

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO SOCIAL:  
UMA ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DO CONGRESSO  
BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS) DE 2016 E 2019**

**LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA**

**2021**



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

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO SOCIAL:  
UMA ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DO CONGRESSO BRASILEIRO  
DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS) DE 2016 E 2019**

**LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA**

*Sob a Orientação da Professora Dra.  
Simone da Cunha Tourino Barros*

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

Seropédica

Abril de 2021

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

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

C837v COSTA, Luciana de Oliveira, 1985-  
Violência Obstétrica e Serviço Social: Uma análise  
das produções do congresso brasileiro de assistentes  
sociais (CBAS) de 2016 a 2019 / Luciana de Oliveira  
COSTA. - Rio de Janeiro, 2021.  
75 f.: il.

Orientadora: Simone da Cunha Tourino Barros.  
Trabalho de conclusão de curso (Graduação). --  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço  
Social, 2021.

1. Mulher. 2. Violência Obstétrica. 3. Serviço  
Social. I. Barros, Simone da Cunha Tourino, 1972-,  
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de  
Janeiro. Serviço Social III. Título.



ATA Nº 1653 / 2021 - CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)

Nº do Protocolo: 23063.031873/2021-20

Seropédica-RJ, 10 de maio de 2021.

Luciana de Oliveira Costa

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO SOCIAL:  
UMA ANÁLISE DAS PRODUÇÕES DO CONGRESSO BRASILEIRO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS) DE 2016 E 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Data de aprovação: 30 de abril de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Simone da Cunha Tourino Barros

Orientadora - presidenta (DEDH/UFRRJ)

Prof. Dra. Fabrícia Vellasquez Paiva

Membro Interno - DTPE/UFRRJ

Prof. Ma. Thaisa Silva Martins

Membro externo - Doutoranda pela UFJF

Seropédica, RJ.  
2021

(Assinado digitalmente em 10/05/2021 12:53 )  
FABRICIA VELLASQUEZ PAIVA  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DepDTPE (12.28.01.00.00.00.00.24)  
Matricula: 1794153

(Assinado digitalmente em 10/05/2021 11:02 )  
SIMONE DA CUNHA TOURINO BARRIOS  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
DepHOT (12.28.01.00.00.00.00.10)  
Matricula: 2310599

(Assinado digitalmente em 10/05/2021 12:00 )  
THAISA SILVA MARTINS  
ASSINANTE EXTERNO  
CPF: 087.444.346-05

Para verificar a autenticidade deste documento entre em  
<https://alpac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **1653**, ano:  
**2021**, tipo: **ATA**, data de emissão: **10/05/2021** e o código de verificação: **90b1918007**

*Dedico o presente trabalho a minha avó materna  
Maria Angélica*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por estar comigo em todos os momentos. Agradeço a mim mesma por ter persistido e ter sido forte, mesmo em momentos contrários.

Agradeço aos meus pais, Dercília e Luciano, pelo suporte material e emocional que me proporcionaram durante a graduação.

Às minhas amigas fiéis, que estão comigo desde o início da graduação até hoje: Claudia, Lucimere, Marly e Rosilene. Obrigada pela amizade de vocês e por terem me acolhido e pela força que me dão todos os dias.

Agradeço ao meu namorado, Daniel Gomes Barbosa, por todo o incentivo que tem dado, sendo peça fundamental para que eu conseguisse terminar a monografia.

Agradeço aos amigos que fiz em Seropédica no tempo que estudei e morei lá. Pessoas que tive a honra de conhecer e conviver, e que estão na minha vida até hoje, em especial Suellen (minha comadre), Maryna, Renan, Yolanda e Hudson (esses dois últimos) meus vizinhos super especiais. Vocês foram um sopro em meio ao caos muitas e muitas vezes.

Agradeço aos meus amigos da república em Seropédica em que morei, aos amigos de turma que estiveram mais próximos de mim em vários momentos, em especial Giuliana, Helen, Emilene, Érika e Suelaine. Sou muito grata também ao Caio pelas palavras de acolhimento sempre.

Agradeço a professora Fabrícia, que sempre doou alma e coração para o curso de Serviço Social na Rural, uma verdadeira inspiração para mim.

Agradeço aos professores, especialmente minha orientadora neste trabalho. Simone, você foi primordial neste processo. Sem você eu não teria conseguido.

Agradeço a D. Ivone Santos e Daiane Estevam pelo auxílio nas orientações administrativas da coordenação do curso.

Agradeço as supervisoras do estágio do município de Seropédica e do Rio de Janeiro, em especial a Daiana Ruffoni, que foi minha supervisora de estágio III na Maternidade, um período de inspiração e múltiplos aprendizados para mim. Agradeço a todos os funcionários do Setor de Serviço Social da Unidade e de todos os setores, inclusive aos estagiários do Projeto Acolher, Bruna e Carlos.

Agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente para o meu processo formativo.

*Foi de mãe todo o meu tesouro, veio dela todo o  
meu ganho Mulher sapiência, yabá, do fogo tirava  
água. Do pranto criava consolo.*

*(Conceição Evaristo)*

## RESUMO

O presente trabalho buscou mapear a produção acadêmica sobre a temática da violência obstétrica no interior da profissão do Serviço Social, a partir dos artigos aprovados e publicados no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, dos anos de 2016 e 2019. Para selecionar os artigos que seriam analisados utilizamos os descritores violência, mulher e violência obstétrica, sendo separados todos os artigos que tivessem em seu título um desses descritores. Em seguida, separamos, pela leitura de seus resumos, os artigos que versavam efetivamente sobre a violência obstétrica. Esta primeira aproximação ao estudo permitiu identificar que a produção em torno da temática foi pouco discutida no evento do ano de 2016, pois apenas 4 artigos dos 1426 aprovados versavam sobre violência obstétrica; representando 0,28% do número total. Em 2019 foram 6 artigos dos 1741 aprovados, representando 0,34%. Os 10 artigos foram escritos, em sua maioria, por estudantes da graduação, representando 40% das autoras em 2016 e 66% em 2019. Com os resultados obtidos podemos perceber que se torna cada vez mais urgente discutir a questão da violência de gênero, e por conseguinte, a temática da violência obstétrica, que permanece invisibilizada até mesmo no âmbito acadêmico e profissional do Serviço Social; sendo que o assistente social atua diretamente no combate a opressão de gênero e a violência, que se configura como uma expressão da questão social, objeto de trabalho da categoria.

**Palavras-chave:** Mulher. Violência Obstétrica. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The present work sought to map the academic production on the theme of obstetric violence within the Social Service profession, based on articles approved and published at the Brazilian Congress of Social Workers, from the years 2016 and 2019. To select the articles to be analyzed, we used the descriptors violence, women and obstetric violence, separating all articles that had one of these descriptors in their title. Then, we separated, by reading their abstracts, the articles that dealt effectively with obstetric violence. This first approach to the study made it possible to identify that the production around the theme was little discussed in the event of the year 2016, as only 4 articles out of the 1426 approved dealt with obstetric violence; representing 0.28% of the total number. In 2019, 6 articles out of 1741 were approved, representing 0.34%. Most of the 10 articles were written by undergraduate students, representing 40% of the authors in 2016 and 66% in 2019. With the results obtained, we can see that it becomes more and more urgent to discuss the issue of gender violence, and therefore, the theme of obstetric violence, which remains invisible even in the academic and professional sphere of Social Work; being that the social worker acts directly in the fight against gender oppression and violence, which is configured as an expression of the social issue, object of work of the category.

**Key words:** Woman. Obstetric Violence. Social Work.

## GRÁFICOS

Gráfico 1 – Artigos sobre mulher CBAS 2016.....	43
Gráfico 2 – Artigos sobre violência CBAS 2016.....	43
Gráfico 3 – Artigos sobre violência obstétrica CBAS 2016.....	44
Gráfico 4 – Artigos sobre mulher CBAS 2019.....	45
Gráfico 5 – Artigos sobre violência CBAS 2019.....	46
Gráfico 6 – Artigos sobre violência obstétrica CBAS 2019.....	46
Gráfico 7 – Vínculo acadêmico/profissional das autoras dos artigos sobre violência obstétrica CBAS 2016.....	48
Gráfico 8 – Vínculo acadêmico profissional das autoras dos artigos sobre violência obstétrica CBAS 2019.....	48

## QUADROS

Quadro 1 – Desrespeitos, abusos, violências e direitos violados.....	43
Quadro 2 – Trabalhos sobre violência obstétrica CBAS 2016.....	44
Quadro 3 – Trabalhos sobre violência obstétrica CBAS 2019.....	47
Quadro 4 – Comparação do número de artigos sobre violência no CBAS 2016 e 2019....	49

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- ABEPSS – Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social
- BENFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
- CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
- CEAS – Centro de Estudos e Ação Social
- CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
- CFESS – Conselho Federal do Serviço Social
- CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
- CMIG – Conjunto Mínimo de Indicadores de Gênero
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COVID-19 – Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2.
- CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
- CPN – Centros de Parto Normal
- CRESS – Conselho Estadual do Serviço Social
- CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DF – Distrito Federal
- DNCr – Departamento Nacional da Criança
- EBSERH – Fundações Estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
- ESTADIC – Pesquisa de Informações Básicas Estaduais
- FGV – Fundação Getúlio Vargas
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- IAEG-GS – Inter-Agency and Expert Group on Gender Statistics (Grupo Interinstitucional de Peritos em Estatísticas de Gênero)
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- IPPF – Federação Internacional de Planejamento Familiar

LGBTQI+ – Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais (ou transgêneros), queer, intersexo etc.

MES – Ministério da Educação e Saúde da Criança

MSGI – Minimum Set of Gender Indicators

MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais

ODM – Objetivo do Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OS – Organizações Sociais (OS)

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PGR – Procuradoria Geral da República

PL – Projeto de Lei

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNHPN – Política Nacional de Humanização e Pré-Natal e Nascimento

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

REHUNA - Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNSD – United Nations Statistical Division (Divisão de Estatística das Nações Unidas)

UNSD - United Nations Statistical Division (Divisão de Estatística das Nações Unidas)

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Capítulo 1 - Políticas de saúde para mulheres – breve resgate histórico.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Política de saúde no Brasil e a atenção à saúde das mulheres.....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 - Direitos sexuais e reprodutivos: em foco as políticas de atenção ao parto e nascimento.....</b>	<b>11</b>
<b>3 Capítulo 2 - A condição de mulher na sociedade capitalista: um breve estudo sobre a violência obstétrica.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 - Breve debate sobre gênero e maternidade: a luta das mulheres pela igualdade de direitos.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 - A violência obstétrica em foco.....</b>	<b>26</b>
<b>4 CAPÍTULO 3 - As contribuições do Serviço Social para a temática da violência obstétrica: uma análise das produções do CBAS de 2016 2019.2019.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1- O Serviço Social: possibilidades e limites do projeto ético-político.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 - A importância do CBAS para o serviço social e a participação da categoria no debate sobre a violência obstétrica, a partir da análise dos trabalhos do CBAS 2016 e 2019.....</b>	<b>41</b>
<b>5 Considerações finais.....</b>	<b>58</b>
<b>6 Referências Bibliográficas.....</b>	<b>60</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo sobre a violência contra a mulher surgiu desde o período inicial da graduação. Como é um assunto bem amplo e que renderia inúmeros debates, busquei focar na violência obstétrica, pela existência de poucos estudos sistematizados sobre o tema, sobretudo no âmbito da categoria profissional do Serviço Social. Além disso, por contribuir para uma maior democratização e disseminação das informações sobre a violência obstétrica e seus efeitos no corpo e mente das mulheres, pois muitas desconhecem até o que seja ou nem se dão conta de que já sofreram.

O campo de estágio supervisionado em Serviço Social III foi realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, o que contribuiu para consolidar o interesse pela temática e a compreender melhor como se dá a dinâmica da rede de assistência ao parto e a gestante.

No estágio eram realizados atendimentos de demandas de vulnerabilidade, adoção, violências, entre outras questões que perpassam o cenário familiar e acabam se acirrando no momento do parto e nascimento, onde há a inserção de um novo integrante ao círculo afetivo. Essa situação provoca e traz à tona alguns questionamentos e situações antes adormecidas no seio familiar, como por exemplo, a violência doméstica, o abandono emocional, além de exacerbar outras já palpáveis e conhecidas pela sociedade, como a fome, pobreza, a falta de políticas que garantam sobrevivência digna aos menos favorecidos.

Considerarei este estágio um ambiente rico de conhecimentos, um campo que me moldou não somente como profissional, mas que certamente colaborou para minha formação como ser humano, e me permitiu adquirir a capacidade de conviver com realidades totalmente distintas da minha.

Tendo como base esta aproximação, vários questionamentos foram sendo realizados, a saber: nas discussões de gênero, o serviço Social prioriza a violência contra mulher? Será que a violência obstétrica é objeto de estudo do serviço Social na pós-graduação? Os assistentes sociais sistematizam e socializam suas produções sobre o cotidiano de trabalho na saúde e em específico, em relação à violência obstétrica?

Frente a estes questionamentos realizamos o presente estudo, buscando analisar a violência obstétrica e como esta contribui para a violação de direitos das mulheres. Além disso, mapeamos e analisamos a produção acadêmica do Serviço Social sobre Violência Obstétrica nos anais do CBAS de 2016 e 2019, o perfil dos autores dos artigos e a

quantidade de artigos frente às outras temáticas apresentadas, de modo a dar visibilidade a temática no interior da profissão e estimular novos estudos.

A violência obstétrica foi analisada enquanto uma questão de saúde pública. Além disso, houve a discussão da aproximação do serviço social com a temática e sua interface com o projeto ético político profissional, apreendendo, assim, a concepção de violência, enquanto expressão da questão social.

O tipo de pesquisa adotado foi a bibliográfica, bem como, documental, pois realizamos o mapeamento dos artigos que versam sobre violência obstétrica nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais do ano de 2016 e 2019 pelos descritores violência, mulher e violência obstétrica. Inicialmente a pesquisa iniciou com a análise dos trabalhos apresentados no CBAS 2016, e posteriormente foi decidido em conjunto com a orientadora, colocar os dados referentes ao CBAS de 2019.

A pesquisa com os artigos do CBAS 2016 foi realizada, a princípio, com os artigos armazenados numa pasta, onde analisei cada um de forma individual para saber o tema. Depois encontrei um site com todos os trabalhos aprovados e apresentados, o que facilitou bastante a busca e a análise. Já os trabalhos do CBAS 2019 foram obtidos a partir de uma coletânea disponibilizada na internet.

O encontro desses materiais foi fruto de uma busca incessante, porém facilitou a leitura dos mesmos para uma avaliação qualitativa que se seguiu após a análise dos dados, no terceiro capítulo.

O presente trabalho foi composto por três capítulos, seguidos de uma conclusão. No primeiro capítulo foi feito um breve resgate histórico de como a saúde das mulheres foi tratada no Brasil, até se transformar em política pública. Neste capítulo abordamos, ainda, a questão do parto humanizado e o atendimento integral aplicado a gestantes/puérperas e seus filhos.

No segundo capítulo foi tratada a questão da violência como expressão da questão social, especificamente a violência contra a mulher, enfocando o tema central desta pesquisa, a violência obstétrica, que é cometida contra mulheres no período gestacional, no pré e pós parto, puerpério e em situações de abortamento.

No terceiro capítulo foi abordada a profissão do assistente social, suas abordagens e limitações no fazer profissional. Neste capítulo, houve, ainda, a demonstração dos resultados da análise dos artigos do CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais) de 2016 e 2019, fazendo uma comparação entre os trabalhos apresentados nesses eventos,

no que tange as discussões sobre a violência de gênero, especificamente a violência obstétrica.

Esperamos que monografia ajude a desvelar uma das faces da violência sofrida por mulheres e estimule novos estudos sobre a temática.

## **2 Capítulo 1 - Políticas de saúde para mulheres – breve resgate histórico**

Neste primeiro capítulo, daremos ênfase as ações e programas de saúde destinados às mulheres, a partir da contextualização histórica do processo de constituição da política de saúde no Brasil; seus objetivos, avanços e retrocessos. Haverá um breve resgate histórico da formação da política nacional em saúde, relacionada ao público feminino, puérpera ou não.

Tendo em vista o objeto de estudo desta monografia ser a violência obstétrica, teremos um item para trabalhar as políticas de atenção ao parto e nascimento, elaboradas e implementadas na contemporaneidade.

### **2.1-Política de saúde no Brasil e a atenção à saúde das mulheres.**

A saúde foi conceituada de diversas formas ao longo da história. A OMS (Organização Mundial de Saúde) a definiu, em 1948, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (Junior, 2004, p.15).

Na CNS (Conferência Nacional de Saúde) de 1986 foi difundido o conceito ampliado que diz que:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Conforme Batistella (2007), o conceito de saúde, formulado na histórica Conferência de 1986 foi fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Já a Constituição Federal de 1988, assim definiu a saúde como:

[...]direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL,1988)

O amadurecimento do debate acerca do conceito ampliado de saúde se deu em pleno processo de redemocratização do país, e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988.

Vamos traçar, neste primeiro momento, um breve cenário da saúde antes e depois da ação do Estado, focando nos anos de 1930 em diante, até os dias atuais. O atendimento em saúde, antes de ser considerado direito social e política pública era algo garantido apenas por quem pudesse pagar por tal serviço<sup>1</sup>. Para os mais pobres, o cuidado com a saúde estava fortemente atrelado ao ideal de bem-estar. As instituições filantrópicas faziam o papel de assistência aos doentes menos favorecidos economicamente, quando estes necessitavam de cuidados médicos, pois os mesmos não tinham condições de arcar financeiramente com a prestação destes serviços.

Os acontecimentos históricos demonstram que a conquista do direito a saúde de forma ampla e irrestrita só foi obtida através de lutas e reivindicações populares. Como deixa claro Mota (2009), ao dizer que:

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção, saúde, previdência ou assistência social, o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. (p. 40)

Segundo Behring e Boschetti (2011), a partir de 1930, no governo de Getúlio Vargas, é que as iniciativas em prol do estabelecimento deste direito começaram a despontar; sendo os anos de “1930 a 1943 caracterizados como os anos de introdução da política social no Brasil”. (p. 106). Antes dessa data não havia uma política nacional de saúde.

No período, conhecido como Era Vargas (1930-1945) a cobertura em saúde começou a ser ofertada, inicialmente, aos trabalhadores formais, protegidos pelos

---

<sup>1</sup> Aqui me refiro ao período compreendido entre o Brasil Colônia até a Primeira República (1530-1930).

Institutos de Previdência<sup>2</sup>. Houve o início de um planejamento para criação da Política Nacional de Saúde, algo que somente se concretizou em 1940.

Nessa época, embora a ação estatal se fizesse presente, ainda não havia a promoção de ações efetivas de saúde pensadas exclusivamente para a mulher. Segundo Freitas et al. (2009) a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil a partir das primeiras décadas do século XX. “Nas décadas de 30, 40 e 50 a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa” (FREITAS et. al., 2009, p. 2). Ainda não havia a integralidade do cuidado, pois as medidas alcançavam apenas as mulheres que se encontravam no ciclo gravídico-puerperal. Esse mecanismo se justificava pela dinâmica da sociedade, que relegava a mulher o papel doméstico, do lar, do espaço privado.

