento.

²⁶Souza e Domingues (2012) nos esclarecem que a emancipação política ocorre de forma parcial, pela burguesia, e diz respeito a exploração do homem pelo próprio homem e a sociedade de classes. Já a emancipação humana é universal, está vinculada ao proletariado e a superação da exploração do homem pelo seu igual, é a emancipação que elimina a sociedade de classes.

²⁷ Disponível no site do Ministério da Saúde: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>.

É necessário destacar também que, para além do cenário aqui apresentado para a atuação profissional da assistente social e dos ideais construídos pelo movimento de humanização do parto como uma nova abordagem de assistência, é preciso que o SUS se torne referência quanto a um modelo assistencial que busca respeitar os direitos e a autonomia feminina enquanto protagonista desse processo. De acordo com Cardozo, Dittrich e Oliveira (2017), para garantir um atendimento, de fato humanizado, é necessário que a mulher contrate um médico ginecologista e obstetra particular, ou uma equipe de parto domiciliar, pois parir em plantões hospitalares, seja da rede pública ou privada, demonstra ser um risco para aquelas que desejam dar à luz por via vaginal, podendo vir a sofrer intervenções sem prévio consentimento e justificativa.

Nesses termos, podemos perceber que a realidade de uma assistência ao parto humanizada no Brasil demanda um longo processo. No estado do Rio de Janeiro, as duas referências do SUS com essa perspectiva de atendimento são o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda e a Casa de Parto David Capistrano, o que se apresenta como um quantitativo insuficiente, visto que essas duas instituições localizadas no município do Rio compõem as 13²⁸ unidades de assistência ao parto do SUS que atendem a cidade. A oferta desse serviço de assistência fica concentrada em apenas uma área do Estado, o que requer que mulheres das demais regiões e que desejam ter um parto respeitoso e humanizado se desloquem de grandes distâncias para as maternidades de referência ou que contratem médicos e/ou equipes especializadas em uma assistência voltada para o protagonismo e autonomia feminina, o que não se constitui uma realidade acessível para mulheres de baixo poder aquisitivo, tornando o acesso a esse modelo assistencial seletivo e elitista.

Nesse cenário, entende-se que atuar na perspectiva do Programa de Humanização do Parto e Humanização no Pré-natal e Nascimento, que tem por princípios o acesso, a informação, a assistência ao parto, ao puerpério e ao nascimento, é tarefa que se alinha diretamente com as diretrizes postas no código profissional e se coloca como enfrentamento as desigualdades. A assistente social passa a ser articulador entre os demais profissionais da saúde, promovendo ações e atividades que visam ampliar e difundir informações, cumprindo o papel de mediador

²⁸Informação disponível no site do Governo do Estado do Rio de Janeiro: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>.

no processo de acesso aos direitos. Assim, a assistente social coloca-se frente à humanização do parto como profissional de extrema importância, visto que a partir de sua atuação e da sua capacidade de identificação das demandas sociais pode intervir de forma direta na qualidade de vida e saúde da parturiente.

3.3- Breve panorama da assistência ao parto e atuação profissional da assistente social durante a pandemia

Como abordamos anteriormente, o momento que vivenciamos atualmente, devido à pandemia causada pelo Coronavírus, causou impactos em todas as dimensões da vida cotidiana, sendo necessárias adaptações para que os variados setores e serviços continuassem funcionando. Buscaremos então, fazer um breve relato dos impactos na assistência ao parto e na atuação profissional do assistente social.

O novo Coronavírus, cientificamente denominado como Sars-Cov-2, é responsável pela propagação da doença classificada como COVID-19. Devido ao seu alto índice de propagação e sua facilidade de transmissão quando há contato com pessoas infectadas, o COVID-19 configura-se como uma pandemia em escala mundial, que vem causando um crescente número de óbitos. As manifestações dessa doença são em sua maioria respiratórias, podendo ser letais quando associadas a condições prévias de saúde, como: problemas cardiovasculares, diabetes, pessoas em idade avançada (com mais de 60 anos), gestantes e puérperas, entre outros (BRIGAGÃO et al, 2020).

Embora não existam evidências de que o vírus seja transmitido ao bebê durante a gestação ou parto, a inclusão de mulheres grávidas e puérperas no grupo de risco se justifica pelas alterações que ocorrem no sistema imunológico em resposta a infecções virais que podem vir a agravar os sintomas da doença. Volpato et al (2020) nos indica que é comum que mulheres apresentem, especialmente em período gestacional, parto e pós-parto, maior vulnerabilidade ao novo coronavírus, o que também culmina em maior risco de contágio ao bebê, já que ainda há uma lacuna quanto às informações precisas sobre a infecção pelo vírus durante esse período na vida das mulheres.