Na década de 60, esse olhar sobre a mulher começou a mudar. O papel social da mulher foi se redefinindo, principalmente pela difusão dos ideais do Movimento Feminista em vários países; e pela inserção da mulher no mercado de trabalho. Com isso passou a ser valorizado outros aspectos da vida e saúde das mulheres, não somente relacionados ao aspecto reprodutivo. Como diz Costa (2004) apud Costa, Bahia e Conte (2007):

Desde 1960, as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade pela prática da anticoncepção passa a ser aspiração das mulheres. A vivência plena da sexualidade expressa-se nos novos padrões de comportamento sexual, que desvinculam a maternidade da vida e liberdade sexuais. (p. 16)

Continuando a perfazer a linha histórica, já no ano de 1964, em que teve início o Regime Militar, as ações de saúde pública de caráter preventivo davam lugar a prática médica individual e assistencialista. Houve um estímulo ao crescimento da indústria farmacêutica, financiado também pelo capital externo. O setor saúde era visto como uma instituição para se obter lucros e não para cuidar dos cidadãos. Principalmente nos anos

---

<sup>2</sup> Esse benefício foi concedido inicialmente apenas aos trabalhadores urbanos, pois os trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais não tinham suas ocupações reconhecidas por leis (pré-cidadãos). (Ver mais em ESCOREL E TEIXEIRA, 2008a). A seguridade social ainda não era composta por saúde, previdência e assistência. Isso somente se deu, mais especificamente, com a constituição de 1988, em que demais cidadãos (como inativos, pensionistas, gestantes) não contribuintes puderam ter acesso aos serviços como eram os já segurados (trabalhadores que contribuía). Porém, a universalidade dos serviços (assim como os demais princípios) só seria garantida na década de 90 com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), após a promulgação da Constituição de 1988, que incluía a saúde como direito fundamental.

iniciais (até 1974), os serviços previdenciários foram marcados pela terceirização e entrega dos serviços públicos a exploração do capital privado.

O INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal. (ESCOREL, 2008b, p.386)

Segundo Bravo (2009), nesse período, “o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal” (p. 93). A finalidade era “aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.” (*Ibidem*)

No que tange à saúde da mulher, durante o Regime Militar houve uma preocupação com o planejamento familiar sob um aspecto moralizante, e não como um assunto de saúde pública. Em 1965, foi criada a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), uma entidade privada sem fins lucrativos, sendo a primeira instituição a realizar o planejamento familiar no país. “Filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), foi considerada de utilidade pública a partir de 1971” (COSTA, 2009, P. 1075).

A BEMFAM atuava fornecendo anticoncepcionais nas suas clínicas, especialmente, para a população pobre. A Igreja (Católica) participava do debate sob o aspecto moral, admitindo o controle da fecundidade utilizando o método da abstinência. De acordo com Costa (2009):

Essas tentativas do Ministério da Saúde foram eficazmente combatidas pela sociedade brasileira. Movimentos e lideranças sociais junto com os partidos políticos clandestinos do campo progressista polemizaram as ideias e princípios dos grupos pró-controle demográfico que sustentavam estas iniciativas. A fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado, o que favoreceu a ação das instituições de cunho “controlista”, que agiam de forma desordenada em todo o território nacional. (p. 1075)

No final dos anos 70, com o processo de abertura política e consequente redemocratização no país, ocorreram modificações na área da saúde motivadas pela luta dos movimentos populares. Nesse contexto, o Movimento Sanitário estabeleceu o projeto da Reforma Sanitária<sup>3</sup> que propiciou o debate sobre a saúde como um direito - acesso a cidadania - e não somente como algo restrito aos meios privados ou a uma parte da população.

Na década de 80, o país continuou a ter uma intensa profusão de movimentos sociais, incluindo participantes do movimento feminista que ajudaram a elaborar as bases para a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) na década de 90.

No Brasil, a construção do projeto contra hegemônico de Reforma Sanitária contou com a decisiva participação dos movimentos sociais. A contraposição do conceito de Atenção Integral à Saúde das Mulheres aos conteúdos, instrumentos e tecnologias dos programas materno-infantis, trouxe reconhecimento a inclusão das ideias feministas nas instâncias de debate das políticas de Saúde. Essa contraposição possibilitou, ainda, que entidades feministas participassem da execução dos Programas de Saúde da Mulher, resultando na inclusão destas entre os fundadores do SUS. (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007, p. 15)

O projeto da Reforma Sanitária foi apresentado na 8ª Conferência de Saúde<sup>4</sup>, realizada em 1986. O evento serviu como direcionamento para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e, posteriormente, para a mudança do texto Constitucional em 1988.

Como Bravo (2009) deixa claro:

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos

---

<sup>3</sup> A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante que pretendia se responsabilizar pela saúde dos cidadãos entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde que estaria constituído sob regulação do Estado, objetivando a eficiência, eficácia e equidade. Esse movimento também foi propiciado pelas lutas das associações e movimentos originados da sociedade civil, como sindicatos, profissionais liberais, intelectuais, estudantes, trabalhadores da saúde, entre outros

<sup>4</sup> O evento foi instituído pela lei 378 de 13 de janeiro de 1937, tendo como objetivo a articulação entre o governo federal e os governos estaduais, servindo como palco para a formulação de políticas, e acabou interferindo obviamente na política de saúde. A 8ª Conferência é considerada um marco de transformação desses fóruns, sendo fundamental para o processo da reforma no sistema de saúde que culminou na aprovação do texto constitucional de 88.

políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (p. 95)

Em 1986, também ocorreu a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, organizada pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher e apoiada pelo Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e movimentos de mulheres de todo o país.

As deliberações da conferência apontaram para a criação de um sistema universal de saúde, a criação da Política de Atenção Integral as Mulheres, o direito a autonomia, a descriminalização do aborto e a liberdade do planejamento familiar, tendo a mulher “direito a atenção a sua saúde, independentemente do seu papel de mãe” (BAHIA, CONTE, COSTA, 2007, p. 17).

As Conferências posteriores continuaram a manter a mulher como tema central, numa tentativa de que as políticas adotadas, inclusive com a criação do SUS, fossem de fato implementadas, como veremos adiante.

A ampliação do debate acerca da universalização da saúde tornou-se imprescindível para que a Assembleia Constituinte aprovasse medidas que mudariam o curso das políticas até então implementadas na área. Vários interesses se chocaram na aprovação do texto, pois o interesse privado representado pelas multinacionais e hospitais (farmacêuticas e planos de saúde, respectivamente) e o interesse público tinham objetivos e reivindicações distintas.

Na década de 90, como já referido acima, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por força da lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), complementada pela Lei 8.142/90. Caracterizado como um sistema, porque segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob as responsabilidades das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica são: 1) Universalidade do acesso – todos tem o mesmo direito de acesso aos serviços ofertados, independentemente de possuir vínculo trabalhista ou não; 2) Igualdade na assistência em saúde – não pode existir discriminação que impeça o acesso aos serviços de saúde (cor, raça, gênero, religião, renda etc.); 3) Integralidade da assistência – as ações e serviços de saúde devem ser ofertados de forma articulada em todos os níveis de complexidade. Também diz respeito a articulação entre as políticas econômicas e sociais para uma atuação mais completa sobre os determinantes do processo saúde e doença; 4) Participação da comunidade – garante que a população participe do processo de formulação de diretrizes das políticas de saúde, da fiscalização do cumprimento da legislação do SUS, e da avaliação de ações e serviços de saúde, através da participação em conselhos e conferências de acordo com o nível de governo (municipal, estadual e federal); e 5) Descentralização político-administrativa – governos estaduais e municipais tem responsabilidade e autonomia nas decisões, mesmo as orientações sendo únicas e vindas do governo federal. (Lima; Machado; Noronha, 2008, p. 439 e 440)

Nos anos 90, no Brasil, há a implantação dos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização.

Inicia-se, assim, a Reforma do Estado ou Contrarreforma, definida por Behring (2003), como um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. O Estado deixa “de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.” (BRAVO, 2009, p. 100)

Essa desresponsabilização por parte do Estado acaba se aplicando às políticas sociais de saúde, sendo a execução dos serviços repassada gradativamente às organizações sociais, ONGs e entidades filantrópicas, o chamado “terceiro setor”.

A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agente comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2009, p. 100)

O processo de privatização da saúde realizada através dos contratos de serviços da rede privada, ou com a entrega direta dos serviços para serem geridos por entidades como as OS (Organizações Sociais), OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), Fundações Estatais ou a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) configura-se como uma modalidade de desvio de recursos públicos da saúde para o setor privado.

Bravo continua sua análise dizendo que “a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.” (BRAVO, 2009, p. 100)

Na visão de Behring e Boschetti “os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.147). Hoje o que vemos é uma desconstrução do que foi conquistado a partir do texto constitucional de 1988, e um esforço de algumas parcelas da sociedade em se manter o atendimento em saúde, como algo público e de qualidade, frente a tantos ataques e a crescente precarização do setor.

A saúde, mesmo como política social, continuou a ser orientada para satisfação de interesses privados. Houve uma tentativa de retomada dos princípios conquistados com a Reforma Sanitária, porém, a lógica de manter em alta os interesses do capital se manteve.

Atualmente, observamos uma série de retrocessos. Infelizmente as políticas que protegem os direitos das mulheres também foram afetadas. Conforme Dominguez (2018) desde as eleições as declarações do atual presidente deixaram claro que seu governo não seria inclusivo, o que prejudica a elaboração e execução das políticas públicas.

Declarações sobre mulheres e populações negras, indígenas e LGBTQI+ foram consideradas por defensores dos direitos humanos e pela Procuradoria-Geral da República (PGR) como discurso de ódio – aquele que busca promover o ódio e incita a discriminação, hostilidade e violência contra uma pessoa ou um grupo em virtude de raça, religião, nacionalidade, orientação sexual, gênero, condição física ou outra característica. (DOMINGUEZ, 2018, p.16)

Veremos mais sobre isso nos próximos capítulos, que tratarão especificamente sobre alguns desses retrocessos, principalmente em relação a temática do trabalho.

## **2.2- Direitos sexuais e reprodutivos: em foco as políticas de atenção ao parto e nascimento.**

Faremos neste tópico uma breve análise da trajetória das políticas públicas de atenção ao parto e nascimento no Brasil, em ordem cronológica a partir da década de 30.

A saúde reprodutiva foi definida na CIPD (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento), conhecida como Conferência do Cairo, como:

Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as

matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (CIPD, 1994, p.62).

Porém, essa conceituação de saúde reprodutiva pode variar dependendo do contexto histórico e político, não sendo definitiva. Como explicitado no tópico anterior, desde 1930 teve início no Brasil uma movimentação para o desenvolvimento das ações em saúde pelo Estado, buscando sua ampliação. É certo que isto não ocorreu repentinamente. E não ocorreu somente pela iniciativa governamental. Vários setores da sociedade se mobilizaram para que o direito a saúde fosse reconhecido e estivesse acessível para toda a população.

No governo Vargas tiveram início programas voltados para a saúde da mulher e da criança. O foco não era a saúde de todas as mulheres, mas somente as gestantes e puérperas. Cassiano et. al. (2014) cita que:

Entre 1937 e 1945, no governo de Getúlio Vargas, período denominado de Estado Novo, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil. Suas atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que objetivava apenas normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2011, p.230)

E continua dizendo que:

Em 1940, Getúlio Vargas transferiu para o Departamento Nacional da Criança (DNCR) as responsabilidades relacionadas à saúde da mãe e da criança, sendo esse, então, o primeiro órgão criado para atender exclusivamente à saúde materno infantil (BRASIL, 2011, p.230).

O enfoque apenas na parte reprodutiva da mulher perdurou por anos. Havia um estímulo a formação de famílias; com a proposta de garantir um aumento populacional; e também para que a mulher continuasse no espaço doméstico.

Já no período da Ditadura as medidas moralizantes e de controle do Estado sobre o corpo da mulher tinham por objetivo conter o aumento populacional, o que culminou na criação, em 1975, do PSMI (Programa de Saúde Materno-Infantil); que incentivava a intervenção médica através da realização da cirurgia cesariana, e da esterilização como método contraceptivo preferencial. O Programa também tinha como foco a redução das taxas de mortalidade materna e infantil. Os objetivos foram alcançados<sup>6</sup>, porém, ainda não havia o cuidado integral da mulher em todas as fases da sua vida.

Apenas em meados da década de 80 é que surgiram ações que buscavam garantir o atendimento integral à saúde da mulher. Assim, tornou-se urgente a necessidade de elaboração de políticas públicas que atendessem a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo. Um exemplo foi o lançamento do Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher<sup>7</sup> (PAISM) pelo Ministério da Saúde, “considerado um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil, por incorporar princípios que vinham sendo formulados pelo movimento de reforma da saúde pública (integralidade, equidade e direito a saúde)” (JANNOTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007, p. 29). O programa procurava garantir o cuidado com a saúde da mulher em todas as etapas da vida, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. Como menciona Guareschi e Medeiros:

O PAISM buscava romper com o enfoque central dos programas de saúde materno infantil anteriores, que visavam intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres. (GUARESCHI; MEDEIROS, 2009, p. 40)

---

<sup>6</sup> Houve uma redução da taxa de mortalidade infantil, que passou de 100 em 1000 nascidos vivos em 1975, para 82,9 em 1980 (IBGE, 1999). O controle da natalidade por meio da esterilização feminina foi bem sucedido, pois a taxa de fecundidade total apresentou redução: o índice era de 6,2 filhos para cada mulher em 1950; em 1970 era 5,8; e em 1980 chegou a 4,2.

<sup>7</sup> O PAISM foi proposto inicialmente em 1983 pelo Ministro da Saúde Waldir Arcoverde na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado, que investigava o crescimento populacional. A proposta foi apresentada e discutida por uma comissão composta por três médicos e uma socióloga, convocados pelo Ministério da Saúde. Somente em 1984 o programa foi oficialmente divulgado através do documento preparado pela referida comissão: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” (OSIS, 1998, p. 26).

Mesmo com a ótica da integralidade, ainda havia a marca do controle de natalidade executado nos programas anteriores. Um exemplo disso foi o acontecido no ano de 1992, em que uma CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) investigou denúncias de esterilização em massa de mulheres negras. Desta CPMI surgiu um projeto de lei referente ao planejamento familiar, que somente foi aprovado em 1996. Conforme consta na Lei 9.263/96, o planejamento familiar é entendido “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação, ou aumento da prole pela mulher, pelo homem, ou pelo casal (art. 2º).”

Os debates realizados nas Conferências de Saúde dos anos de 90 foram fundamentais para o estabelecimento de diversos avanços, pois apresentaram propostas voltadas ao direito de saúde da mulher. A de 1993 enfocou a saúde como qualidade de vida e conclamou a implementação e consolidação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente na rede de serviços públicos de Saúde, contemplando os aspectos epidemiológicos e as especificidades de gênero da população feminina (BRASIL, 1993); e a de 1996 determinou que as instituições de Saúde implantassem o PAISM de forma efetiva e imediata, valorizando as ações voltadas para a Saúde da Mulher e o acompanhamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1996).

Outra contribuição para este avanço foi a fundação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA)<sup>8</sup>. “Uma das grandes preocupações dos integrantes da ReHuNa sempre foi a difusão de informações sobre como deveria se dar a atenção à mulher e ao bebê durante a gestação e o parto.” (DINIZ et al., 2010, p.218)

O documento fundador do REHUNA, chamado de Carta de Campinas, explicita as razões para a criação do órgão, pois denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (Rehuna, 1993).

Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as

---

<sup>8</sup> A Rede foi fundada em 17 de outubro de 1993 como resultado de um encontro ocorrido em Campinas, São Paulo, nos dias 15 a 17 de outubro de 1993, por iniciativa de pessoas, grupos e instituições de Saúde que trabalhavam com a gestação, parto e nascimento. O documento que resultou desse encontro, chamado de ‘Carta de Campinas’, reunia os motivos para a criação do órgão, dentre eles estava gerar autonomia nas mulheres para decidirem sobre seus corpos.

mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (Rehuna, 1993)

O Rio de Janeiro foi a primeira cidade a implantar projetos que colocassem em prática a humanização nas políticas de saúde. Para isso em 1994 inaugurou a Maternidade Leila Diniz.

Marcos Dias, que a dirigiu com o apoio de Rosa Domingues, implantou nessa maternidade do Rio de Janeiro práticas consideradas ousadas e revolucionárias à época, a exemplo da atriz que inspirou seu nome: presença de acompanhante com a mulher, possibilidade de escolha de posição de parto, parto assistido por enfermeiras obstetras.... havia até uma banheira para parto. (DINIZ et. al., 2010, p. 217)

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio implantou outra unidade com a mesma proposta de humanização, anos depois (2004), o Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho em Realengo, que se tornou modelo para atenção em Centros de Parto Normal (CPN) extra-hospitalares do país.

A OMS estabeleceu um guia de assistência ao parto normal<sup>9</sup>, no ano de 1996, proporcionando medidas para propiciar um parto seguro e atendimento humanizado. Nesse guia está inclusive a recomendação de que seja feito um plano individual de parto: “[...] Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.” (OMS, 1996)

Em 2000 foi criado o Programa Nacional de Humanização Do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN)<sup>10</sup>, buscando desenvolver formas de assistir a gestante adequadamente, antes, durante e depois do parto; procurando reconhecer possíveis riscos a gestação e reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (BRASIL, 2005a). O pré-natal se constitui uma ferramenta essencial nesse processo,

---

<sup>9</sup> Segundo este guia, o parto normal é definido “como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições. (OMS,1996)

<sup>10</sup> Além do nosso código penal e dos vários tratados internacionais que regulam de forma geral os direitos humanos e direitos das mulheres em especial, a portaria 569 de 2000 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do SUS, diz: “toda gestante tem direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério” e “toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura” e a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais do SUS.

e é realizado nas unidades básicas de saúde (municípios). O programa foi lançado ao mesmo tempo em que se instituía a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).

A humanização é compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção no SUS implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos das mulheres, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (OMS, 2016)

Araújo e Santos (2016) ao fazer uma revisão de literatura sobre as políticas de humanização ao pré-natal e parto citam que no ano de 2003 o Ministério da Saúde,

[...]pela portaria nº 653/GM, estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas.” (ARAUJO E SANTOS, 2016, p.59).

Conforme Souza e Araújo:

A humanização do nascimento por vezes é confundida como uma nova técnica, quando na verdade significa respeitar tanto a fisiologia do parto quanto a da mulher. Algo aparentemente simples, mas que encontra barreiras pelo caminho, sejam protocolos institucionais ou práticas arcaicas sem embasamento científico (2015, p.3)

Voltando aos assuntos discutidos nas Conferências de Saúde que contribuíram para progressos e planejamento para programas futuros; podemos citar a do ano 2001, que denunciou a elevada morte materna, a alta morbimortalidade por câncer ginecológico e a ausência de serviços de Saúde no segmento de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2001); a de 2005, que recomendou novamente o avanço na implementação da Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) considerando as especificidades das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas (BRASIL, 2005).