Diante disso, diversos órgãos governamentais e instituições científicas de todo o mundo tem procurado elaborar recomendações e estratégias em uma

tentativa de garantir aos profissionais da saúde que atuam diretamente com as gestantes o acesso a informações organizadas e sistematizadas sobre o Covid-19 e a saúde materno-infantil.

São recomendações do Boletim COVID-19 (2020), que seja dada continuidade a assistência pré-natal, visando acompanhar a gestação de forma a detectar e intervir de forma precoce sobre situações que apresentem risco a gestante e ao bebê. A manutenção de um pré-natal de qualidade se constitui fator determinante nos índices de promoção da saúde da mulher e do neonato, sendo responsável pela diminuição dos principais fatores que levam a mortalidade materno-infantil.

Recomenda-se que o direito a acompanhante previsto na lei nº 11.108/2005 seja respeitado, sendo estabelecidas algumas especificações que devem ser observadas pela gestante, de maneira que seja garantido não apenas o seu direito de possuir um acompanhante de sua escolha, mas também sua saúde e a da equipe de saúde. Sendo assim, a pessoa escolhida pela gestante deve estar fora do grupo de risco, não apresentando doenças pré-existentes, sintomas do covid-19 e não deve ter tido contato com pessoas que apresentaram sintomas ou foram diagnosticados com a doença. É de extrema importância que o plano de parto seja mantido e continue a ser ferramenta de garantia de direitos da mulher, evitando intervenções desnecessárias e consequentemente casos de violência obstétrica, deve ainda estar indicado no plano de parto uma ou mais possibilidades de acompanhantes, pois em caso de restrições, possa ser escolhida outra pessoa (BRIGAGÃO et al, 2020).

Quanto aos atendimentos nas unidades de saúde, o Boletim COVID-19 (2020), aconselha que as gestantes e puérperas não estejam aglomeradas em salas de espera, devendo haver uma separação entre as que apresentam sintomas das que são assintomáticas de uma distância mínima de dois metros, sendo imprescindível uma higienização constante do ambiente, e com uso constante de máscara. Os profissionais da saúde devem estar usando devidamente os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) e manter constante higienização das mãos. Se necessário, deverá haver remarcações das consultas pré-natais, e reuniões como rodas de conversa, debates e atividades em grupo estão suspensas em seu formato presencial. Em caso de profissionais da saúde que se encontram

em período gestacional, recomenda-se o afastamento do profissional ou a sua realocação, de forma com que não possua contato com pessoas sintomáticas ou com diagnóstico de Covid.

Quanto ao local de parto, o Boletim COVID-19 (2020) afirma que, partos realizados em domicílio e Centros de Partos Normais (como Casas de Parto) se configuram como ambientes seguros para o parto e nascimento, visto que são ambientes preparados para atender gestações de baixo risco e contam com o suporte de enfermeiras obstétricas e obstetrias qualificadas para a condução de partos naturais, contando com todo o aparato necessário para casos de emergência. Esses locais configuram-se como locais de baixa exposição ao vírus, já que atendem exclusivamente as gestantes. Entretanto, é preciso que a gestante esteja em plena saúde e sua gestação seja considerada de baixo risco, já aquelas que apresentam maiores riscos gestacionais ou sintomas/diagnóstico de Covid devem ser encaminhadas para partos em centros hospitalares, de maneira a garantir maior assistência à mãe e o bebê durante o parto e pós-parto.

No cenário pandêmico, a assistente social como profissional da saúde encontra-se na linha de frente junto aos demais profissionais no enfrentamento a Covid-19 e, diante disso, o conjunto CFESS/CRESS publicou, em março de 2020, notas de recomendação e orientações sobre o exercício profissional. O conjunto CFESS/CRESS constituem-se como autarquias públicas que tem por atribuição: orientar, normalizar, fiscalizar, defender o exercício profissional, disciplinar, bem como prestar consultoria aos órgãos públicos e privados em relação ao Serviço Social (NEGRI; SANTOS; KRUGER, 2020). Conforme expresso no Código de Ética da Assistente Social de 1993, artigo 3º, é compromisso ético da categoria “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (BRASIL, 2012, p.27). Portanto, a assistente social é chamada a trabalhar em conjunto aos demais profissionais na realização de atendimentos, coletas de dados, cadastros, orientações e encaminhamentos.