Em 2004, considerado o Ano da Mulher, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Naquele ano o Ministério da Saúde respondeu às reivindicações das Conferências anteriores, e transformou o PAISM em PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher)

A PNAISM procura englobar todos os aspectos da vida da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. Em termos de avanços, podemos dizer que a Política estabeleceu uma série de especificidades não contempladas nas políticas anteriores, como: climatério/menopausa; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; saúde ocupacional; saúde mental; e a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. (BRASIL, 2004)

Em 2004, também, houve o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado entre os gestores federais, municipais e estaduais, como um compromisso de união e diálogo destes entre si, e também com a sociedade; com o objetivo de promoção de melhoria da atenção obstétrica e neonatal. Complementando esse Pacto, em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, através da Lei 1.067/2005, com as diretrizes para um parto seguro e humanizado<sup>11</sup>. A Lei deixa claro que “a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL, 2005)

No ano de 2005 houve uma conquista pontual, porém não menos importante, que foi a permissão de acompanhante de escolha da parturiente ou puérpera, nas dependências do serviço de saúde e local de parto, a chamada Lei do Acompanhante (11.108/2005). Um entrave para o cumprimento dessa Lei é o fato de muitos locais não possuírem adequação para comportar a permanência de um acompanhante masculino, por exemplo, fazendo com que nem sempre a vontade da gestante seja atendida<sup>12</sup>.

Os dados coletados na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada pela última vez em 2006<sup>13</sup>, trouxeram alguns dados

---

<sup>11</sup> Alguns princípios e diretrizes da referida lei dizem respeito ao principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal, que é o acolhimento da mulher do início ao fim da gravidez, assegurando, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar de ambos. A humanização do atendimento diz respeito também em incluir a mulher e a família nas decisões, gerando autonomia durante o processo do parto, além de evitar intervenções desnecessárias por parte da equipe médica, sendo “dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.” (BRASIL, 2005)

<sup>12</sup> Dados da PNDS mostram que apenas 16,2% das mulheres exerceram este direito, sendo 34,6% das mulheres no setor privado, e apenas 9,5% no SUS.

<sup>13</sup> Em sua terceira edição, a PNDS foi realizada pela primeira vez no Brasil em 1986 e repetida em 1996. Uma nova pesquisa estava prevista para ser realizada no primeiro semestre de 2021, porém por conta da pandemia de Covid-19, isso não ocorreu.

importantes para o entendimento da questão dos direitos sexuais e reprodutivos; fazendo uma comparação entre os resultados obtidos no ano de 1996, quando entrou em vigor a Lei do Planejamento Familiar, e os do ano de realização da pesquisa. Alguns desses dados dizem respeito a realização do pré-natal, taxa de fecundidade, realização de cesárea, entre outros<sup>14</sup>.

Em 2011, por força da Lei 1.459 foi instituída a Rede Cegonha em todo o território nacional, visando assegurar à mulher uma atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério; bem como prestar assistência à criança até os dois anos de idade. A Rede também é norteadada pelos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos da Política Nacional de Humanização.

Em 2018, diante das taxas preocupantes de morte materna e infantil<sup>15</sup> foi publicada a Resolução nº 42 do Ministério da Saúde, com a previsão de várias medidas de enfrentamento a estas ocorrências, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>16</sup>.

O Ministério da Saúde, reiniciou em 2019, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, com o objetivo de consolidar os processos de atenção voltados à prevenção, diagnóstico e ao tratamento da hemorragia obstétrica, visando a redução da morbimortalidade materna. Um número expressivo de mortes poderia ser evitado por ações dos serviços de saúde, a partir de atenção adequada ao pré-natal, ao parto e abortamento.

Mesmo com os avanços, ainda há muito a ser implementado, tanto no âmbito da saúde de maneira geral, quanto no atendimento da saúde da mulher em si. Veremos um pouco mais sobre isso no próximo capítulo.

---

<sup>14</sup> Em 1996 havia 14% das grávidas não realizavam pré-natal, enquanto em 2006 esse número baixou para 1% (num universo de 15.575 mulheres entrevistadas). A PNDS 2006 destaca que 77% das mães realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal, como recomenda o Ministério da Saúde desde 2000. O percentual de mães que compareceu a sete ou mais consultas de pré-natal no país cresceu de 47%, em 1996, para 61% em 2006. Esse crescimento aconteceu de forma mais acentuada no meio rural. Um índice que teve queda foi a taxa de fecundidade, pois em 96 a média de filhos era de 2,5, enquanto em 2006 era de 1,8. (PNDS, 2006)

<sup>15</sup> A Razão de Morte Materna - RMM global diminuiu cerca de 44% nos últimos 25 anos: saindo de uma RMM de 385 por 100 000 nascidos vivos em 1990 a uma RMM de 216 por 100.000 nascidos vivos em 2015.

<sup>16</sup> Em 2013, a taxa de brasileiras que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi equivalente a 69 a cada 100 mil nascimentos. Isso representa quase o dobro da meta assumida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), que era de chegar a 2015 com, no máximo, 35 mortes a cada 100 mil nascimentos. (OPAS Brasil, 2015)

### **3 Capítulo 2 - A condição de mulher na sociedade capitalista: um breve estudo sobre a violência obstétrica.**

Por ser um assunto de discussão recente, a temática da violência obstétrica ainda precisa vencer alguns obstáculos frente a resistência de alguns setores, principalmente na área médica.

Algumas ações de enfrentamento à essa forma de violência vêm sendo adotadas, como a instituição do parto humanizado, como vimos no capítulo anterior. O presente capítulo abordará a violência obstétrica como expressão da questão social; a partir de uma breve análise sobre gênero e violência contra a mulher na sociedade capitalista; procurando entender os mecanismos que propiciam a sua existência.

#### **3.1 - Breve debate sobre gênero e maternidade: a luta das mulheres pela igualdade de direitos.**

É necessário entender o conceito de gênero e dos papéis sociais para entender o lugar que foi destinado às mulheres, historicamente, em todas as sociedades; e qual é o lugar que elas devem realmente ocupar segundo suas próprias convicções.

Segundo Scott (1995), “o termo gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos”, visto que:

Seu uso rejeita explicitamente explicações biológicas; como a de pensar a mulher com capacidade para dar à luz e de que os homens tem uma força muscular superior. Isso ajuda a elaborar um pensamento de subordinação da mulher em relação ao homem. Essa inferiorização biológica da mulher posta em prática pela ciência médica durante anos foi posta à prova, principalmente com o surgimento do movimento feminista. Por isso o termo “gênero” torna-se uma forma de indicar “construções culturais” – a criação inteiramente social de ideias sobre papéis adequados aos homens e as mulheres. Trata-se de uma forma de referir as origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. “Gênero” é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos sobre sexo e sexualidade “gênero” tornou-se uma palavra particularmente útil, pois oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos as mulheres e aos homens. O uso do gênero enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determina diretamente a sexualidade. (p.75)

Piscitelli (2009) fala que o conceito de gênero foi reformulado em momentos específicos da história das teorias sociais. De maneira simples e objetiva podemos dizer que sexo está relacionado a biologia (hormônio, genes, sistema nervoso e morfologia) e gênero tem relação com a cultura (psicologia, sociologia).

Segundo a autora supracitada, o psicanalista Robert Stoller entendia que, quando nascemos somos qualificados como menina ou menino, dependendo de qual seja nossos órgãos genitais. Porém, a condição de ser homem ou mulher não deriva desses genitais, mas de aprendizados que são culturais e que variam segundo o momento histórico, o lugar, e a classe social, por exemplo. Ele “teria formulado o conceito de identidade de gênero para distinguir entre natureza e cultura.” (PISCITELLI, 2009, P. 120). As características biológicas serviram como base para a diferenciação entre homens e mulheres, contudo o conceito de identidade de gênero veio alinhar essa caracterização ao fator de identificação do próprio indivíduo, como ele mesmo se reconhece.

Segundo o texto de Rinaldi (2015), a ideia da diferenciação entre os sexos começou a surgir no século XVIII, onde os órgãos reprodutivos passaram a separar hierarquicamente homens e mulheres. Havia a distinção na questão da superioridade de um corpo ao outro, pois o corpo masculino seria considerado o referencial de perfeição. Já no século XVII, a distinção entre os sexos era feita através dos papéis elaborados pela sociedade, que definia o que era ser e agir como homem ou como mulher.

A sociedade estabelece esses papéis ao fazer distinção sobre o que é próprio a homens e mulheres, pois desde criança há essa separação entre masculino e feminino através dos brinquedos e cores de roupas. As mulheres são sempre ligadas a aspectos de cuidado e a comportamentos delicados. Aos homens é destinado brincadeiras com o uso da força e demonstrações de poder. Isso reforçou a ideia, durante muito tempo, de que as mulheres foram feitas para estarem nos locais privados, como o espaço doméstico; e de que os homens que deveriam trabalhar e prover o lar. Na sociedade em que vivemos, a ideia de que a mulher nasceu para cuidar ainda é incentivada e perpetuada. Como diz Angelin (2015, p.184):

um dos grandes riscos gerados para as mulheres nas sociedades patriarcais encontra-se no fato da naturalização de seus papéis, baseados especialmente em suas condições biológicas que acabam, muitas vezes, sendo uma justificativa para o exercício de relações de poder e opressão das mulheres.”

E Silveira e Costa concordam dizendo que:

As relações entre os sexos, em nossa compreensão, tanto no espaço privado do lar, quanto no espaço público das relações civis, são caracterizadas por uma relação hierárquica de poder. Nessa hierarquia a desigualdade e a exclusão das mulheres manifestam-se e são explicadas com base nas diferenças físicas, sexuais e biológicas. A construção sociocultural da identidade feminina e a definição de seus papéis como figura passiva e submissa cria o espaço propício para o exercício da opressão masculina. (s/d, p. 2)

O comportamento feminino passou a ser explicado com base em suas características fisiológicas, que foram colocadas acima de outras potenciais características, inclusive fatores externos. Houve uma supervalorização do útero e da maternidade. No final do século XIX, o aparelho reprodutivo ainda era considerado importante para mensurar e avaliar a capacidade biológica e comportamental da mulher. Houve a vinculação da feminilidade com a capacidade de concepção, atribuída a mulher como algo inerente. Badinter (1985) completa essa ideia dizendo que:

O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré-formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal. 1985, (p.19)

A autora também fala sobre a capacidade de maternagem, que não estaria relacionado só a mulher, ou seja, não deveria e nem poderia ser exigido somente dela o cumprimento deste dever.

[...] estou convencida de que o amor materno existe desde a origem dos tempos, mas não penso que exista necessariamente em todas as mulheres, nem mesmo que a espécie só sobreviva graças a ele. Primeiro, qualquer pessoa que não a mãe (o pai, a ama, etc.) pode "maternar" uma criança. Segundo, não é só o amor que leva a mulher a cumprir seus "deveres maternos". A moral, os valores sociais, ou religiosos, podem ser incitadores tão poderosos quanto o desejo da mãe. É certo que a antiga divisão sexual do trabalho pesou muito na atribuição das funções da "maternagem" à mulher, e que, até ontem, esta se afigurava o mais puro produto da natureza. Será preciso lembrar também que em outras sociedades — e não das menores — a "boa

natureza maternal" tolerava que se matassem as crianças do sexo feminino ao nascer? (BADINTER, 1985, p.16)

A mulher foi, assim, reduzida a mero caráter reprodutivo, tendo sua vida sexual controlada desde cedo, tendo o espaço doméstico estabelecido como principal local de atuação, exercendo o papel de mãe e esposa<sup>17</sup>.

A emancipação da mulher, com a adoção de métodos contraceptivos e a ida para o mercado de trabalho, promoveu algumas mudanças no entendimento de seu corpo pela medicina e pela sociedade em geral.

A mulher, na década de 60, rompeu com o que era designado próprio para seu sexo: cuidar do marido e dos filhos, a sexualidade reservada e a ausência de atividade laboral profissional fora do lar e, sobretudo, de militância política questionadora da ordem social e política. Herdeiras das primeiras feministas, a mulher na década de 60 se arrojou em busca de emancipação. A mulher deixou o espaço privado, designado a ela, para adentrar na esfera pública, no mundo político tido e havido por séculos como masculino. A transgressão feminina ao padrão patriarcal imposto em busca do espaço público aflorou também como resistência à ditadura instalada no país. Mais que isto, algumas adentraram a resistência armada ao regime ditatorial. (PAGOTTO E SOUZA, 2016, p.119)

As formulações de gênero que tiveram impacto na teoria social foram elaboradas a partir do movimento feminista<sup>18</sup> na década de 70. Esse movimento social de mulheres atuou decisivamente na formulação do conceito de gênero.

O movimento feminista colocou os papéis de gênero como uma construção social, que não está diretamente ligada ao corpo físico biológico, considerando que o corpo físico pode ser trabalhado de acordo com a variação e o processo de construção da identidade de gênero. As pessoas não nascem homens ou mulheres, mas podem tornar-se “homens” ou “mulheres” a partir da construção da identidade do masculino e do feminino. (*Ibidem*, p. 195)

---

<sup>17</sup> A procriação não teria sentido se a mãe não completasse sua obra assegurando, até o fim, a sobrevivência do feto e a transformação do embrião num indivíduo acabado. Essa convicção é corroborada pelo uso ambíguo do conceito de maternidade que remete ao mesmo tempo a um estado fisiológico momentâneo, a gravidez, e a uma ação a longo prazo: a maternagem e a educação. A função materna, levada ao seu limite extremo, só terminaria quando a mãe tivesse, finalmente, dado à luz um adulto. (BADINTER, 1985, p. 19)

<sup>18</sup> O feminismo é um movimento social e político que reivindica igualdade entre mulheres e homens. Não se trata, dessa forma, de um movimento sexista, que tenta impor a superioridade das mulheres sobre os homens. A origem do conceito é atribuída a Charles Fourier (1772-1837). O teórico do socialismo utópico teria usado a palavra feminismo pela primeira vez entre 1808 e 1841. Em seu livro “Teoria dos quatro movimentos”, Fourier defende que o avanço na conquista de liberdade para as mulheres é um pré-requisito para o progresso de toda a sociedade. O termo se popularizou nas décadas seguintes, a princípio em países como Estados Unidos e Reino Unido. (LIMA, 2020)

Mesmo garantindo emancipação e o direito de disputar um espaço no mercado de trabalho, a mulher ainda tem que conciliar as atividades domésticas – que se constituem como trabalho não remunerado - com o trabalho fora do lar. Esse acúmulo de funções pela mulher reforça a estrutura desigual de gênero presente na sociedade patriarcal, colaborando para a perpetuação da exploração da mão de obra feminina. “Nas sociedades capitalistas, assim como nas sociedades decisivas para a formação do capitalismo, as mulheres são as responsáveis pelo trabalho doméstico e de cuidado, enquanto os homens são direcionados para o trabalho produtivo e para ocupar os espaços públicos.” (NOGUEIRA; PEREIRA; TOITIO, 2020, p. 39-40)

A divisão sexual do trabalho na sociedade capitalista faz com que as desigualdades entre mulheres e homens no mercado de trabalho seja cada vez maior, principalmente na questão salarial. Como afirma Bruschini:

Devido à ausência de um conceito que lhe desse visibilidade, o trabalho doméstico permaneceu, por muito tempo, ignorado nos estudos sobre o trabalho. Os estudos sobre a divisão sexual do trabalho, porém, não tiveram dificuldade em mostrar o estreito vínculo entre trabalho remunerado e não remunerado. Esta nova perspectiva de análise, articulando a esfera da produção econômica e da reprodução social, permitiu observar as consequências das obrigações domésticas na vida das mulheres, limitando seu desenvolvimento profissional. Com carreiras descontínuas, salários mais baixos e empregos de menor qualidade, as mulheres muitas vezes acabam por priorizar seu investimento pessoal na esfera privada. (BRUSCHINI, 2006, p. 338)

Continuando a abordagem pelo olhar da divisão sexual do trabalho, percebe-se que está “constituiu-se historicamente como a forma de vincular as mulheres ao espaço doméstico e de controlar seus corpos, procurando garantir uma estratégia de reprodução biológica como forma de repor o conjunto da força de trabalho que produz a riqueza social”. (NOGUEIRA; PEREIRA; TOITIO, 2020, p. 40)

A mulher tem que optar por seguir uma carreira profissional ou ter uma vida dedicada ao lar, ao marido e filhos. Se optar pelos dois acabará acumulando uma jornada dupla ou até tripla (se optar por casa, trabalho e estudo)<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Todas as pesquisas mostram que tanto as mulheres que trabalham foram como as que permanecem em casa fazem o essencial do trabalho doméstico e parental, e que os homens participam muito pouco dessas tarefas. Embora as mulheres que têm uma atividade profissional dediquem menos tempo ao trabalho doméstico e ao cuidado dos filhos, são sempre elas que realizam a maior parte de um e de outro, em detrimento do seu tempo de lazer. (BADINTER, 1985, p. 346)

O estudo Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil<sup>20</sup>, publicado em 2021, traz dados que ajudam a traçar um panorama da realidade da mulher na sociedade brasileira.

Esse trabalho mostra não somente a transversalidade e a multidimensionalidade que abarca o estudo das desigualdades de gênero, como também a importância de tornar o alcance da efetiva igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e meninas uma meta a ser alcançada em diversas frentes para um desenvolvimento sustentável “sem deixar ninguém para trás”. (IBGE, 2021, p. 2)

Em relação ao tempo gasto em atividades de cuidado e afazeres domésticos, em comparação com os homens, o resultado foi que:

No Brasil, em 2019, as mulheres dedicaram aos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos quase o dobro de tempo que os homens (21,4 horas contra 11,0 horas). Embora na Região Sudeste as mulheres dedicassem mais horas a estas atividades (22,1 horas), a maior desigualdade se encontrava na Região Nordeste. O recorte por cor ou raça indica que as mulheres pretas ou pardas estavam mais envolvidas com os cuidados de pessoas e os afazeres domésticos, com o registro de 22,0 horas semanais em 2019, ante 20,7 horas para mulheres brancas. Para os homens, contudo, o indicador pouco varia quando se considera a cor ou raça ou região. (IBGE, 2021, p.3)

A figura paterna considerada importante para a formação da criança, em outras épocas, torna-se secundária, dado o alto índice de abandono paterno e o não reconhecimento da paternidade<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Essa foi a segunda edição do estudo apresentada pelo IBGE (a primeira foi em 2014, utilizando os dados do Censo Demográfico de 2010). O Brasil integra, desde 2012, o Grupo Interinstitucional de Peritos em Estatísticas de Gênero (Inter-Agency and Expert Group on Gender Statistics - IAEG-GS), coordenado pela Divisão de Estatística das Nações Unidas (United Nations Statistical Division - UNSD) e composto por representantes dos programas de estatísticas de gênero de instituições internacionais, regionais e nacionais. Nesse arcabouço institucional, foi elaborado o Conjunto Mínimo de Indicadores de Gênero - CMIG (Minimum Set of Gender Indicators - MSGI), que norteia a organização dos indicadores dos informativos de estatísticas de gênero elaborados pelo IBGE. Do total de 52 indicadores quantitativos propostos no CMIG, foi possível construir 39, complementados por outros sete correlacionados a cada temática, alguns como proxies de indicadores originalmente propostos sem disponibilidade de dados no País. Os indicadores que constam do CMIG para o Brasil foram construídos a partir de fontes de dados variadas. No âmbito da produção pelo IBGE, foram utilizadas a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, a Projeção da População por Sexo e Idade, as Estatísticas do Registro Civil, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS e a Pesquisa de Informações Básicas Estaduais – Estaduais e Municipais - Munic. A essas somaram-se as fontes de dados do Ministério da Saúde (Datasus), Presidência da República, Congresso Nacional, Tribunal Superior Eleitoral - TSE e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP. (IBGE, 2021, p.2)

<sup>21</sup> Não é de hoje que o número de abandono afetivo amedronta as famílias brasileiras: em 2018, 5,74% dos registros de nascimento ficaram com o campo do nome do pai em branco e, em 2019, 6,15% das crianças nasceram sem ao menos o sobrenome paterno. No total, são mais de 5,5 milhões de adultos

O aumento considerável das responsabilidades maternas, desde o fim do século XVIII, eclipsou progressivamente a imagem do pai. Sua importância e sua autoridade, tão grandes no século XVII, entram em declínio, pois, assumindo a liderança no seio do lar, a mãe se apoderou de muitas de suas funções. Aparentemente, ninguém se queixa, pois a maioria dos textos justifica totalmente essa situação: o primado da mãe e o recuo do pai. (BADINTER, 1985, p. 281)

Uma contribuição fundamental para promover condições igualitárias entre homens e mulheres é representada pelo movimento feminista, como já citado anteriormente.

As ideias e ações feministas tentam superar uma arraigada desigualdade de gênero, que se reflete na falta de representatividade política das mulheres, que é histórica e se mantém ainda hoje, na desigualdade salarial em relação a homens que realizam o mesmo trabalho, nas estatísticas de violência contra a mulher, nos padrões de beleza, na forma de educar meninas e meninos e em uma série de outros aspectos. (LIMA, 2020)

O combate a essa desigualdade e a busca pelos direitos das mulheres começa, nas sociedades ocidentais, no final de século XIX e início do século XX, com a luta pelo direito ao voto pelas sufragistas. No entanto, Lima (2020) fala sobre registros que evidenciam o destaque da figura feminina desde muito antes: no ano de 1405, a autora Christine de Pizan, filósofa e escritora nascida na Itália, publicou “O livro da cidade das mulheres”, obra que reúne figuras femininas célebres da história em uma cidade alegórica, em resposta à misoginia<sup>22</sup> da obra “Romance da rosa”, de Jean de Meun.

No Brasil o movimento também iniciou com a luta para a conquista do direito ao voto. A bióloga Bertha Lutz foi uma das pioneiras, que juntamente com integrantes da Federação Brasileira para o Progresso Feminino, na década de 30, ajudou a instituir o voto feminino nacional. Porém, só mulheres assalariadas poderiam votar. (LIMA, 2020)

“É importante pensar que, mesmo diante das conquistas do feminismo, a família patriarcal ainda é a principal célula para a criação de um gênero (masculino ou feminino) desde a infância, a partir de uma lógica

---

que nunca tiveram o reconhecimento do progenitor. O dado alarmante é ressaltado quando, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 12 milhões de mães chefiam lares sozinhas, sem o apoio dos pais. Destas, mais de 57% vivem abaixo da linha da pobreza. (LÁZARO, 2020)

<sup>22</sup> Do grego, ela tem origem em duas palavras: *miseó*, que significa "ódio", e *gyné*, que significa "mulher". Nos dicionários, ela está relacionada ao ódio ou aversão às mulheres. Entende-se que a misoginia pode se manifestar de diversas formas, como através da objetificação, da depreciação, do descrédito e dos vários tipos de violência contra a mulher, seja física, moral, sexual, patrimonial ou psicologicamente. (Revista Galileu, 2020).

de diferenciação que subalterniza a mulher.” (NOGUEIRA; PEREIRA; TOITIO, 2020, p. 46)

O movimento não contemplava a luta de todas, pois enquanto as mulheres brancas lutavam por direito ao voto e a serem independentes (trabalhar, estudar), as mulheres pretas lutavam por sobrevivência.

Assim como era o caso em relação às sufragistas, mulheres de outras classes e identidades raciais tinham demandas distintas em relação às mulheres brancas e de classe média que são colocadas como protagonistas da segunda onda. Reivindicar o direito de trabalhar fora de casa, por exemplo, não fazia sentido para mulheres negras e pobres, que haviam trabalhado fora desde sempre. (LIMA, 2020)

O feminismo não somente proporcionou a conquista do voto pelas mulheres; mas auxiliou na geração de leis e de políticas públicas voltadas para as mulheres, como visto ao longo deste trabalho. A participação das mulheres nos espaços públicos e de governo é primordial para que cada vez mais tenhamos avanços em todas as áreas.

No Brasil, a lei Maria da Penha, de 2006, de combate à violência doméstica, a lei do feminicídio, de 2015, que agrava a pena de assassinatos cometidos com motivação ligada ao gênero e a lei de importunação sexual, de 2018, que trata do abuso sexual e da divulgação de imagens íntimas, foram resultado de mobilizações históricas do movimento feminista brasileiro com relação a esses temas. (*Ibidem*, 2020)

Apesar desses tipos de violência serem combatidos com legislação específica no âmbito federal, há alguns que ainda não possuem, como é o caso da violência obstétrica, como veremos no próximo tópico.

### **3.2 - A violência obstétrica em foco.**

Para abordar a violência de gênero, enquanto expressão da questão social, é preciso entender o processo de formação do sistema capitalista.

A contradição existente entre o capital e o trabalho é o que causa o fortalecimento dos métodos de atuação do capitalismo, ocasionando no surgimento das expressões da

questão social<sup>23</sup>, termo que surgiu para explicitar o fenômeno do pauperismo, surgido na Europa, no século XVIII, quando essa experimentava a primeira onda da industrialização. A desigualdade entre as classes sociais era evidente. É certo que antes disso já havia ricos e pobres, mas a pobreza passou a crescer em “relação direta em que aumentava a capacidade de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 40)

As manifestações da questão social, como a desigualdade, desemprego, fome, entre outras; são vistas como desdobramentos que não podem ser eliminados na sociedade burguesa, que podem até sofrer uma intervenção para que diminuam, porém são impossíveis de deixarem de existir. A questão social passa a ser combatida utilizando-se aspectos moralizantes e superficiais, sem afetar a ordem econômica vigente e sem alterar a lógica burguesa e capitalista. A exploração imposta aos trabalhadores na sociedade capitalista, a busca do lucro a todo custo, acaba por perpetuar e alimentar a existência da questão social.

Segundo a Convenção de Belém do Pará (1994), a violência contra a mulher é definida como “qualquer conduta, de ação ou omissão, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, no âmbito público ou privado.”

O movimento feminista, como vimos na primeira parte deste capítulo auxiliou na conquista de direitos das mulheres; e promoveu uma mudança na sociedade, principalmente a capitalista, que é estabelecida no padrão patriarcal e machista.

O feminismo também provocou uma mudança significativa na forma como a sociedade encara a violência contra as mulheres. Vista no passado como um assunto privado, “de marido e mulher”, a violência doméstica se tornou uma questão política e um problema social a ser combatido com leis e políticas públicas. A criminalização e as ações de proteção às vítimas – como a criação de abrigos – começaram a acontecer em diferentes países na segunda metade do século 20. O movimento feminista também agiu e segue agindo para modificar uma cultura que responsabiliza as mulheres pela violência sofrida. (LIMA, 2020)

---

<sup>23</sup> Segundo Iamamoto e Carvalho, a questão social “[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p.77)

A FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) preparou uma cartilha para orientar profissionais de saúde quanto ao aumento das denúncias de violência doméstica, devido a situação de pandemia<sup>24</sup> que estamos vivenciando desde 2020, por ser:

[...] fundamental que os profissionais das redes de proteção e cuidado às pessoas em situação de violência estejam cientes dos riscos deste aumento durante a pandemia e que são atores importantes na identificação e acompanhamento dessas pessoas.” (BRASIL, 2020, p. 3-4)

Na Cartilha está presente que:

A violência é um fenômeno social, complexo multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a violência como um problema de saúde pública. Em situações de pandemia, tais como da COVID-19, os indicadores de países como China, Espanha e Brasil evidenciam que os casos de violência já existentes se agravam e, ao mesmo tempo, emergem novos casos. Na China, os números da violência doméstica triplicaram; na França houve um aumento de 30% das denúncias e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50%. A Itália, assim como os demais países, também indicou que as denúncias de violência doméstica estão em ascensão (CAMPBELL, 2020).

Apesar dos casos terem se agravado e as denúncias aumentado neste período, a questão da violência contra a mulher não é algo isolado. Estima-se que um terço das mulheres, no mundo, vivenciarão violência física e/ou sexual em algum momento da vida. A violência cometida pelo parceiro íntimo é a forma mais comum. (Brasil, 2020, p. 11)

O Atlas da Violência 2020, idealizado pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) traz alguns números acerca da violência letal<sup>25</sup> em que as vítimas são mulheres:

Em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. Seguindo a tendência de redução da taxa geral de homicídios no país, a taxa de homicídios contra mulheres apresentou uma queda de 9,3% entre 2017 e 2018. (IPEA, 2020, p. 34)

---

<sup>24</sup> Durante a pandemia de Covid-19 foram estabelecidas várias medidas para conter o vírus, dentre as quais se encontra o lockdown (confinamento), que visa diminuir ou parar a circulação de pessoas através do fechamento de serviços não essenciais. Com isso, as pessoas tiveram que ficar mais tempo juntas, dentro da mesma casa durante um longo período. Não queremos dizer que a pandemia acirrou os casos de violência doméstica, mas que as denúncias se intensificaram nesse período, por diversas razões que não cabe serem apontadas no presente estudo.

<sup>25</sup> Uma importante discussão que acompanha o debate sobre os homicídios de mulheres é a questão do feminicídio. No Brasil, a tipificação criminal foi dada pela Lei no 13.104, de 2015, que definiu o crime como o homicídio de mulheres em contexto de violência doméstica e familiar ou em decorrência do menosprezo ou discriminação à condição de mulher. (IPEA, 2020, p. 38)

Em relação às mulheres negras, a situação apresentada foi a seguinte:

Se, entre 2017 e 2018, houve uma queda de 12,3% nos homicídios de mulheres não negras, entre as mulheres negras essa redução foi de 7,2%. Analisando-se o período entre 2008 e 2018, essa diferença fica ainda mais evidente: enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%. (IPEA, 2020, p.37)

O estudo continua dizendo que:

Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por homicídios no último ano foi de 2,8 por 100 mil, entre as negras a taxa chegou a 5,2 por 100 mil, praticamente o dobro. (*Ibidem*)

Observando esses resultados podemos ver que a questão racial é um fator importante de desigualdade, e que se sobrepõe ao gênero e a classe social.

Um tipo de violência de gênero, e que atinge de forma exclusiva a mulher é a violência obstétrica, que é cometida contra mulheres no período gestacional, no pré e pós parto, puerpério e em situações de abortamento. A Venezuela (2007) e Argentina (2004) foram os países pioneiros a conceituar e criminalizar a violência obstétrica, assim definida na lei venezuelana:

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.32).

De acordo com pesquisa da “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” da Fundação Perseu Abramo e Sesc (Serviço Social do Comércio) feita no ano de 2010, aproximadamente uma em cada quatro mulheres no Brasil<sup>26</sup> sofreu com algum tipo de violência durante o parto. Abusos físicos e psicológicos, como gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência ou falta de informações, foram os mais citados no estudo.

O termo pode ter também outras nomenclaturas:

---

<sup>26</sup> Foram feitas entrevistas com 2.365 mulheres e 1.181 homens em todo o país, com 15 anos de idade ou mais.

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (DINIZ et. al., 2015.p.3)

Assis (2018) traz em sua pesquisa dados que demonstram que as mulheres negras representam a maioria das vítimas de morte materna no Brasil<sup>27</sup>.

É preciso estar com a atenção redobrada a representação que o corpo feminino negro possui dentro dos espaços de assistência à saúde, pois o racismo institucional naturaliza a interpretação de que as mulheres negras são mais fortes e, portanto, não teriam necessidade de anestesia para alívio da dor, por exemplo. (p. 11)

O fator de classe também é presente, porém a questão de raça tem sido fator predominante<sup>28</sup>, pela presença do racismo institucional.

As mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos como episiotomia<sup>29</sup>, fórceps ou até mesmo cesarianas conforme o ordenamento hierárquico do valor social das pacientes, evidenciando a

---

<sup>27</sup> Segundo o Dossiê “A situação dos Direitos Humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações” (CRIOLA; GELEDES, 2016) as mulheres negras são 62% das vítimas de morte maternas no Brasil. (ASSIS, 2017, p.7)

<sup>28</sup> O alto índice de óbitos maternos de mulheres negras foi alvo de audiência pública realizada pela Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis do país da Câmara dos Deputados (Brasília). Na época foi informado que as intercorrências que provocam os óbitos maternos vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as mulheres negras (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016). A audiência apurou que entre os anos de 2000 e 2012 as mortes por hemorragia caíram entre as brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre as mulheres negras aumentou de 190 para 202 casos. Embora as investigações sobre as causas das mortes de mulheres em idade fértil venham crescendo e tal fato impacte nos resultados expostos, há que se levar em consideração, além de fatores clínicos e socioeconômicos, a concreticidade do racismo institucional. (ASSIS, 2017, p. 7)

<sup>29</sup> É um corte na vulva e na vagina feito com uma tesoura ou bisturi comumente chamado de “pique” ou “episio”, realizado rotineiramente no parto vaginal. Esse procedimento cirúrgico começou a ser recomendado como prática rotineira no início do século passado sem qualquer embasamento científico e tornou-se uma tradição que continua a ser ensinada nas faculdades brasileiras. A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde contraindicam o uso rotineiro da episiotomia. Em alguns países onde se utilizam boas práticas na assistência ao parto, esse procedimento é realizado em menos de 10% dos partos normais e esse uso mais raro e criterioso não prejudica a saúde nem o bem-estar das mulheres e nem o dos recém-nascidos. Além desse procedimento, outros bastante comuns e comprovadamente prejudiciais continuam sendo praticados com muita frequência no Brasil. Alguns exemplos são: impedir que a mulher tenha acompanhante, o uso rotineiro de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, o jejum, a manobra de Kristeller (em que profissionais empurram a barriga ou sobem em cima da mulher), mandar a mulher fazer força quando ela não tem vontade. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014a)

existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento. (DINIZ et al., 2015, p. 4)

No quadro abaixo, adaptado do texto de Diniz et. al. (2015), vamos demonstrar as situações de abuso, desrespeito e violência praticados nos serviços de saúde, bem como os direitos correspondentes que estão sendo violados.

**Quadro 1 – Desrespeitos, abusos, violências e direitos violados**

Desrespeito e abuso	Direito	Violência
Abuso físico	Estar livre de danos e maus tratos	Toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia
Intervenções impostas ou baseadas em informações distorcidas	Ser informada e respeitada, inclusive poder recusar algum procedimento. E também de livre escolha de acompanhante durante o atendimento	Desrespeitar ou não considerar o plano de parto, e induzir cesárea alegando risco de parto normal para a mãe e o bebê
Atendimento não confidencial ou não privativo	Privacidade e confidencialidade	Enfermarias de parto coletivas, e sem separação entre os leitos (biombo, cortina etc.); e não permitir acompanhante alegando falta de privacidade, devido ao ambiente inadequado
Atendimento indigno e abuso verbal	Dignidade e respeito	Comunicação desrespeitosas e humilhante, não atendendo pedidos de ajuda da gestante, inclusive em casos de dor

		(“quando fez achou bom, agora aguenta”)
Discriminação	Igualdade, não discriminação e equidade	Tratamento diferenciado conforme raça ou classe social (tratar bem uma mulher branca, de classe média alta e mal uma mulher negra e pobre)
Recusa de assistência	Cuidado a saúde	Recusa de assistência a mulheres que “reclamam demais” ou fazem muitas exigências.

**Fonte: Adaptada de DINIZ et. al. (2015) e elaborado pela própria autora (2021)**

A OMS reconheceu, em 2014, a violência obstétrica como uma questão de saúde pública que “afeta diretamente as mulheres e seus bebês. (LANSKY et. al. 2019, p.2812)

No Brasil não há, ainda, legislação federal específica para criminalizar ou combater esse tipo de violência<sup>30</sup>. Porém, estados e municípios têm se movimentado para elaborar dispositivos legais que possam tratar exclusivamente deste tema. Alguns exemplos são Alagoas, Rio Branco e Curitiba<sup>31</sup>. As iniciativas para combater a violência obstétrica em forma de legislação ainda são bem recentes, assim como a discussão em torno do tema.

O Estado segue tutelando o corpo das mulheres, com iniciativas que não contemplam seus direitos, tendo apenas cunho proibicionista e controlador. No ano de 2019 a discussão sobre a temática da violência obstétrica teve muitos retrocessos. O primeiro ocorreu em maio, com um despacho proferido pelo Ministério da Saúde, em que

<sup>30</sup> O deputado federal Jean Wyllys apresentou um projeto de lei em 2014 (PL 7663/2014) que previa a atenção humanizada a gestante e ao nascituro: “Para os efeitos desta Lei, 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 [...]”. (BRASIL, 2014, p.1). O projeto também propõe punição e responsabilização nas esferas civil e criminal para os profissionais de saúde que cometerem atos de violência obstétrica.

<sup>31</sup> No município do Rio, a vereadora Marielle Franco apresentou projeto de lei em 2017 (PL 16/2017) para a criação de um programa de atenção humanizada ao aborto legal, que também contemplava o combate à violência obstétrica nos atendimentos. Através de um projeto da Comissão da Mulher da Câmara Municipal, em que Marielle era presidente, foi aprovada a Lei 6.282/2017, que estabelece a criação de mais casas de parto no Rio (que no momento tem apenas uma). O programa “Centro de Parto Normal e Casa de Parto” prevê em até cinco anos criar novos espaços similares em todas as regiões da cidade, com atendimento humanizado e exclusivo ao parto normal. A lei prevê capacitação dos profissionais de saúde e acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde para garantir a qualidade do atendimento à mulher, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna.

há recomendação para a suspensão do uso do termo ‘violência obstétrica, considerando-o inadequado<sup>32</sup>.

Isso ocorreu após o Conselho Federal de Medicina emitir um parecer criticando o uso do termo “enfazando que o mesmo ataca diretamente médicos obstetras e ginecologistas. O documento coloca que o termo violência obstétrica possui caráter político-ideológico e que não deveria ser utilizado.” (JANSEN, 2019). Em junho, após a recomendação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde mudou o tom, e reconheceu a legitimidade do uso do termo<sup>33</sup>.

Já no dia 17 de setembro de 2019 foi lançada a Resolução nº 2.232, de autoria do Conselho Federal de Medicina. Essa resolução trata da “recusa terapêutica”, ou seja, o direito de um paciente recusar práticas sugeridas por seu médico. Porém prevê situações em que essa recusa pode ser negada, e o tratamento ocorrer independente da vontade do paciente, principalmente nos casos em que tenha que se escolher entre mãe e feto. Se houver riscos para o nascituro em determinada situação, e houver recusa da mãe para a realização de tratamento ou ato médico prevalecerá o que for melhor para o primeiro.

Outro ponto polêmico da resolução é o da objeção de consciência<sup>34</sup>, previsto pelos artigos 7º e 8º, que faculta ao médico se abster do tratamento nos casos em que a recusa terapêutica seja contrária “aos ditames de sua consciência”. A realização do aborto já é

---

<sup>32</sup> A definição isolada do termo violência é assim expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Essa definição associa claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado na sequência gestação-parto-puerpério.