Conforme ressalta Guimarães et al (2020), de acordo com as notas de recomendação do conjunto CFESS/CRESS, a atuação profissional, diante do quadro pandêmico, deve permanecer guiada pelas normativas que norteiam o exercício profissional, sendo eles a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética

Profissional. O atual contexto exige do profissional respostas que direcionem a população e atendam às suas necessidades imediatas, sendo tais necessidades representadas por diversas expressões da questão social que se acentuam através do aumento da desigualdade social que acompanha a crise econômica e social advinda da pandemia do COVID-19. Logo, as entidades representativas da profissão buscam advertir que mesmo diante dos protocolos emitidos pelos órgãos e autoridades sanitárias e de saúde pública, a assistente social possui autonomia profissional sobre as escolhas e estratégias que adotará para a realização e flexibilização do seu atendimento aos usuários, sendo proibida a realização de ações que não competem ao exercício profissional, como realização de triagens dos pacientes sintomáticos e outras atividades que não se configuram como atribuições e competências do assistente social.

Importante registrar ainda que alguns seguimentos da categoria sofrerão maiores impactos do que outros, visto que os profissionais que atuam diretamente com a saúde encontram-se em risco direto de contágio com o novo Coronavírus e, com o objetivo de amenizar os riscos, orienta-se que sejam seguidas as proposições da Nota Conjunta nº2/2020 que predispõe sobre a segurança e proteção coletiva e individual e sobre o revezamento das escalas de trabalho (NEGRI; SANTOS; KRUGER, 2020).

A partir dessas questões, é possível perceber que ao mesmo tempo em que a assistente social se apresenta como profissional capacitado para realizar intervenções voltadas para a orientação social de pacientes, usuários e familiares, ele também se configura como trabalhador assalariado que encontra-se em posição de frente juntamente com os demais profissionais na luta contra o Covid-19. Sua atuação frente à pandemia possui caráter socioeducativo, tendo por objetivo a ampliação do acesso dos indivíduos a seus direitos sociais, por meio de estratégias e ações que tornem possível o acesso a orientações e informações sobre os serviços públicos ofertados, recomendações de enfrentamento, prevenção a pandemia, bem como a promoção de acesso a programas e benefícios sociais.

Para finalizar, considero oportuno questionar o cumprimento das recomendações aqui apresentadas para a assistência ao parto e para a atuação dos profissionais de serviço social, bem como os demais profissionais da saúde que estão atuando de forma incansável no combate ao Coronavírus. De fato, as

recomendações para a segurança e manutenção da saúde desses/as profissionais e parturientes vêm sendo respeitadas? Quantos/as profissionais foram impactados diretamente pela doença, inclusive, perdendo suas vidas? Quantas mulheres tiveram seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados durante a pandemia? Quantas tiveram acesso a um parto de fato humanizado e quantas foram submetidas a situações de violência obstétrica em nome da eficácia?

No presente momento essas questões permanecem sem resposta, mas espero que as provocações levantadas com presente trabalho contribuam para uma maior reflexão da categoria e para a ampliação do olhar sobre a temática que é tão cara e ainda tão inexpressiva no âmbito do Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão apresentada neste TCC, é possível perceber a trajetória percorrida pelos/as profissionais ligados/as à assistência ao parto ao longo dos anos, compreendendo que, mais do que um momento a ser vivenciado pelo feminino, o ato de dar à luz se configura também como um momento histórico e social, permeado pelos ideais e crenças que compõe a forma com que as relações sociais se produzem e (re)produzem em nossa sociedade. Até o século XIV, o parto era um evento de mulheres e entre mulheres, realizados na privacidade do lar, acompanhado e assistido por parteiras, pela mãe e outras mulheres próximas a parturiente.

Esse cenário, se caracterizou, por muitos anos, como um 'ritual' puramente feminino, onde a figura masculina não era permitida, sendo o parto um evento transcendental. Apenas no século XVII surge a figura do médico em casos extremos, nos quais a experiência e o conhecimento das parteiras encontravam limitações que colocavam em risco a vida da parturiente e do bebê. Parteiras e médicos passam então a trabalhar em conjunto, e é nesse momento em que a medicina passa a iniciar seus conhecimentos em torno da obstetrícia. O século XIX marca de vez a mudança, até então gradativa, do parto para a mão dos médicos e para os centros hospitalares em toda Europa, tal mudança chega também ao Brasil na metade desse século, encontrando certa resistência as mudanças na assistência as parturientes e se consolidando em nosso país apenas no século seguinte.