<sup>33</sup> O documento divulgado pelo Ministério Público fala dos diversos casos de violência obstétrica registrados em um inquérito civil de 1952 páginas. Crítica, ainda, a maneira como o Ministério da Saúde se utiliza da palavra violência, dizendo que há uma distorção do seu sentido como apresentado pela Organização Mundial da Saúde. No fim, o MP recomenda que o MS esclareça que a expressão “violência obstétrica” já é consagrada nos meios acadêmico, jurídico e civil. (Recomendação 029/2019)

<sup>34</sup> Segundo a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, não cabe objeção de consciência no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência; sendo dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres. Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 55)

prevista em lei em casos de estupro, risco para a vida ou saúde da gestante ou anencefalia do feto<sup>35</sup>.

A cartilha da ONG Parto do Princípio<sup>36</sup> (2014) traz algumas orientações e esclarecimentos acerca dos procedimentos a serem adotados no caso de a mulher já ter sofrido a violência.

Nesta cartilha há exemplos de situações reais vivenciadas pelas mulheres que podem ser consideradas como de violência obstétrica. Caso você tenha vivido alguma delas ou conheça alguém que tenha passado por isso, procure a ouvidoria da instituição de saúde onde o caso aconteceu e faça uma denúncia. Você também pode ligar para a ouvidoria do SUS e da ANS, pode denunciar no Ministério Público Federal ou Ministério Público Estadual. (p. 4)

A denúncia é uma forma bastante importante e necessária para que os casos sejam solucionados e punidos, porém:

Ainda não existem mecanismos próprios para identificar e notificar a violência obstétrica, o que colabora para que esse problema continue sendo invisível para a sociedade. Os serviços que funcionam atualmente não estão preparados para receber denúncias de violência no atendimento obstétrico e sua estrutura não favorece esse tipo de registro. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 22)

Contudo, a responsabilização dos atos não deve recair sobre a mulher, que se constitui vítima. Há que se ter uma mudança em toda a estrutura dos serviços de saúde, na formação dos profissionais (médicos, enfermeiros), e no estímulo a denúncia e investigação dos relatos referentes a violência obstétrica que ocorre no interior de clínicas e hospitais públicos e privados.

---

<sup>35</sup> O aborto legal em caso de estupro já é previsto no Código Penal desde 1940, porém o procedimento só foi instituído na rede pública de saúde em 1989. Em 2013 entrou em vigor a Lei 12.845 que versa sobre o atendimento integral de pessoas vítimas de violência sexual. Desde 2013 as duas notas técnicas do Ministério da Saúde sobre o tema têm força de lei: “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes”, do ano de 1999; e “Atenção Humanizada ao Abortamento”, do ano de 2005. Para ter acesso ao aborto legal é necessário que a mulher procure o serviço de saúde e relate o que aconteceu. Não há exigência de boletim de ocorrência ou autorização judicial. (VICENTIM, 2020)

<sup>36</sup> Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela melhoria da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e aborto, tendo como principal norteador a defesa da autonomia da mulher. A rede atua na articulação de mulheres nos âmbitos local, regional e nacional, oferecendo espaços (presenciais e virtuais) para troca de experiências entre mulheres sobre assistência ao parto e de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A rede realiza denúncias referentes à assistência e ao acesso à saúde, reivindicações de políticas públicas efetivas a fim de combater a violência obstétrica (violência institucional na assistência à gestação, ao parto, pós-parto e abortamento), ações de divulgação de direitos das mulheres, entre outras ações. (CARTILHA PARTO DO PRINCÍPIO, 2014)

Como Diniz deixa claro “a formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança. Porém, “o conjunto da educação dos profissionais tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los com formação humanista” (DINIZ et. al. 2015, p.4)

A violência obstétrica é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento. (LANSKY et. al., 2019, p. 2812-2813)

A mulher deve ser informada de seus direitos desde o pré natal, tendo a possibilidade de efetuar denúncia sem constrangimentos, caso perceba violação de algum deles. Segundo a Portaria n. 1820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, [...] (BRASIL, 2009)

A portaria apresenta uma série de garantias que devem ser aplicadas a partir da determinação contida neste parágrafo, visando um atendimento seguro, respeitoso e livre de qualquer tipo de violência, abuso ou danos aos pacientes. Podemos perceber que há um esforço, seja por instituições do Estado, ONGs, entre outras, no intuito de disseminar informações e combater a violência obstétrica. O debate acerca da temática deve ser cada vez mais estimulado e ocupar todos os espaços, principalmente o da saúde, que se estabelece como um dos campos de atuação do profissional de Serviço Social.

No próximo capítulo vamos observar como se dá a discussão em torno da temática no interior do Serviço Social, tendo como base os trabalhos apresentados nas edições 2016 e 2019 do CBAS.

#### **4 Capítulo 3 - As contribuições do Serviço Social para a temática da violência obstétrica: uma análise das produções do CBAS de 2016 2019**

O presente capítulo demonstrará a análise efetuada nos artigos do CBAS 2016 e 2019, nos marcadores mulher, violência e finalmente, violência obstétrica, procurando mapear a produção acerca dessas temáticas no interior da profissão, tomando como parâmetro os trabalhos apresentados nestas duas edições.

A pesquisa com os artigos do CBAS 2016 foi realizada, a princípio, com os artigos armazenados numa pasta, onde analisei cada um de forma individual para saber o tema. Depois encontrei um *site*<sup>37</sup> com todos os trabalhos aprovados e apresentados, o que facilitou bastante a busca e a análise. Já os trabalhos do CBAS 2019 foram obtidos a partir de uma coletânea<sup>38</sup> com a publicação dos 1741 trabalhos apresentados em apenas um dia, na parte da manhã e da tarde.

Os artigos sobre violência obstétrica foram analisados a parte, procurando analisar a concepção de violência obstétrica contida nos textos e traçar um perfil das publicações e de seus autores. Num primeiro momento foi feita uma breve apresentação da categoria profissional do Serviço Social e sua atuação com as contradições presentes na sociedade capitalista e também em seu exercício profissional.

Num segundo momento foi falado sobre a importância do CBAS para a categoria, e a relevância dos debates levantados no evento, bem como uma breve história acerca do mesmo. Por fim, houve a exposição dos resultados com os marcadores citados e da análise das produções referentes a temática objeto deste trabalho: a violência obstétrica.

##### **4.1- O Serviço Social: possibilidades e limites do projeto ético-político.**

O início da profissionalização do Serviço Social no Brasil culmina com a implantação das políticas sociais no Brasil, pois as primeiras escolas surgiram no final da década de 30. Nas décadas de 40 e 50 houve um reconhecimento da importância da profissão, que foi regulamentada em 1957, através da Lei n. 3252.

---

<sup>37</sup> [cbas2016.bonino.com.br/](http://cbas2016.bonino.com.br/)

<sup>38</sup> <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/index>

Após profundas mudanças na sociedade brasileira e no interior da profissão, ocorreu uma nova regulamentação pela Lei n. 8662 em 1993. Ainda em 1993, o Serviço Social instituiu um novo Código de Ética aprovado em 13 de março de 1993, que sofreu alterações introduzidas pelas Resoluções de números 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11 do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social).

O Serviço Social consolida-se como profissão e a partir da divisão do trabalho, que “supõe inseri-la no conjunto das condições e relações sociais que lhe atribuem um sentido histórico e nas quais se torna possível e necessária”. (IAMAMOTO, 1992, p. 88).

O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes – a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial – e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 77)

Mesmo reconhecido como um profissional liberal, não possui autonomia na execução de suas atividades, como deixa claro Iamamoto (2010), quando diz que:

Além de ser legalmente facultado o exercício independente da profissão, o Serviço Social dispõe de algumas características típicas de uma profissão liberal: a existência de uma relativa autonomia, por parte do assistente social, quanto à forma de condução de seu atendimento junto a indivíduos e/ou grupos sociais com os quais trabalha, o que requer o compromisso com valores e princípios éticos norteadores da ação profissional, explicitados no Código de Ética Profissional. Entretanto, o assistente social afirma-se socialmente como um trabalhador assalariado, cuja inserção no mercado de trabalho passa por uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada com organismos empregadores, estatais ou privados. Sendo os assistentes sociais proprietários de sua força de trabalho qualificada, não dispõem, todavia, de todos os meios e condições necessários para a efetivação de seu trabalho, parte dos quais lhes são fornecidos pelas entidades empregadoras. (p. 95-96)

Sendo o objeto de trabalho do assistente social a ‘questão social’, o mesmo atua lidando com o conflito de interesses presente na contradição capital/trabalho. Desta forma ele deve utilizar e adaptar seus conhecimentos sobre a realidade dos indivíduos, de maneira a respeitar suas peculiaridades, o que auxilia na resolução de um conjunto de demandas que se apresentam a ele diariamente.

A matéria-prima do trabalho do assistente social (ou da equipe profissional em que se insere) encontra-se no âmbito da questão social em suas múltiplas manifestações – saúde da mulher, relações de gênero, pobreza, habitação popular, urbanização de favelas etc -, tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações sociais quotidianas, às quais respondem com ações, pensamentos e sentimentos. Tais questões são abordadas pelo assistente social por meio de inúmeros recortes, que contribuem para delimitar o “campo” ou objeto do trabalho profissional no âmbito da questão social. (IAMAMOTO, 2010, p.100)

A profissão passou por um processo de renovação<sup>39</sup>, a partir da década de 60, o qual foi fortemente influenciado por um momento histórico do Serviço Social na América Latina, o Movimento de Reconceituação<sup>40</sup>, que buscou romper com as bases conservadoras e assistencialistas que existiam no interior da profissão.

Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrações da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas e demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais. (NETTO, 2011, p. 131)

---

<sup>39</sup> Segundo Netto (2011), esse período se divide em três momentos: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura, num período compreendido entre 1965 a 1985, em pleno processo da Ditadura Civil-Militar. Segundo Silva (2017) a perspectiva modernizadora buscava adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-64. O auge da formulação foram os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis; a reatualização do conservadorismo, recupera a herança histórica e conservadora da profissão e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se aclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana. Essa perspectiva possui uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional e utiliza-se da fenomenologia; e a perspectiva que se propõe como intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, que faz uma crítica sistemática ao desempenho tradicional e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos, como também um resgate crítico de tendências que supunham rupturas político-sociais de porte para adequar as respostas profissionais às demandas estruturais do desenvolvimento brasileiro. E recorre progressivamente à tradição marxista, revelando as dificuldades da sua afirmação no marco sociopolítico da autocracia burguesa. (SILVA, 2017, p. 07-08)

<sup>40</sup> Como diz Netto: “É no marco da reconceptualização que, pela primeira vez de forma aberta, a elaboração do Serviço Social vai socorrer-se da tradição marxista – e o fato central é que, depois da reconceptualização, o pensamento de raiz marxiana deixou de ser estranho ao universo profissional dos assistentes sociais. [...] o principal é que, a partir de então, criaram-se as bases, antes inexistentes, para pensar-se a profissão sob a lente de correntes marxistas; a partir daí, a interlocução entre o Serviço Social e a tradição marxista inscreveu-se como um dado da modernidade profissional. (NETTO, 2011, p. 148-149)

Sobre este momento, Iamamoto (2011) completa dizendo que:

[...] não restou outro caminho – para a dinamização de uma análise crítica do Serviço Social – senão o mergulho na pesquisa histórica, aliada a uma crítica teórica rigorosa do ideário profissional; um esforço de articulação entre a crítica do conhecimento, a história e a profissão, que passa a nortear o debate brasileiro no âmbito da tradição marxista. Sua relação com o legado do movimento de reconceituação foi de continuidade e ruptura, que se desdobrou na superação da reconceituação. A linha de continuidade manifestou-se na retomada de um espírito essencialmente crítico no trato com o conservadorismo profissional e no resgate da inspiração marxista para a interpretação da sociedade e da profissão. Aponta para a construção de um novo Serviço Social que contemple os interesses sociais daqueles que, criando a riqueza social, dela não se apropriam – o conjunto dos trabalhadores – no horizonte da ultrapassagem do próprio ordenamento capitalista. (p. 218)

O profissional é a todo momento convocado a romper com o conservadorismo, que afinal não se extinguiu com o processo de renovação. O assistente social vive, ainda, num cenário de contradição, não somente provocado pelo sistema capitalista, mas pelos entraves ao pleno exercício profissional, encontrados em seu local de trabalho. Soma-se a isso o aumento da demanda dos usuários, devido ao agravamento das condições de vida e aos limites colocados pelos recursos que são disponibilizados pelas prestadoras dos serviços sociais públicos.

A política social é reduzida, no discurso do governo, aos tradicionais campos: educação, saúde, habitação etc., a partir dos quais são compartimentalizadas, as necessidades vitais de reprodução da classe trabalhadora em seu conteúdo moral e histórico. As soluções passam a ser definidas a partir de programas específicos que individualizam respostas de reivindicações de conteúdo coletivos. Essas mesmas respostas, isto é, programas sociais, passam por sua vez a constituir-se em campos de investimento de capitais nacional e estrangeiro [...] subordinando a qualidade dos serviços ao lucro das empresas (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009, p. 363)

As mudanças societárias também trazem desafios que interferem na atuação profissional, à medida que:

Acentua-se a tendência neoconservadora, focalista, controlista, localista, de abordagem microscópica das questões sociais, transformadas em problemas ético-morais. Dadas estas condições efetivamente precárias, o atendimento da demanda real ou potencial

fica prejudicado, comprometendo o processo, fundamentalmente, os resultados da intervenção profissional. (GUERRA, 2005, p. 24)

São inúmeros os desafios que o profissional deve enfrentar, tendo em vista os tempos atuais em que o conservadorismo e as políticas neoliberais reaparecem fortemente na sociedade brasileira<sup>41</sup>.

Segundo os princípios contidos no Código de Ética vigente, o profissional deve atuar na defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo (II); bem como optar por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero (XI). (CFESS, 1993, p. 23-24)

Portanto, torna-se imprescindível a atuação do assistente social no combate a qualquer forma de violência, seja no âmbito privado (doméstico) ou institucional, como é o caso da violência obstétrica. O profissional deve alinhar as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política que compõem o fazer profissional, fundamentando sua prática em valores dispostos no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão; atuando na defesa irrestrita dos direitos humanos e na garantia de acesso aos direitos previstos em lei aos usuários; sem medir esforços para que haja uma sociedade mais justa e igualitária.

---

<sup>41</sup> Em recente reunião do Conselho Pleno do CFESS (2021), Iamamoto falou sobre o momento atual e sobre a necessidade de resistência por parte da categoria profissional. “Vivemos tempos sombrios, num cenário ultraliberal, reacionário, potencializado pela pandemia mundial. E nesse contexto adverso é que a resistência é mais necessária”. Para ela, entender as expressões da questão social na vida cotidiana dos sujeitos sempre foi uma particularidade do Serviço Social. E foi nos momentos mais duros, como nos anos 1970 e 1980, que emergiram experiências inovadoras, de resistência política e que fundaram as bases do projeto ético-político profissional, que fundamenta o trabalho da categoria há mais de quatro décadas. Nesse sentido, alertou para os problemas de uma recente retomada de tendências conservadoras que vêm surgindo em uma parcela da profissão, que busca resgatar como referência técnica práticas fundadas no serviço social estadunidense, supostamente neutro/apolítico. Iamamoto chama a atenção: esse discurso não tem nada de apolítico, pelo contrário, aponta para uma direção conservadora, que retoma a profissão numa perspectiva que individualiza e responsabiliza o usuário ou usuária pela sua condição. E mais: tenta ocultar a ideologia da direita. Por isso, a professora ressalta: “é preciso rever o passado para retomar a práxis da resistência. Para enfrentar essa tendência conservadora, é preciso se inspirar na efervescência teórico, política, crítica e metodológica que contribuiu para a virada do Serviço Social brasileiro e fundou o Projeto ético-político, que assistentes sociais carregam no seu cotidiano”. Ela lembrou também que na atual conjuntura, a intencionalidade do Projeto ético-político profissional tem sido constantemente tensionada pelas inúmeras demandas e requisições institucionais, que restringem recursos e direitos. Iamamoto aponta possibilidades: retomar a dimensão política e educativa do Serviço Social, uma profissão cuja prática crítica é também inspirada na educação de base; valorizar o trabalho cotidiano de profissionais, que lidam com uma imensa população usuária desprovida de qualquer direito.

## **4.2 - A importância do CBAS para o serviço social e a participação da categoria no debate sobre a violência obstétrica, a partir da análise dos trabalhos do CBAS 2016 e 2019.**

Antes de partirmos para a apresentação e discussão dos resultados obtidos, vamos falar um pouco sobre a história do evento. O CBAS tem uma importância histórica para a categoria do Serviço Social, contribuindo e estimulando o debate entre profissionais e estudantes em diferentes níveis, pois a discussão que o evento produz abarca desde estudantes de bacharelado, a mestres, doutores, pós-graduandos. De fato, se constitui um espaço democrático, onde são discutidos assuntos atuais e de interesse da categoria. Apesar disso, há uma dificuldade da participação de profissionais além do meio acadêmico, visto os altos custos demandados para tal, como valor da inscrição e deslocamento.

Segundo Dias (2019), o evento “consiste em um importante momento de organização política e profissional da categoria”. (p.1) Além disso, se constitui o maior evento do Serviço Social brasileiro:

possuindo uma natureza político-científica com debates que subsidiam a construção da agenda das entidades nacionais da categoria, o conjunto CFESS/CRESS (Conselhos Federal e Estadual do Serviço Social), ABEPSS (Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social) e ENESSO (Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social)<sup>42</sup>. (Ibidem, p.1-2)

O primeiro<sup>43</sup> evento de cunho nacional da categoria foi o Congresso Brasileiro de Serviço Social, que ocorreu em São Paulo em 1947, promovido pelo (CEAS) Centro de Estudos e Ação Social.

Segundo Iamamoto (2009):

Constitui-se no primeiro grande conclave que reúne representantes das principais entidades particulares e governamentais ligadas ao Serviço Social e à Assistência. Apresenta, também, o caráter do encontro preparatório para o 2º Congresso Pan-Americano de Serviço Social a ser realizado no Brasil, em 1949.” (p. 328)

---

<sup>42</sup> O conjunto CFESS/ CRESS são as entidades responsáveis pela fiscalização do exercício profissional do Serviço Social; a ABEPSS é a entidade responsável por coordenar o debate sobre o projeto de formação profissional; e a ENESSO é responsável pela mobilização do movimento estudantil do Serviço Social. A articulação entre essas entidades possibilitou o compromisso com a defesa dos interesses democráticos e dos direitos sociais universais no Serviço Social brasileiro. (DIAS, 2019, p. 2)

<sup>43</sup> Num total de 3 eventos, que se realizaram posteriormente em 1961 e 1965.