Apesar de uma aparente mudança baseada na busca por mais eficácia e diminuição dos índices de morte materno-infantil que eram incrivelmente altos na época, as transformações pelas quais o parto foi submetido apresentam também um viés político ideológico, vinculado ao período histórico e social em que tais mudanças ocorrem. A emergência da sociedade capitalista vem atrelada a um novo olhar da medicina sobre o funcionamento do ser humano e através desse viés consolida o projeto de medicalização e controle dos corpos que, segundo Vieira (2002), vai incluir também o corpo feminino que passa a ser controlado em diversos aspectos e principalmente por meio da obstetrícia e da ginecologia.

O controle do corpo feminino e de suas potencialidades, buscando a garantia da “produção” de um bebê perfeito, que mais adiante servirá como mão de obra que torna possível a produção e reprodução do sistema capitalista, torna o período gestacional e o momento do nascimento em um acontecimento que precisa ser rigorosamente acompanhado, de forma que nada fuja do controle, do planejado. Assim, a assistência ao parto se dá de forma intervencionista, padronizada, repleta de técnicas e centrada na figura do médico como detentor dos conhecimentos que asseguram a sobrevivência da mãe e do bebê.

Se antes a mulher era personagem principal no que dizia respeito ao parto e aos conhecimentos relacionados ao corpo grávido, hoje ela se apresenta como coadjuvante desse processo. O modelo tecnocrático, na busca pela eficácia da assistência, transforma o corpo feminino em objeto do saber médico, que passa a ser protagonista desse momento, sendo o responsável por decidir e dirigir a evolução do parto. Por muitas vezes leiga quanto ao processo que culmina no nascimento do seu bebê, a mulher passa a ser mera coadjuvante desse acontecimento, se distancia da sua relação com o seu próprio corpo, sua potencialidade e poder de decisão sobre os processos aos quais é submetida.

A perda da autonomia feminina quanto aos conhecimentos e capacidades do seu corpo, bem como sobre as decisões quanto aos processos a que possa vir a ser submetida ao dar à luz, têm se apresentando como consequências das transformações que a assistência ao parto sofreu até aqui. A medicalização do atendimento prestado as parturientes tem se apresentado como fator principal para elevados números de violência obstétrica, violência essa que ocorre no tratamento

desumanizado da equipe médica com a gestante, que pode variar indo da violência verbal e psicológica à violência física.

Nesse sentido, entendendo a humanização do parto como uma resposta possível ao combate à violência obstétrica, que também se configura como uma Política Pública de Saúde e, percebendo a(o) profissional de Serviço Social como uma(um) profissional capacitado para trabalhar na referida área, buscou-se neste TCC apresentar, defender e reforçar a importância da atuação da Assistente Social na consolidação e efetivação das ações que tornam possível o acesso a um serviço de saúde que ofereça um atendimento humanizado e respeitoso a mulheres em período gestacional, parto e pós-parto.

A consolidação de uma assistência ao parto humanizada se baseia no resgate da autonomia e na liberdade da mulher em escolher entre as alternativas que se apresentam para sua vivencia/experiência ao parir. Para tal, torna-se imprescindível que seja ampliado o debate sobre as vias de parto disponíveis, sobre os prós e os contras de cada procedimento realizado durante a gestação e o parto, buscado resgatar a participação ativa da mulher sobre as etapas que compõe esse momento. Entendemos que a medicina e os seus avanços nos beneficiaram de maneira inquestionável, mas, diante de um cenário de violência obstétrica generalizada, se faz necessário atentar para o quanto a medicalização de processos fisiológicos naturais vem desencadeando situações de violência, em função da soberania do poder médico.

Além do resgate da autonomia feminina, é impossível realizar uma assistência humanizada sem garantir direitos. A violência obstétrica se realiza a partir da expropriação da parturiente dos seus direitos sexuais e reprodutivos, do seu direito a presença de um acompanhante de sua escolha, e da dificuldade em acessar, seja no setor público ou privado, informações e serviços que lhe garantam uma gestação e parto que não ponham em risco a sua vida e a do bebê.

Diante disso, sendo a assistente social um profissional da saúde que, por sua formação generalista, encontra-se capacitado para atuar em uma equipe multidisciplinar buscando através da percepção dos determinantes que compõem a totalidade da vida social intervir de maneira propositiva no atendimento aos pacientes e familiares, esse pode vir a se apresentar como peça fundamental para a consolidação da humanização do parto.

Na assistência ao parto a assistente social se apresenta como mediador, educador e facilitador do processo de viabilização dos direitos garantidos às mulheres em período gestacional, podendo, além de contribuir com o acesso à informação, promover ações sócio educativas para parturiente e familiares, bem como fomentar o debate entre os demais profissionais da saúde envolvidos no processo, tornando possível um atendimento em ambiente acolhedor e humanizado.

O movimento de humanização do parto encontra-se diretamente vinculado aos princípios e diretrizes do Serviço Social e possui os mesmos ideais fundadores a partir dos princípios de seu Código de Ética profissional de 1993. Portanto, concluo que o profissional pode se alinhar com as bases fundantes da humanização do parto, tornando viável à parturiente a recuperação de sua autonomia e poder de escolha quanto aos processos que envolvem o parto e o acesso à informação sobre seus direitos garantidos por lei.

O presente trabalho buscou ampliar o olhar sobre a violência obstétrica e a atuação profissional da assistente social frente à humanização do parto, entendendo que esse é um movimento social e político, que se caracteriza como ferramenta crucial para rompermos com o ciclo de violência. O Serviço Social, enquanto profissão, se propõe a contribuir para a criação de uma nova ordem societária, e o desejo é que o presente trabalho seja parte de uma reflexão que nos leve à uma sociedade onde o período gestacional e o parto sejam vivenciados e experimentados a partir da humanização e da garantia de direitos de todas as mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n133/0101-6628-sssoc-133-0547.pdf>. Acesso em: 19 de abr 2020.

BADINTER, E. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRETO, M. F. Expropriação pela violência contra as mulheres: expressão da violência estrutural no capitalismo contemporâneo. In: Boschetti I. (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 311-339

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 8ª Ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 7633/2014**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785> . Acesso em: 27 de abr 2020.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em 30 de jul 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. HumanizaSUS – **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de set de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 de abr 2020.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.067, 04 DE JULHO DE 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 27 de abr 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 01 de ago 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 30 de jul. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 25 de abr 2020.

_____. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 27 de abr 2020

BRENES, A.C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte: COOMPEMED, 2005. 96p.

BRIGAGÃO, J. I. M. et al. Recomendações e estratégias para o enfrentamento do covid-19 durante a gestação, o parto, o pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido. In: **Boletim Covid-19**. 2020. Disponível em: http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2020/04/BOLETIM-3_versao-final.pdf. Acesso em: 25 de set 2020

CARDOSO, J. E. BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [1]: 35-52, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>. Acesso em: 25 de set 2020

CARDOZO, F. S. DITTRICH, M. G. E OLIVEIRA, A. C. D. C. de. A doula no processo de humanização e ressignificação feminista do parto. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen’s Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503370030_ARQUIV_O_FrancielleSilvanoCardozo_MM_FG.pdf. Acesso em: 01 de ago 2020.

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

CFESS. **Resolução CFESS 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

CHACHAN, A. S. **Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no brasil**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2006. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/A/Alessandra_Chacham_26.pdf. Acesso em: 24 de fev 2020.

CHAUVET, E. **O Renascimento do Parto**. Direção. [Filme – vídeo]. Roteiro de PAULA, Érica de. Brasil. Master Brasil Filmes. 2013. 90 min, doc/cor. Disponível: Netflix. Acesso em: 30 de mar 2020.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP: Campinas, v. IX, nº. 10, p.37-59, dez. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n 218 de 06 de março de 1997**.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). 12a Região. **A atuação do serviço social no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: CRESS, 2005 (Caderno de Texto; nº 7).

CORDEIRO, P. Sobre a expressão “dar à luz”. **Recanto das Letras**, 2012. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/gramatica/3841567>. Acesso em: 24 de fev 2020.

CPDCF. Casa de Parto David Capistrano Filho. Disponível em: <<http://smsdc-casadeparto.blogspot.com/>>. Acesso em: 30 de jul. 2020.

CRESS. 7ª Região- RJ. **Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções**. Rio de Janeiro: Lidador, maio de 2000.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER- Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 23 abr 2020.