A primeira edição do CBAS ocorreu em 1974, a segunda em 1976, e a histórica terceira edição ocorreu em 1979, entre os dias 23 a 28 de setembro, na cidade de São Paulo; sendo promovido pelo Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS), conhecido atualmente como CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) e pelo CRESS de São Paulo. O III Congresso ocorreu no contexto da ditadura civil-militar, e ficou conhecido como Congresso da Virada, assim chamado, pois:

[...] marcou profundamente a categoria profissional como um momento de grandes mudanças para a profissão, abrindo novos horizontes onde a luta fosse por um estado democrático ao lado da classe trabalhadora e não mais sob o domínio conservador. (GODOY; COUTO, 2009, p.2)

Segundo Dias, esse nome se explica por essa virada na categoria profissional, e também na atitude dos participantes que viraram as costas para a mesa do evento, numa atitude de oposição às autoridades governamentais que estavam presentes.

Tornou-se um marco no processo de politização e mobilização dos profissionais e estudantes do Serviço Social brasileiro. Expressou a vontade política da categoria profissional organizada, representando a reativação das entidades sindicais durante esse processo, além da substituição dos componentes da mesa-oficiais da ditadura-por representantes da classe trabalhadora. (DIAS, 2019, p. 5)

Os Congressos que se seguiram continuaram trazendo grandes contribuições para a categoria, permitindo o diálogo entre estudantes e profissionais, que se transforma em inspiração para futuros debates.

Sobre os dois Congressos que serviram de base para o estudo: o 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais<sup>44</sup> ocorreu nos dias 05 a 09 de setembro de 2016, em Olinda, capital de Pernambuco; e marcou a comemoração pelos 80 anos da criação do primeiro curso de Serviço Social no Brasil, os 60 anos de fundação da ABEPSS e os 20 anos das Diretrizes Curriculares O 16º CBAS aconteceu nos dias 30 de outubro a 03 de novembro de 2019, em Brasília, Distrito Federal; e marcou a comemoração pelos 40 anos do Congresso da Virada.

No CBAS 2016 foram apresentados 1426 trabalhos. Dentre estes apenas 4 versaram sobre a temática da violência obstétrica. Já os trabalhos do CBAS 2019 alcançaram a

---

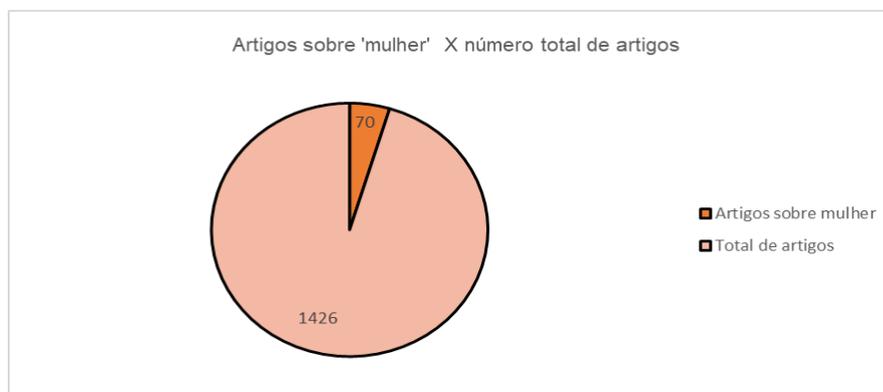
<sup>44</sup> Em 2016 o Serviço Social brasileiro completou 80 anos de história e o mote do CBAS foi: “com a certeza na frente e a história na mão”, parafraseando a música de Geraldo Vandré, “Pra não dizer que não falei das flores”. (CFESS,2016)

soma total de 1741 trabalhos. Nessa edição apenas 6 trabalhos versaram sobre a temática da violência obstétrica.

Fizemos uma análise separada de cada evento, em relação aos marcadores e a quantidade total, expressa em gráficos. Após será efetuada uma análise dos artigos que versam sobre a violência obstétrica.

Iniciaremos a análise com os trabalhos do CBAS 2016 que contém o marcador 'mulher'. Foram encontrados 70 resultados. Em relação ao número total de artigos esse número representa, aproximadamente, 4,91%.

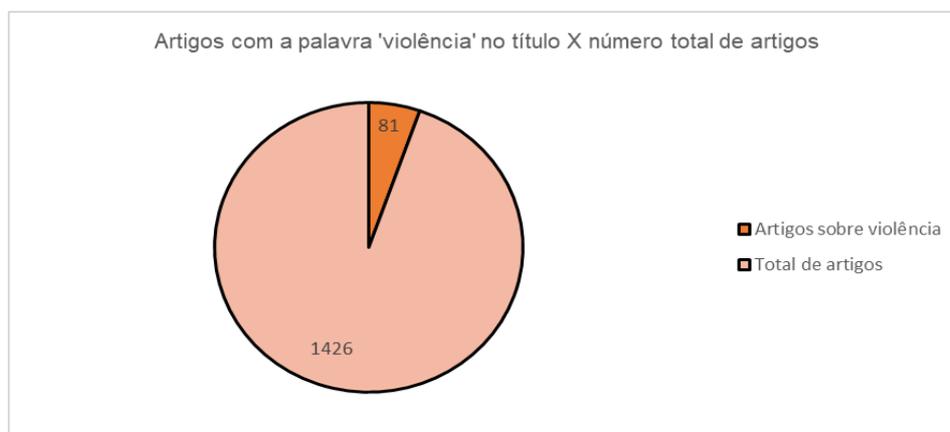
**Gráfico 1-** Artigos com o marcador 'mulher' no CBAS 2016



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)

Com o marcador 'violência' foram encontrados 81 trabalhos, o que representa, aproximadamente, 5,68%.

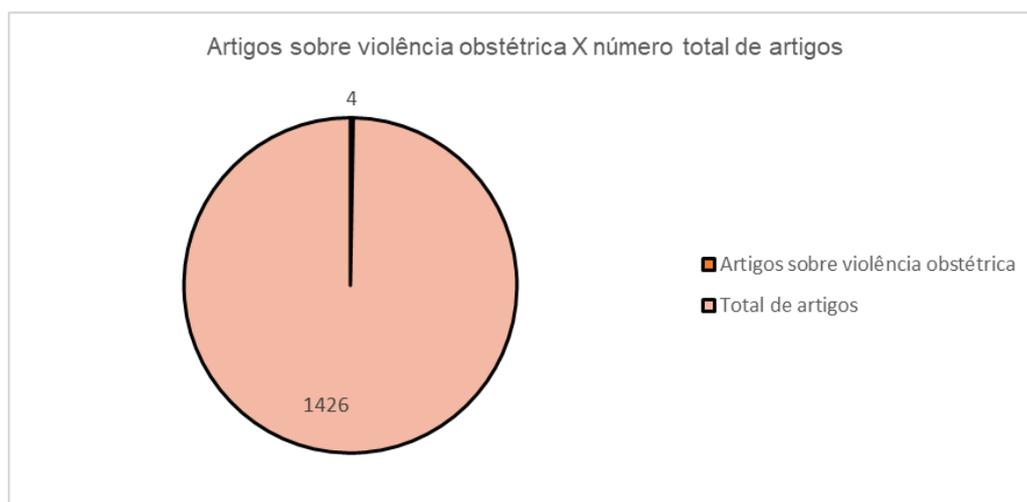
**Gráfico 2 -** Artigos sobre violência CBAS 2016



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)

Destes 81, apenas 6 possuem como temática a violência contra a mulher. Faremos uma análise mais apurada deste aspecto mais adiante. Continuando a contagem dos artigos, quando se pesquisa sobre o marcador ‘violência obstétrica’ encontramos apenas 4 trabalhos, o que representa 0,28%.

**Gráfico 3 - Artigos sobre violência obstétrica CBAS 2016**



**Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)**

No quadro abaixo estão listados os respectivos trabalhos, autoras e instituições a qual estavam vinculadas no momento de participação do evento:

**Quadro 2 - Trabalhos sobre violência obstétrica do CBAS 2016**

Título	Autoras	Instituição/vínculo <sup>45</sup>
Violência obstétrica no atendimento as mulheres em situação de abortamento: um debate necessário.	Camila de Paula Souza Carneiro, Flora Regina da Rocha Silva	Universidade Federal da Paraíba/Estudante (especialização)/Estudante (graduação)
Estado, patriarcado e violência contra a mulher: discutindo a violência obstétrica no Brasil.	Joane Silva de Queiroga	Universidade Federal da Paraíba/Estudante (especialização)

<sup>45</sup> As informações foram retiradas de informações públicas retiradas da Internet, referentes ao Lattes, no site escavador.com.

Violência obstétrica contra mulheres negras e as possibilidades de atuação do Serviço Social.	Jussara Francisca de Assis	Universidade Federal do Rio de Janeiro/Professora e pesquisadora
Violência obstétrica: desnaturalizar é preciso.	Cristiane Cordeiro da Silva Delfino	Universidade Federal Fluminense/Estudante (doutorado)

**Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)**

Agora, partiremos para a análise dos mesmos marcadores em relação ao CBAS 2019. Na pesquisa pelo marcador ‘mulher’ encontramos 113 resultados. Esse número expressa, aproximadamente 6,49% do número total de artigos.

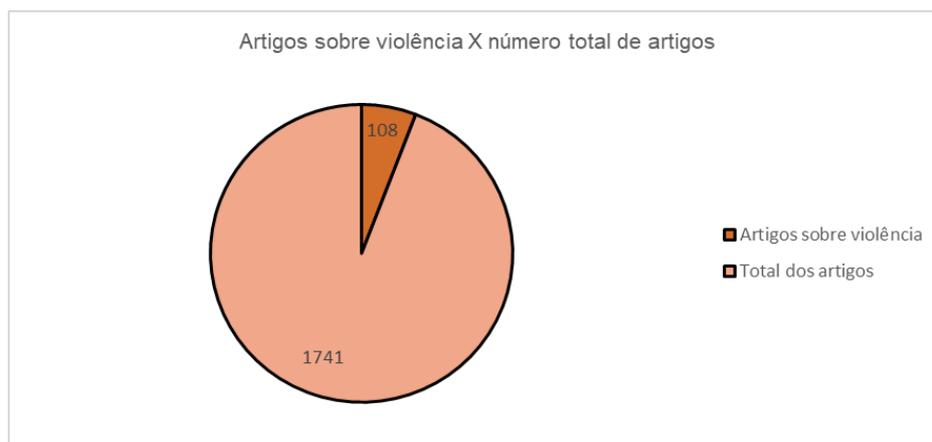
**Gráfico 4 - Artigos sobre mulher CBAS 2019**



**Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)**

Na busca por artigos que contenham a palavra ‘violência’ ou tratem deste assunto foram encontrados 108, o que representa 6,20%. E apenas 18 tratam da violência contra a mulher.

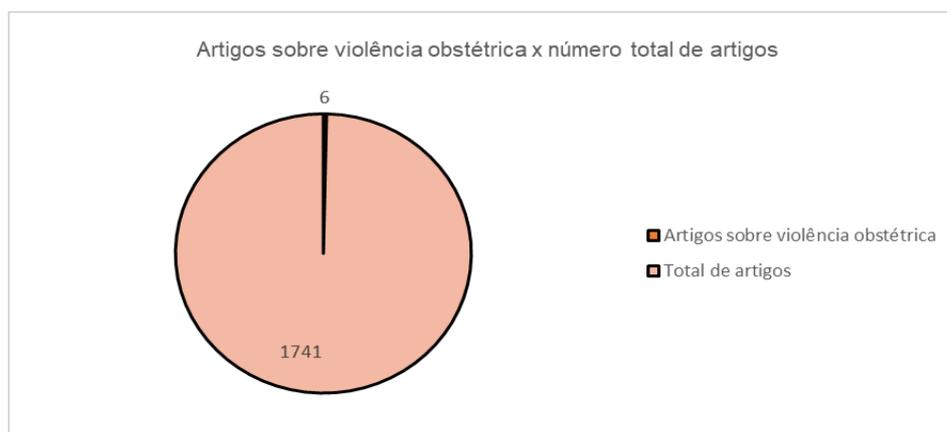
**Gráfico 5 - Artigos sobre violência CBAS 2019**



**Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)**

Na busca de artigos que abordam a violência obstétrica encontramos um total de 6 artigos, o que representa, aproximadamente, 0,34%.

**Gráfico 6 - Artigos sobre violência obstétrica CBAS 2019**



**Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)**

No quadro abaixo estão descritos os trabalhos com a temática, bem como as respectivas autoras e as instituições a qual estavam vinculadas na época da apresentação.

### Quadro 3 - Trabalhos sobre violência obstétrica do CBAS 2019

Título	Autoras	Instituição/vínculo <sup>46</sup>
Violência obstétrica: gênero e relações de poder	Nathalia Cristina Rodrigues de Souza e Rebeca Viana Ferreira	Governo do Estado de Pernambuco/ Assistentes sociais
Precarização do trabalho na saúde pública e a violência obstétrica	Andrea de Lima Aragão, Kayara da Silva Oliveira e Paula Tatiana Carvalho de Oliveira	Centro Universitário Metropolitano da Amazônia/Estudantes (graduação)
A colonização do parto e a configuração da violência obstétrica: Uma abordagem histórico-crítica para uma Intervenção profissional propositiva	Lara De Souza Tonin e Luísa Costa Teixeira Roque	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Estudantes (graduação)
Governo Bolsonaro e o aprofundamento da violência obstétrica	Mariana Oliveira Decarli	Universidade Pontifícia Católica de São Paulo/ Estudante (pós-graduação)
O sofrimento no parto como uma reprodução das relações patriarcais de gênero: expressões da violência obstétrica numa maternidade de Manaus	Ana Paula Dias Corrêa e Iraíldes Caldas Torres	Universidade Federal do Amazonas/Estudante (graduação); Universidade Federal do Amazonas/Professor (e coordenadora da pós-graduação)
Violência obstétrica: Os impactos dessa prática na saúde das mulheres	Caroline Rosa Oliveira e Tatianne da Costa Silva	Universidade Federal de Juiz de Fora/Estudantes (graduação)

Fonte: elaborada pela própria autora (2021)

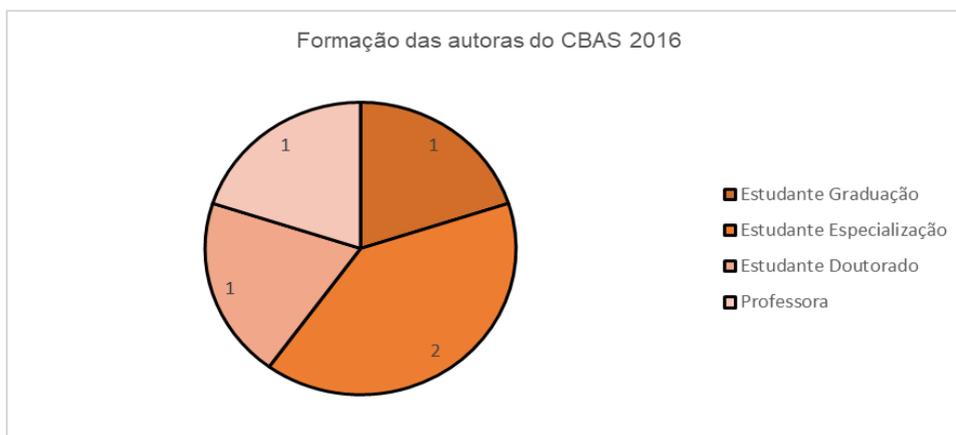
Para ajudar na visualização de onde a discussão estava concentrada, separamos o meio acadêmico ou profissional<sup>47</sup> em que estavam inseridas as autoras dos trabalhos sobre

<sup>46</sup> As informações foram retiradas de informações públicas retiradas da Internet, referentes ao Lattes, no site escavador.com.

<sup>47</sup> Em relação à formação profissional do assistente social, referido projeto político-pedagógico, demarcado nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social, estabelece “as dimensões investigativa e interventiva como princípio formativo e condição central da formação profissional e da relação teoria e realidade”. (ABEPSS, 1996, p. 61 apud FÉRRIZ; MARTINS, 2021, p. 237).

violência obstétrica, no momento de escrita e apresentação dos mesmos. No CBAS 2016 foram 4 trabalhos e 5 autoras. As estudantes de graduação representaram a maioria das autoras dos artigos, representando 40% do total.

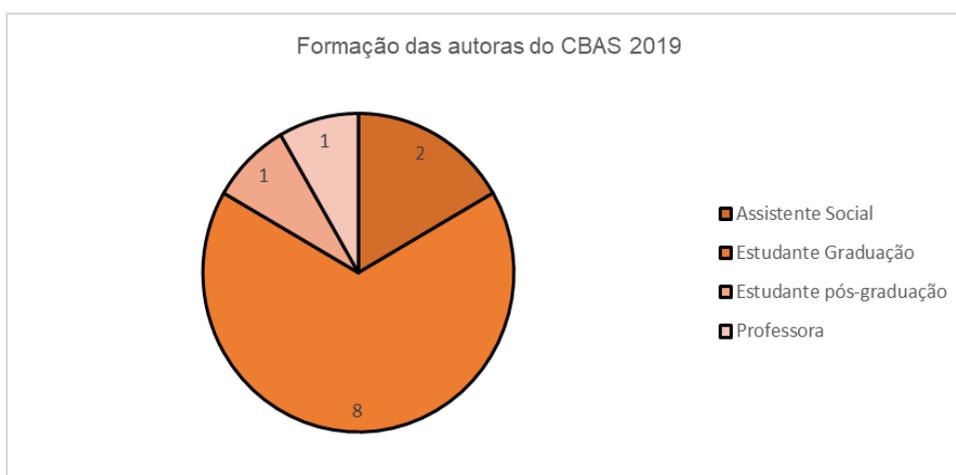
**Gráfico 7 – Vínculo acadêmico/profissional das autoras do CBAS 2016**



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)

Já no CBAS 2019 o número de autoras que eram estudantes de graduação representou 66% do total.

**Gráfico 8 – Vínculo acadêmico/profissional das autoras do CBAS 2019**



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021)

Podemos perceber um aumento do número de artigos em todos os marcadores no evento de 2019. Em relação a temática de violência, em suas múltiplas manifestações,

podemos perceber que houve um aumento do número de trabalhos em 2019 em comparação com o ano de 2016, como podemos ver na tabela abaixo:

**Quadro 4** – Comparação do número de artigos sobre violência no CBAS 2016 e 2019.

Tipo de violência	2016	2019
Contra idosos	1	5
Contra jovens	0	1
Contra crianças e adolescentes	1	12
Estrutural/urbana	1	7
Contra a mulher	6	18
Obstétrica	4	6

**Fonte:** Elaborada pela própria autora (2021)

Podemos perceber, após uma breve análise dos trabalhos apresentados, que a discussão sobre o assunto está concentrada no meio acadêmico, especificamente o de graduação. E que a questão da violência de gênero, aqui relacionada a mulher, e principalmente da violência obstétrica, ainda não estava sendo discutida frequentemente em 2016 e continuou não sendo tão debatida em 2019. Isso foi percebido ao relacionar o número de artigos dos marcadores ao número total de artigos.

Segundo Assis (2018) o uso do termo ‘violência obstétrica’ se propagou na cena política e acadêmica, a partir do ano 2000. Portanto, a discussão sobre o tema é bastante recente. No Brasil, o tema já era discutido em estudos trabalhos feministas, na academia e fora dela. “O pioneiro Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981), na década de 1980, fazia uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta.” (DINIZ, 2015, p.2)

A discussão no meio acadêmico demonstra uma formação crítica e pautada nos princípios contidos no Código de Ética da categoria, pois o assistente social atua na defesa

intransigente dos direitos humanos e sociais. Isso se aplica ao combate da violência em todas as suas formas e na busca pela eliminação de toda e qualquer opressão e discriminação, incluindo a de gênero.