DIAS, J. de F. **O renascimento do parto discurso e identidade**. Tese (Doutorado em Linguística) – Instituto de Letras, Universidade de Brasília. Brasília, p.248, 2007.

DINIZ C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 19 de abr 2020.

_____. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. 2015 – 25(3): 377-384. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 17 de fev 2020.

DINIZ, S. G.; CHACHAN, A. S.O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva** 2006, I(1):80-91 Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php.pdf>. Acesso em: 24 de fev 2020.

FOUCAULT M. O nascimento da medicina social. In: Machado R (organizador). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 79-98. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php.pdf>. Acesso em: 27 de jan 2020.

G1. Prefeitura Inaugura maternidade com tecnologia de ponta no Centro do Rio. 13 de maio de 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/05/prefeitura-inaugura-maternidade-com-tecnologia-de-ponta-no-centro-do-rio.html>. Acesso em: 31 de jul 2020

GUIMARÃES, A. da S. M. et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. **Health Residencies Journal**v. 1 n. 2 (2020): Pandemia COVID-19. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/37/21>. Acesso em: 29 de set 2020.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e**

trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 19º Ed. – São Paulo: Cortez, 2006.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, 2014. 30(Supl. 1), S17-S32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 26 de fev 2020.

LIMA, C D de O. **Acolhimento Humanizado às Gestantes de uma Maternidade de Referência no Município de Caruaru – PE. 2012.** Projeto de Intervenção (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

LOPES, V. F. **As ações do Serviço Social em relação à Política Nacional de Humanização em Hospitais.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/166078/TCC%20Vanusa%20F%20Lopes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 de abr 2020

MAIA, MB. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 22 de out 2019.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital;** [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo: Boitempo, 2013.

NEGRI, F. L.; SANTOS, M. T. dos; KRUGER, T. R. **Atuação da/o assistente social em face da pandemia da covid19: orientações técnicas elaboradas pelo conjunto CFESS/CRESS.** 2020. Disponível em: https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo_atuacaodoas.pdf. Acesso em: 29 de set 2020.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Capitalismo e reificação.** São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 8º Ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

PEREIRA, AL de F. **O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci.** Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp122061.pdf>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

REHUNA. **Carta de Fundação**. Campinas, 1993. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf>. Acesso em: 19 de mar 2020.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: UNFPA; 2007. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso em: 24 de fev 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Maternidades. 2020. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>. Acesso em: 01 de ago 2020.

RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revenferm UFPE on line.**, Recife, 12(1):236-46, jan., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. Acesso em: 02 de mar 2020.

SANTOS, A. C. dos; HUMBELINO, T. M.; SANTOS, I. A. dos. **Nós Sabemos Parir: o direito ao parto humanizado e o protagonismo da Mulher**. II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL, Londrina PR, de 04 a 07 de julho de 2017.

SANTOS, R. P. S. dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró - RN, 2016. Disponível em: <http://www.uern.br/controladepaginas/ppgssd-dissertacoes/arquivos/2528raissa.pdf>. Acesso em: 02 de mar 2020.

SOUZA, O. M. de. DOMINGUES, A. Emancipação política e humana em marx: alguns apontamentos. **REVISTA ELETRÔNICA ARMA DA CRÍTICA**. Número 4 – dezembro 2012. Disponível em: http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/artigo4_20131.pdf. Acesso em: 01 de ago 2020.

SOUZA, P. F. B. de. Araújo, V. N. F. de. **A humanização do parto e nascimento: contribuições do serviço social**. UNISUL – Santa Catarina, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Artigo-Priscila-F-B-de-Souza.pdf>. Acesso em: 30 de jul 2020.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A HISTÓRIA DO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL; DAS PARTEIRAS AO MÉDICO; DE SUJEITO A OBJETO. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

Venturi G, Godinho T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP, 2013.

VIEIRA, E M. **A medicalização do corpo feminino** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VOLPATO, F. et al. **Parto domiciliar planejado no contexto da covid19: informações para a tomada de decisão**. 2020. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/496/629/646>. Acesso em: 25 de set 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em: 19 de abr 2020.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS, 2009.

ZANARDO, G. L. de P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R. de; HABIGZANG, L. F. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc. [online]**. 2017, vol.29, e155043. Epub July 10, 2017.

ZORZAM, B; CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito**. 1º. ed. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/09/cartilha-WEB.pdf>. Acesso em: 22 de out 2019.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(66):721-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-1807-576220170194.pdf>. Acesso em: 27 de jan 2020.