Os dados quantitativos da pesquisa comprovaram que a maioria das autoras dos artigos sobre violência obstétrica eram estudantes de graduação. Isso é um ponto positivo, pois demonstra um processo educacional com discussões abrangentes. Porém, essas discussões não podem e nem dever ficar restritas ao meio acadêmico ou da graduação, mas devem ser encontradas em todos os âmbitos da profissão, sendo levada a título de informação através da função educativa do Serviço Social.

Ramos (2011) fala acerca dessa participação dos estudantes de graduação em eventos da categoria: “é importante destacar que tal articulação entre o exercício profissional, a formação profissional e os estudantes são uma particularidade da organização política do Serviço Social brasileiro.” (2011, p. 119)

E continua dizendo que:

Nesse sentido, o segmento estudantil é considerado como sujeito fundamental do processo de organização política da categoria dos(as) assistentes sociais, no Brasil. Considerados como profissionais em formação, são incluídos, pelos demais segmentos da profissão, no processo de articulação e mobilização do Serviço Social. (RAMOS, 2011, p.119)

A realização de pesquisas, tanto na graduação, quanto na pós-graduação, mestrado, doutorado torna-se parte do processo formativo e não se encerram após a conclusão deste. As possibilidades de aprendizado tornam-se inúmeras e sempre desafiadoras no ambiente profissional. Sobre isso FÉRRIZ e Martins (2021) falam que:

A simbiose entre as dimensões investigativa e interventiva, própria da natureza da profissão do Serviço Social, constitui-se em condição primordial para desvendar a complexidade da realidade social que, a partir da categoria teórico metodológica da mediação, reconstrói as determinações presentes na tríade: universalidade, singularidade e particularidade, na perspectiva da totalidade. Neste contexto, a produção do conhecimento em Serviço Social nas diversas instâncias em que se espriam a inserção do assistente social em espaços sócio-ocupacionais que materializam serviços sociais de várias políticas sociais, sejam em níveis federal, estadual ou municipal, solidifica a interpretação do trabalho profissional tendo como fonte a relação teórico-prática. (FÉRRIZ; MARTINS, 2021, p. 238)

Sobre isso Assunção et. al. que analisou a produção de conhecimento no Serviço Social, “a pesquisa se constitui, hoje, em um dos principais instrumentos do exercício profissional.” (2013, p.2) Segundo as autoras há um predomínio de produções na academia, através de grupos de pesquisa, graduação e pós-graduação, citando que:

Cabe observar o papel dos cursos de pós-graduação na formação e qualificação de pesquisadores docentes e discentes, no estabelecimento de interlocução com outras áreas do conhecimento, o que permitiu dar visibilidade à área, bem como buscar responder às chamadas da sociedade brasileira. Destaca-se o papel da graduação na formação de jovens pesquisadores, por meio de programas de Iniciação Científica, constituindo os futuros quadros docentes e pesquisadores, sendo que os programas e grupos/núcleos de pesquisa vêm incorporando pesquisadores docentes, pós-graduados e iniciação científica (TEMPORALIS, 2000, p.152).

A realização de pesquisas e conhecimento científico pode e deve se estender para além do meio acadêmico, pois o profissional pode contar com as vivências para construir novos aprendizados e novas formas de lidar com a realidade e as limitações impostas, como já vimos na primeira parte deste capítulo.

Dessa maneira, a nossa concepção de pesquisa acadêmico-científica na área de Serviço Social a compreende como a tentativa de explicar os fenômenos reais por meio de critérios científicos e de um esquema conceitual capaz de apreender sua estrutura, gênese, desenvolvimento, dinâmica e contradições na sociedade de classes. (MORAES, 2017, p. 393)

Uma outra explicação para o fato da maioria das autoras da temática sobre a violência obstétrica serem estudantes de graduação e não da pós-graduação<sup>48</sup>, como procuramos saber em nossa análise, pode ser o fato de haver outro evento específico para apresentação de trabalhos de pesquisadores, o ENPESS. Porém, como cita Moraes (2017):

[...] mesmo sendo o lugar primordial para problematização, reflexão, questionamento, debates, estudos e pesquisas e, portanto, para tentar avançar na produção de conhecimentos científicos, afirma-se que muitas instituições de ensino superior não têm cumprido, como

---

<sup>48</sup> Os programas de pós-graduação em Serviço Social tiveram início na década de 70 em plena vigência da ditadura militar no país (1964-1980), quando foram estabelecidos os primeiros cursos de mestrado em unidades de ensino privadas e públicas de algumas regiões do Brasil, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo. Esse processo prosseguiu nas décadas de 1980, 1990 e 2000, com a criação de novos cursos de mestrado e doutorado, em instituições de ensino superior de diferentes regiões do país. (CARRARO; CLOSS; PRATES, 2016, p. 7)

deveriam, seu papel científico e social. Seja por não priorizarem a tríade ensino, pesquisa e extensão, seja por se precarizarem em demasia, proporcionando acesso aos discentes sem estrutura adequada e com número insuficiente de profissionais.

Portanto, percebemos que a pesquisa é parte fundamental do processo educacional, mas não se restringe a esse espaço, podendo ser executada pelo assistente social em todos os espaços em que estiver, inclusive em seu local de atuação profissional.

Vamos dar início agora, a exposição da análise dos 10 artigos que versam sobre a temática da violência obstétrica, separados por ano do evento.

O artigo de Delfino (2016) analisou a questão da violência obstétrica através de uma problematização acerca da cultura do parto cesáreo<sup>49</sup> e do procedimento cirúrgico da episiotomia, “bem como o papel do Serviço Social no processo de humanização, acolhimento e orientação a gestante no pré-parto, parto e pós-parto.” (2016, p.1) A autora reconhece que a política de saúde no Brasil impõe limitações e desafios ao assistente social, mas torna-se fundamental, para o pleno exercício da cidadania, a participação do Serviço Social no apoio as usuárias gestantes e puérperas e seus familiares na orientação no que diz respeito aos direitos fundamentais no processo de parto, contribuindo para a consolidação destes. Segundo ela, também, as vítimas de violência obstétrica tendem a naturalizar os atos, não reconhecendo que sofreram algum tipo de violência:

O processo ideológico nas instituições de saúde de atendimento à mulher gestante (seja ele público ou privado) é muito eficaz, o ato (violência obstétrica) tende a ser naturalizado, banalizado a ponto da mulher não se reconhecer como vítima. A naturalização é uma característica do cotidiano. (p.8)

Carneiro e Silva (2016) igualmente citam que há uma naturalização dos atos que são violentos, pelo não reconhecimento. E que “é um tema pouco debatido, embora perpassa a realidade das mulheres gestantes.” (p.9)

Como não há esse entendimento, as denúncias e notificações são escassas, o que causa uma precisão dos dados. O que ocorre é apenas uma estimativa do número de ocorrências.

---

<sup>49</sup> A autora menciona uma pesquisa da FIOCRUZ (2014) que aponta que cerca de 52% dos partos realizado pelo SUS é de cesariana e na rede privada esse número chega a 88%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial de saúde é de 15%. Outro ponto de preocupação são os procedimentos dolorosos, que ocorrem mesmo no parto normal, como é o caso da episiotomia.

Queiroga propõe “discutir a violência obstétrica, com um olhar no processo histórico na qual se moldou o Estado e sua relação com o patriarcado, enfatizando com a relações de gênero” (2016, p.1). Ela ainda menciona que a discussão acerca do tema deve evoluir, que há pouca produção teórica disponível. Mesmo pouco divulgada, a violência continua existindo.

Do ponto de vista teórico, é inegável a relevância do estudo direcionado à temática, visto que há pouca produção teórica sobre o tema, o que possibilitará docentes, discentes de diversas áreas do conhecimento e a própria sociedade civil a tomar conhecimento das problemáticas que perpassam sobre a assistência obstétrica, possibilitando a todas as mulheres a conhecer e a reivindicar seus direitos, a lutar por melhorias efetivas infra estrutural, a lutar por liberdade, emancipação e poder. Poder de decidir como, quando e quem irá acompanhá-la durante o parto. (QUEIROGA, 2016, p.2)

Carneiro e Silva (2016) tratam sobre a violência obstétrica contra as mulheres em situação de abortamento.

O debate acerca do aborto no Brasil ainda possui um teor moralizante, com influências de cunho religioso, que não o reconhece como um problema de saúde pública, refletindo assim na criminalização das mulheres, especificamente as que têm baixo poder aquisitivo, menos acesso a métodos contraceptivos e poder sobre sua saúde reprodutiva. Enquanto outras conseguem realizar com segurança via clínicas particulares, com métodos avançados e acompanhamento de ginecologistas. (p.6)

Assis (2016) faz um estudo baseado no fato de que a violência obstétrica atinge mais as mulheres negras. Nesse sentido, o assistente social tem um papel importante a cumprir, pois deve ter:

uma atuação pautada na não discriminação e no exercício da cidadania sem opressão de classe, gênero e raça/etnia. A desmistificação das representações sociais que envolvem as mulheres negras no Brasil pode vir a realizar-se a partir da atuação deste profissional, tendo em vista a diminuição da violência obstétrica contra as mulheres negras. (p. 12)

No texto de Delfino também é mencionado esse aspecto:

Concordamos com Aguiar et al. (2011) que afirmam que a violência obstétrica, apresenta-se em níveis, em relação a gênero, classe social, raça/etnia e educacional. Mulheres menos instruídas e negras são os maiores alvos de maus tratos, discriminação nas unidades de saúde.

Diante do poder absoluto do médico, o corpo da mulher é visto como objeto que necessita ser controlado pela medicina, explicitando seu papel social de reprodutora, que deve ser punida pelo prazer sexual. Essa relação hierárquica tem como consequência maior insegurança em relação ao parto, traumas, grande probabilidade de depressão pós-parto, rejeição a criança e etc. (DELFINO, 2016, p. 9)

Os artigos do ano de 2019 se aprofundaram na questão política que estamos vivenciando no Brasil, de intenso retrocesso e retirada de direitos de uma imensa parcela da população. Decarli (2019) fala da importância de discutir a temática da violência obstétrica nesse momento político atual: “É necessário pontuar a importância do tema Violência Obstétrica vinculado ao atual contexto social, político, econômico e cultural do Brasil.” (p.1)

Aragão, Oliveira e Oliveira (2019) falam sobre o desmonte das políticas públicas, entre as quais se incluem a saúde. O estágio em uma maternidade pública permitiu com que percebessem a “violência obstétrica vinculada à mercantilização da vida, resultado de ações fragmentadas e excludentes nos atendimentos institucionais de mulheres.” (p.1) “A precarização na saúde é o grande obstáculo à efetivação da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, uma vez que viola diversos direitos da gestante e do recém-nascido.” (p.14)

As autoras mencionam a invisibilização da temática, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelas mulheres que são alvo desse tipo de violência<sup>50</sup>.

A violência obstétrica está permeada de tensões próprias da formação e da prática de violação de direitos, e essas mulheres não enxergam a violência sofrida. O desmonte da saúde pública afeta a todos; as péssimas condições de trabalho envolvendo a precarização e o sucateamento da instituição, a má remuneração dos profissionais, trabalhador desgastado devido a sua dupla ou tripla jornada de atendimentos e plantões, refletindo inúmeras vezes em um atendimento de má qualidade ao/a usuário/a. O desafio ao Serviço Social é buscar estratégias/ações junto aos/as usuárias/os dos serviços. Além disso, esse profissional tem a capacidade de problematizar as demandas reais, de construir ações coletivas que visem o debate e a implementação de políticas públicas, a qualificação profissional voltada ao atendimento à classe trabalhadora, desburocratizando o acesso, facilitando as informações, na certeza de implementação do projeto hegemônico da profissão. (ARAGÃO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2019, p. 15)

---

<sup>50</sup> Segundo dados do IBGE de 2014, 61% das brasileiras têm um filho ou mais, tendo passado pelo parto vaginal ou cirurgia cesariana. A pesquisa realizada pela Perseu Abramo revelou que do total de mulheres entrevistadas, 25% declararam sofrer violência durante o parto, ou 1 a cada 4 mulheres. Cruzando essas informações, num universo de 61% de mulheres tendo filhos, temos um total de 15,25% das mulheres brasileiras como vítimas da violência obstétrica. (DECARLI, 2019, p. 3-4)

Dercali (2019) concorda e cita que:

em muitos casos a violência sofrida não é entendida como tal, pois nas perguntas tipificadas há acréscimo de respostas positivas para a violação. Isso significa que a Violência Obstétrica não é vista nem pelas mulheres nem socialmente como violência. (p.4)

As autoras apontaram que a opressão que as mulheres sofrem pelo patriarcado é expressa pela violência de gênero, que se manifesta em diferentes fases da vida mulher, e também no parto. Como consta no estudo de Corrêa e Torres (2019)

Nota-se, no contexto da atenção à saúde materno-fetal, uma reprodução das relações de desigualdade vivenciadas pela mulher em seu cotidiano. No contexto dos processos de parto, quem está na posição de poder são os profissionais da saúde que detêm conhecimentos técnicos e que são amparados pela instituição onde trabalham. A mulher, por sua vez, em estado de poder subalterno e em vulnerabilidade emocional, perde o seu protagonismo e a defesa de seus direitos humanos. (CORRÊA; TORRES, 2019, p. 10)

Sobre isso Decarli (2019) diz que:

O ambiente do parto tornou-se um ambiente de poder do homem. Mas não em sua totalidade. O espaço de disputa de poder é também o espaço de contradição onde se pode enfrentar a violência obstétrica e contrapor outro modelo de assistência obstétrica e, também, um projeto societário onde a humanidade seja humana. (p.10)

Souza e Ferreira (2019) fazem uma reflexão “acerca das relações de poder e sua repercussão na assistência ao parto.” (p.1)

São várias as estratégias do patriarcado para o controle dos corpos femininos, desde a padronização de comportamentos e os estereótipos impostos às mulheres até o tabu da virgindade e à criminalização do aborto. Podemos inferir que a violência obstétrica seja, talvez, uma das expressões mais ignoradas do regime moral de controle dos corpos pela desigualdade de gênero. (p. 10-11)

Tonin e Roque (2019) falam acerca do parto humanizado, e assim como Delfino (2016) mencionam que o parto cesáreo é realizado como uma imposição e de forma

desnecessária<sup>51</sup>, assim como as intervenções que acabam se transformando em violação de direitos, abusos e por fim, violência.

A cesárea é um procedimento muitas vezes efetuado com dia e horário agendados, tendo maior incidência na rede privada, para que assim os médicos possam realizar a cirurgia e partir para compromissos mais lucrativos em outros espaços. Já a episiotomia, é utilizada como uma forma de agilizar o trabalho de parto natural. De acordo com dossiê “Violência Obstétrica: Parirás com Dor” da rede Parto do Princípio (2012), em 2006 chegaram a acontecer em 94% dos partos normais em maternidades brasileiras, sendo realizada, muitas vezes, sem o conhecimento da parturiente. (TONIN; ROQUE, 2019, p.8)

Oliveira e Silva (2019) discutem o impacto que essas intervenções e a própria violência obstétrica causam na saúde das mulheres, além de citarem a pouca discussão sobre o assunto.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nestes casos a “episiotomia”, a “manobra de Kristeller”, a “amniotomia” e o “excesso de toque” dentre outros [...] causaram danos à saúde física e psicológica da mulher, impactando diretamente em suas vidas, bem como a do bebê. Comprovando, portanto, ser desnecessário e completamente invasivo. Observamos também que a violência obstétrica ocorre muitas vezes de maneira sutil passando despercebido por mulheres que não tem informações suficientes [...] é notório que o quadro de violência obstétrica, ainda que pouco discutido, ocorrem de forma silenciosa no Brasil. [...] Os profissionais da saúde por sua vez, principalmente médicos e enfermeiros, precisam rever suas práticas e posturas em relação a essas mulheres, que não podem ser vistas apenas como um corpo, mas um indivíduo com vivências e inúmeras questões pessoais que devem ser respeitadas, sendo tratada como o sujeito principal do processo. (p. 9-10)

Decarli também menciona que “nos momentos de crise - como o que estamos vivendo em nosso país - os direitos das mulheres, sobretudo das mulheres negras<sup>52</sup> e trabalhadoras, são sistematicamente colocados em questão.” (2019, p.2)

---

<sup>51</sup> Tonin e Roque (2019, p.7) citam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a realização de partos cesáreos em até 15% dos partos em que há riscos que justifiquem a cirurgia. Porém, no Brasil, devido a uma série de fatores históricos e sociais supracitados, essa taxa é exageradamente maior, podendo chegar a 57%, segundo alerta do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), revelando um número que inclui milhares de cesáreas não indicadas, sendo classificado como o segundo país com maiores índices do procedimento (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2017)

<sup>52</sup> Dados demonstram que a violência contra as mulheres e a população negra aumentou desde 2016. As notificações de violência contra a mulher no SUS aumentaram 30% de 2016 para 2017. Entre meninas adolescentes o aumento foi de 37%. Em média, foram 630 notificações por dia ao longo de 2017. A raça também é um fator de risco e vulnerabilidade, mais de 50% das adolescentes que denunciaram e sofreram violência eram pardas ou negras (PUBLICA, 2019)

Podemos perceber após a análise dos textos que há certa unanimidade em enfatizar a pouca produção sobre a violência obstétrica no Serviço Social, apesar de esta ser uma expressão da questão social, que é o objeto de trabalho da categoria.

Esperamos que o assunto seja cada vez mais debatido, tanto no meio acadêmico quanto no meio profissional, em todos os níveis de graduação do Serviço Social. E que as informações a respeito possam ser amplamente difundidas em toda a sociedade. Que haja realmente um combate efetivo de todos os grupos sociais em vencer a desigualdade de gênero, proporcionando um ambiente justo e seguro para todas as mulheres, gestantes ou não.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho vimos que a saúde, antes de se constituir como um direito é uma política social, era ofertada como benesse e executada por entidades filantrópicas. Somente a partir da década de 30, no governo de Getúlio Vargas, é que começaram a ser postas em prática algumas ações para o estabelecimento da saúde como direito, e que deveria ser fornecida pelo Estado aos cidadãos.

Segundo Behring e Boschetti (2011) os anos de 1930 a 1943 ficaram caracterizados como os anos de introdução da política social no Brasil”. (2011, p. 106). Foi necessário estabelecer alguns direitos dos trabalhadores, dentre os quais o atendimento a saúde. Isso não ocorreu repentinamente, mas foi um processo baseado em lutas e reivindicações por parte da classe trabalhadora.

Ao longo do trabalho, ainda, foi possível perceber o intenso embate entre o setor público e privado, e a luta de parcelas da sociedade civil para ampliar e manter os direitos já conquistados.

As políticas sociais, que em sua origem já se mostram precárias e debilitadas, colaboram, ainda, para o agravamento das condições de trabalho dos profissionais que atuam com essas políticas, incluindo os assistentes sociais. Nota-se a redução de recursos para as políticas sociais, em decorrência de inúmeros ajustes fiscais que acabam por deteriorar a qualidade dos serviços sociais básicos, necessários para à população usuária.

Com isso, ocorreram uma série de retrocessos, que inclusive, estamos vivenciando atualmente. Houve uma desresponsabilização por parte do Estado na manutenção do sistema público de saúde, o que abriu espaço, novamente, para entidades filantrópicas e outras organizações atuarem.

Vimos, também, que os programas de saúde não contemplavam as mulheres ou não eram direcionados a todas as suas demandas presentes, pois estavam quase sempre ligados ao aspecto da reprodução e maternidade.

Esse enfoque perdurou por anos, mas na década de 80 começaram a surgir programas que contemplaram a mulher em sua totalidade, e houve melhorias nos programas de atenção ao parto e nascimento, visando a redução da mortalidade materna e infantil.

O conceito de gênero ajuda a entender o papel que foi dado a mulher na sociedade, que gera desigualdade nos espaços público e privado; e faz com que o estabelecimento e manutenção dos seus direitos tenha que ser constantemente reafirmado, ainda mais na

convivência de uma sociedade patriarcal e machista. O movimento feminista veio contribuir para a redução ou eliminação dessa desigualdade, amparando a mulher para conquista cada vez maior de espaço e direitos.

A violência de gênero é uma das expressões da questão social, que resulta das relações desiguais entre homens e mulheres. A violência obstétrica é um dos tipos de violência de gênero que atingem exclusivamente a mulher, seja puérpera, gestante ou no momento de abortamento. No presente trabalho buscamos apresentar alguns dados acerca de tal violência, e mostrar a discussão da temática no interior do Serviço Social, a partir da análise dos trabalhos do CBAS 2016 e 2019. Falamos um pouco da história do CBAS e da importância desse tipo de evento para a categoria.

Como demonstrado na análise, ainda há pouca discussão acerca da violência de gênero e sobre a questão da violência obstétrica no âmbito do Serviço Social brasileiro. No CBAS 2016, foram encontrados apenas 4 trabalhos relacionados a temática, de um total de 1426 artigos aprovados. E no CBAS 2019 esse número chegou a apenas 6, de um total de 1741 artigos aprovados para a apresentação no evento. A maioria das autoras foram representadas por estudantes de graduação, o que indica uma correlação promissora entre ensino, pesquisa e extensão.

Percebemos que a discussão acerca da violência de gênero, da violência contra a mulher, e especificamente, da violência obstétrica podem ser mais discutidos e ser alvo de mais pesquisas. Esperamos que os dados aqui obtidos e divulgados possam contribuir para a ampliação do debate acerca do assunto e proporcionar desdobramentos, visando mais estudos e pesquisas futuros sobre o mesmo.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Janaina Marques de; D' Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Caderno Saúde Pública, 29(11), Rio de Janeiro, nov. 2013, p. 2287-2296.

- ANGELIN, Rosângela. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres: avanços e desafios na construção da democracia**. Coisas do Gênero, v.1 n. 2. São Leopoldo, ago./dez. 2015, p. 182-198.

Disponível em <http://periodicos.est.edu.br/index.php/genero>

- ARAGÃO, Andrea de Lima; OLIVEIRA, Paula Tatiana Carvalho de; OLIVEIRA, Kayara da Silva. **Precarização do trabalho na saúde pública e a violência obstétrica**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/76/67>

- ARAUJO, Marlei Monteiro; SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, n. 2, v. VI, Ano 2016/1º Semestre, p. 54-64.

ASSIS, Jussara Francisca de. **Violência obstétrica contra mulheres negras e as possibilidades de atuação do Serviço Social**. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Olinda (PE, Brasil), 5 e 9 de setembro de 2016.

Disponível em:

[https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/1952\\_Violencia\\_obstetrica\\_contra\\_mulheres\\_...pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/1952_Violencia_obstetrica_contra_mulheres_...pdf)

\_\_\_\_\_. “Negra é como coelho: só dá cria!” Existe violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil? Seminário Internacional **Fazendo Gênero**, 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

\_\_\_\_\_. Racismo e Violência Obstétrica. **Revista Práxis** (CRESS/RJ), n. 101, ano IX, 2018, p.11.

- ASSUNÇÃO, Bárbara Damasceno et al. Serviço Social: a importância da pesquisa e da produção do conhecimento da formação ao exercício profissional, uma prática contínua. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, ano MMXIII, Nº. 000025, 27/07/2013.

Disponível em: <[9](#)>. Acessado em: 15/04/2021.

- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. (Tradução de Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

- BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>

- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. (Biblioteca básica do Serviço Social volume 2). 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 103-110.

- BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

- BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- BRASIL. **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.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de julho de 2000. **Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto para a redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno infantil. **Programa nacional de saúde materno infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

- BRASIL. Pesquisa pública: **“Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”**. Realizada em agosto de 2010.

Disponível em:

[https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)

- BRASIL. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005 (Lei do acompanhante)**. Brasília, Senado Federal, 2005.

Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11108.htm)

- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: DF, 1993.

Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_9.pdf) >

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF,

Disponível em < [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf) >

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2005.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- BRASIL. Lei n. 9.623 de 12 de janeiro de 1996 (Lei do Planejamento Familiar). Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm) >

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011.

- BRASIL. Projeto de Lei 7.633/2014.

Disponível em:

[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node0p9622mo32zg8mtz4gi69i2yv264131.node0?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0p9622mo32zg8mtz4gi69i2yv264131.node0?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014)

- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19. Violência doméstica e familiar na COVID-19. Fiocruz, 2020.

- BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.

Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)

- BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. Et al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

- BRUSCHINI, Cristina. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? **R. Bras. Est. Pop.**, v. 23, n. 2, São Paulo, jul./dez. 2006, p. 331-353.

- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Rádio Câmara. **Mortalidade materna entre negras aumentou no Brasil**. Distrito Federal, 2015.

Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html>

- CAMPBELL, A. M. *An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives*. **Forensic Science International: Reports**, 2020.

- CARNEIRO, Camila de Paula Souza; SILVA, Flora Regina da Rocha. **Violência Obstétrica no Atendimento as Mulheres em Situação de Abortamento: um debate necessário**. Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda (PE, Brasil), 5 e 9 de setembro de 2016.

Disponível em: [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/1110.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/1110.pdf)

- CARRARO, Gissele; CLOSS, Thaisa Teixeira; PRATES, Jane Cruz. Programas de Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: tendências das áreas de concentração, linhas de pesquisa e disciplinas. **Serv. Soc. Rev.**, n.2, v. 18, Londrina, v. 18, n.2, jan./jun. 2016, p.05 – 33.

Disponível em:

[https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9362/2/Programas\\_de\\_Pos\\_Graduacao\\_em\\_Servico\\_Social\\_no\\_Brasil\\_tendencias\\_das\\_areas\\_de\\_concentracao\\_linhas\\_de\\_pesquisa\\_e.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9362/2/Programas_de_Pos_Graduacao_em_Servico_Social_no_Brasil_tendencias_das_areas_de_concentracao_linhas_de_pesquisa_e.pdf)

- CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et. al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, 65 (2), Brasília, abr/jun 2014, p. 227-244.

Disponível em <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>

- CBAS. Trabalhos publicados do CBAS 2019.

Disponíveis em:

[http://www.cbas.com.br/public/plugins/elfinder/files/trabalhos\\_publicados\\_site\\_tarde.pdf](http://www.cbas.com.br/public/plugins/elfinder/files/trabalhos_publicados_site_tarde.pdf)  
[http://www.cbas.com.br/public/plugins/elfinder/files/trabalhos\\_publicados\\_site\\_manha.pdf](http://www.cbas.com.br/public/plugins/elfinder/files/trabalhos_publicados_site_manha.pdf)

- CFESS. Começa o 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais! Setembro 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1289>> Acesso em 31/03/2021 às 18:55h.

- CFESS. Marilda Iamamoto ensina: 'é preciso retomar a práxis da resistência'. Março de 2021.

Disponível em < <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1796>> Acesso em 31/03/2021 às 19:44.

- **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher** "Convenção de Belém do Pará" (1994).

Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/convencao\\_belem\\_do\\_para.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/convencao_belem_do_para.pdf)

- CORRÊA, Ana Paula Dias; TORRES, Iraildes Caldas. **O sofrimento no parto como uma reprodução das relações patriarcais de gênero: expressões da violência obstétrica numa maternidade de Manaus.** Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1532/1495>

- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, dez. 2007, p.13-24.

- COSTA, A.M. **Atenção Integral a Saúde das Mulheres: Quo Vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil.** Tese (doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2004.

- COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009.

Disponível em < <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n4/1073-1083/pt> >

- DECARLI, Mariana Oliveira. **Governo Bolsonaro e o aprofundamento da violência obstétrica.** Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019. Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1249/1220>

- DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica: desnaturalizar é preciso.** Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Olinda (PE, Brasil), 5 e 9 de setembro de 2016.

Disponível em [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/1386.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/1386.pdf)

- DIAS, Máira Barbosa. **A história do Serviço Social a partir dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais.** Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

Disponível em:

< <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1699/1660>>

- DINIZ, Simone Grilo et. al. REHUNA - A Rede pela humanização do Parto e Nascimento. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.**, 2010.

Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/ReHuNa-na-Tempus-Acta.pdf> 2010

- DINIZ, Simone Grilo et. al. 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**, 25(3), 2015, p. 377-376.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

- DOMINGUEZ, Bruno. Saúde em que direção? **Radis**, n. 195, dez.2018, p. 14-17.

- ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária**. In: GIOVANELLA, L. et. Al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008b. P. 385-434.

- ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista**. In: GIOVANELLA, L. et. al. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a. P. 333-384.

- FÉRRIZ, Adriana Pereira; MARTINS, Eliana Bolorino Canteiro. Balanço da produção sobre o Serviço Social na política de educação brasileira. **Ser Social**, Alimentação, abastecimento e crise, n. 48, v. 23, Brasília, janeiro a junho de 2021.

Disponível em: DOI: 10.26512/sersocial.v23i48.29123

- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa: Nascer no Brasil. In: **Caderno Saúde Pública**, vol.30, supl.1. Rio de Janeiro, 2014.

Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/36388>

- FREITAS, GL; VASCONCELOS, CTM, MOURA, ERF; PINHEIRO, AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009.

Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>

- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Ed. Perseu Abramo, 2010.

Disponível em:< [http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf)>

- GELÉDES, Instituto da Mulher Negra. **Violência Obstétrica e o viés racial**, 2016.

Disponível em <https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>

- GODOY, Mariana Molina; COUTO, Eduardo Luís. **O Congresso da Virada de 1979 e o projeto ético-político profissional**.

Disponível em:

<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/download/1963/2092>.

Acesso em 31/03/2021 às 18:48.

- GUERRA, Yolanda. O Serviço Social frente à crise contemporânea: demandas e perspectivas. In Revista *Ágora*, Ano 2, nº 3, dezembro de 2005.

- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; Medeiros, Patricia Flores de. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, n.1, v. 17, Florianópolis, janeiro-abril de 2009, p. 31-48.

Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>>

- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

- IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboços de uma interpretação histórico-metodológica**. 29. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

- IBGE. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE apresenta a segunda edição do estudo Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Fevereiro 2021.

Disponível em:

< [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf)>

- IBGE. Catálogo do IBGE 1999-2000.

Disponível em:

[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3/catibge\\_1999\\_2000.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3/catibge_1999_2000.pdf)

- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2020**. Governo Federal. Ministério da Economia.

Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>

- JANOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano; SILVA, Katia Silveira da. Direitos e Saúde reprodutiva: revisitando trajetórias pensando desafios atuais. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, dez. 2007, p.25-33.

- JANSEN, Mariana. **Violência Obstétrica: porquê devemos falar sobre**. Publicado em 19 de setembro de 2019. Última atualização em 25 de setembro de 2019.

Disponível em: < <https://www.politize.com.br/violencia-obstetrica/>> Acesso em 08/05/2020 às 22:37.

- JUNIOR, Luis Salvador de Miranda Sá. Desconstruindo a definição de saude. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jul./ago./set. 2004, p.15-16).

Disponível em:

<http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#>

- LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva** [online], n.8, v.24, 2019, pp.2811-2824. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

- LÁZARO, Natália. **Dia dos Pais pra quem? Com 80 mil crianças sem pai, abandono afetivo cresce.**

Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/dia-dos-pais-pra-quem-com-80-mil-criancas-sem-pai-abandono-afetivo-cresce#:~:text=Essa%20taxa%20de%206%2C31,enfrentam%20a%20tripla%20jornada%20diariamente.>

Acesso em 22/03/2021 às 22:28.

- LIMA, Juliana Domingos de. Feminismo: origens, conquistas e desafios no século 21. Atualizado em 03/12/2020.

Disponível em < <https://www.nexojournal.com.br/explicado/2020/03/07/Feminismo-origens-conquistas-e-desafios-no-s%C3%A9culo-21#section-4>> Acesso em 20/03/2021 às 20:35h.

- LIMA, Luciana Dias de Lima; MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia da Criança e da Mulher (PNDS 2006).

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia\\_gestacao.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php)

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho DAPES/SAS/MS**, Brasília, 03 de maio de 2019.

Disponível em <<https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>>

- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Autos n. 1.34.001.007752/2013-81, inquérito Civil São Paulo (recomendação 029/2019), 07 de maio de 2019.

Disponível em <https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>

- MORAES, Carlos Antônio de Souza Moraes. Pesquisa em Serviço Social: concepções e críticas. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 390-399, set./dez. 2017.

Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rk/v20n3/1414-4980-rk-20-03-00390.pdf>

-MOTA, Ana Elizabete. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. Et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. Brasil, 2017.

Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>

- NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

- NETTO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da questão social. In: ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Revista **Temporalis**, ano 2, n. 3, Brasília, Jan./Jul. 2001.

- NOGUEIRA, Leonardo; PEREIRA, Maysa; TOITIO, Rafael. **O Brasil fora do armário: diversidade sexual, gênero e lutas sociais**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Rosa Luxemburgo, 2020.

- OLIVEIRA, Caroline Rosa; SILVA, Tatianne da Costa Silva. **Violência obstétrica: os impactos dessa prática na saúde das mulheres**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1891/1848>

- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático** (1996).

Disponível em < <http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>>

- OPAS BRASIL. **Objetivos do desenvolvimento sustentável.**

Disponível em:

<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875)>

- QUEIROGA, Joane Silva de. **Estado, patriarcado e violência contra a mulher: discutindo a violência obstétrica no Brasil.** Anais do 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Olinda (PE, Brasil), 5 e 9 de setembro de 2016. Disponível em [https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos\\_artigos/0840.pdf](https://cbas2016.bonino.com.br/arquivos_artigos/0840.pdf)

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, 14(Supl. 1), Rio de Janeiro, 1998, p. 25-32.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>

- PAGOTTO, Ana Paula Tamberlini; SOUZA, Wlaumir Doniseti de. **Mulher e Resistência à Ditadura Civil-Militar no Brasil: relatos orais de Àurea Moretti Pires.** In: SOUZA, Wlaumir Doniseti de (org.). **Sociedade, História e Relações de Gênero.** Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

- PARTO DO PRINCÍPIO. **Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres na luta pela abolição da violência obstétrica.** 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014a.

Disponível em [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)

\_\_\_\_\_. **Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres na luta pela abolição da violência obstétrica.** 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014b.

Disponível em [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)

\_\_\_\_\_. **Violência obstétrica: parirás com dor.** Brasília, 2012.

Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

- PISCITELLI, Adriana. **Gênero: a história de um conceito.** In: ALMEIDA, Heloísa Buarque de; SZWAKO, José Eduardo (orgs.). *Diferenças, Igualdade* (Coleção Sociedade em Foco: introdução às ciências sociais). São Paulo: Beriadis & Vertecchia, 2009.

- PROPOSTAS E PROJETOS DE LEI DA VEREADORA MARIELLE FRANCO.

Disponíveis em:

<http://www.generonumero.media/quatro-propostas-de-marielle-franco-em-prol-das-mulheres-e-da-equidade-de-genero/>

<https://www.prafazervaler.mariellefranco.com.br/>. Acesso em 28/03/2021 às 18:53h.

- PUBLICA, Agencia de Jornalismo Investigativo. *Mulheres vítimas de agressões anteriores têm 151 vezes mais chance de morrer por homicídio ou suicídio.* 2019.

In: <https://apublica.org/2019/02/mulheres-vitimas-de-agressoes-anteriores-tem-151-vezes-mais-chance-de-morrer-por-homicidio-ou-suicidio/>.

- RAMOS, Sâmia R. A importância da articulação entre ABEPSS, Conjunto CFESS/CRESS e ENESSO para a construção do projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro. *Temporalis*, n. 22, ano 11, Brasília (DF), p.113-122, jul./dez. 2011, p. 113-122.

Disponível em: < <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/ramos-samya-rodrigues-201608060412162753570.pdf> > Acesso em 15/04/2021 às 19:09h.

- **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Plataforma de Cairo, 1994.

Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>

REHUNA. **Carta de 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>

- REVISTA GALILEU. **O que é misoginia?**

Disponível em:

<https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2020/02/o-que-e-misoginia.html>

Acesso em 23/03/2021 às 20:50 h.

- RINALDI, Alessandra de Andrade. **A sexualização do crime no Brasil – um estudo sobre criminalidade feminina no contexto de relações amorosas (1890-1940)**. Rio de Janeiro: Mauad X FAPERJ, 2015.

- SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Educação e Realidade, n. 2, v.20, jul/dez., p 71-99.

- SILVA, Taciane Rosa. **O processo de renovação do Serviço Social mediante a autocracia burguesa**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/129460132.pdf>

- SILVEIRA, Clara Maria Holanda; COSTA, Renata Gomes da. **Patriarcado e capitalismo: binômio dominação-exploração nas relações de gênero**.

Disponível em:

[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/245/o/PATRIARCADO\\_E\\_CAPITALISMO\\_BIN%C3%94MIO\\_DOMINA%C3%87%C3%83O-EXPLORA%C3%87%C3%83O.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/245/o/PATRIARCADO_E_CAPITALISMO_BIN%C3%94MIO_DOMINA%C3%87%C3%83O-EXPLORA%C3%87%C3%83O.pdf)

- SOUZA, Priscila Fortunato Barreto de; ARAÚJO, Vera Nícia Fortkamp de. **A humanização do parto e nascimento: contribuições do Serviço Social**. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2015.

Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Artigo-Priscila-F-B-de-Souza.pdf>

- SOUZA, Nathalia Cristina Rodrigues de; FERREIRA, Rebeca Viana. **Violência obstétrica: gênero e relações de poder**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

Disponível em:

<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/69/60>

- TEMPORALIS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. A ABEPSS e o Fortalecimento da Pesquisa na Área do Serviço Social: A Estratégia dos Grupos Temáticos de Pesquisas (GTPs). Ano. 1, n.1 (jan/jun.2000). Brasília: ABEPSS, 2000.

- TONIN, Laura de Souza; ROQUE, Luísa Costa Teixeira. **A colonização do parto e a configuração da violência obstétrica: uma abordagem histórico-crítica para uma intervenção profissional propositiva**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.

Disponível em:

< <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/768/748>>

- VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, 2007. Disponível em [http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf)

- VICENTIM, Carolina. **O Mito do aborto legal**.

Disponível em <https://azmina.com.br/reportagens/o-mito-do-aborto-legal> (Atualizado em 29 de setembro de 2020). Acesso em 28/03/2021 às 17:13