



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO SOCIAL: limites e desafios na atualidade

NOME: Cristiane Cordeiro da Silva Delfino

NATUREZA DO TRABALHO: Reflexão teórica

EIXO VII: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, geração e sexualidades. **Tema do Eixo VII:** Gênero

FORMAÇÃO E TITULAÇÃO DO PROPONENTE: Graduando em serviço Social pela Universidade Federal Fluminense - UFF

CEL: (21) 97176-0655

e-mail: crisdelfino2012@gmail.com



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO SOCIAL: limites e desafios na atualidade

1. INTRODUÇÃO:

Esse artigo tem como objetivo discutir a questão da violência obstétrica no Brasil, sua tipificação, o papel social da mulher na sociedade, o processo de naturalização envolvido nessa prática, e a discussão sobre as relações de gênero, de raça/etnia imbricados nesse processo e a cultura do paternalismo incutidos nas relações sociais. Esse processo é histórico e ainda traz rebatimentos sobre a vida, o corpo e a saúde da mulher na atualidade.

O artigo apresentado tem por finalidade instigar a reflexão e o debate sobre a violência obstétrica, problematizando a cultura do parto cesáreo e o procedimento cirúrgico de episiotomia, assim como apontar questões que permeiam a prática do Serviço Social, buscando compreender as mediações que perpassam as demandas apresentadas, que vai para além do imediato, desmistificando o cotidiano, tendo em vista que a realidade é dialética.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A violência obstétrica é um tema de grande relevância, e seu debate tem se ampliado consideravelmente na atualidade nos mecanismos de comunicação. Os descasos à lei que prevê assistência as gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto são comuns, principalmente em instituições públicas.

A violência obstétrica é caracterizada como qualquer ato que envolve abuso, desrespeito aos direitos garantidos por lei e maus tratos conferidos as gestantes e parturientes. Também está relacionada à negação de atendimento a qualquer unidade de saúde, humilhar, ofender a mulher e seus familiares¹.

Desde 2007, as leis Venezuelanas passaram a reconhecer a existência de uma violência contra mulher, chamada de violência obstétrica, silenciosa e institucional, que

¹ Maiores informações podem ser encontradas em: Aguiar (2013), D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) e na cartilha Violência Obstétrica: você sabe o que é? (Defensoria Pública do Estado de São Paulo).



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



tem como característica a apropriação do corpo da mulher em tratamentos desumanos, constrangedor, expressada através de violência verbal, social, física e até mesmo sexual, transformando o período de gestação em patologia, retirando da mesma o poder de decisão no processo de pré-parto, parto e pós-parto².

A “máfia” dos partos cesáreos tem se espalhado no Brasil, reproduzindo a lógica perversa do capital, incutindo nas mulheres mitos sobre gestação, falsas alegações para justificativa do procedimento cirúrgico, visando apenas questões financeiras.

Essa “cultura da cesariana” está diretamente ligada à lógica perversa do capital, quem tem como objetivo principal transformar as relações sociais e humanas em mercadológicas. Tal cultura começa emergir no Brasil na década de 1970 e uma das principais causas decorre da criação do INPS, que exige a partir de então, para o recebimento de salário, que o médico deveria participar diretamente de todo processo do parto, e não só quando ocorria algum problema. Visando o lucro as contratações eram feitas por meio de credenciamento e unidade de serviços (US). Esse processo gerou uma série de corrupções, eram inventados serviços ou pacientes de consultas não realizadas, sempre optavam por procedimentos que geravam mais dinheiro e não o que o paciente necessitava. Esse episódio fez aumentar consideravelmente o número de partos cesárea.

Assim como também:

Entre os principais fatores para alto índice de cesáreas em nosso país estaria a conveniência e a segurança do profissional de saúde; fatores institucionais ligados ao pagamento da cesárea e a exclusão ao uso da anestesia na rede SUS; a esterilização cirúrgica durante as cesáreas eletivas ou ligamentos de trompas; o medo do parto normal, das lesões perineais e a dor do parto, bem como a crença de que o parto vaginal é mais arriscado que o abdominal (BEMFAM, 1997; DINIZ, 2004; LOPES, 2008 APUD CARNEIRO, 2015, P.45)

Nessa direção, destaca-se os dados de uma pesquisa realizada pela Fiocruz (2014) 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%. Assim, para que haja aceitação aos dados alarmantes de

² A este respeito consulta o site oficial: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf. Último acesso em 10/05/2015.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



cesáreas, divulga-se (por parte dos médicos, enfermeiro e etc.) informações e ações de partos normais dolorosos (partos forçados ou com procedimentos de episiotomia³ sem a permissão da mulher) ou por um tempo muito prolongado. Essa proporção mostra claramente, a ineficiência /correlação de forças imbricadas nos programas e políticas de humanização de parto no Brasil.

Diante dessa recuperação de propostas orientadas a humanização do parto nos dias atuais, pode –se concluir que quase todas as iniciativas têm criticado o fato de o Brasil ser recordista mundial de cesáreas e de o parto cirúrgico ter –se tornando o “modo normal de parir” ou o “parto típico” nacional. (CARNEIRO, 2015, P.44)

Vale ressaltar, que de acordo com Maia a demanda por parto cesáreo, seria um pedido de dignidade, já que os partos ditos normais no Brasil envolvem um serie de procedimentos Interventivos e traumáticos. “O tipo de parto é marca do *status* social da mulher”(Maia, 2010, p.41). Aponta-se nesse processo que o intervir é violento.

O processo de humanização no parto necessita de uma reorganização, socialização de informação, postura firme para mudar algo já está posto como “natural”, “normal” em nossa sociedade, de algo que force a saída de um cotidiano já posto. Necessita de um movimento coletivo de demandas semelhantes no sentido de compreender as mediações que perpassam as políticas de humanização do parto, no sentido de mexer com a estrutura da política de atendimento ao parto, nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, dando ênfase a equipe multiprofissional. O processo ideológico nas instituições de saúde de atendimento a 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 vitima. A naturalização é uma característica do cotidiano.

Os termos natural, humanizados, normais precisam ser analisados de acordo com o contexto em que se insere. Deve-se buscar o sentido real que é imprimido a prática profissional no processo de atendimento, de atenção a saúde das gestantes e parturientes. Dizer que um parto foi de forma humanizada, não possui relação direta com parto normal, sem intervenções. Uma cesariana pode, em muitos casos, ser um parto humanizado. A questão a ser observada é o nível de autonomia que se dá a mulher no momento de “*parir*” (CARNEIRO , 2015). Não pretendemos aqui fazer culto

3 Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obs- tetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura. Disponível em: www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/.../feminav37n7p367-71.pdf, Acessado em 18 de março de 2016.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



ao parto normal, mas trazer a tona um debate sobre o que é melhor para a mulher e o recém nato, em busca de ações que não anule, que não viole o tempo e a vontade do corpo da mulher.

Dessa forma, outro fator importante que se soma ao rol de violações é a negação do direito à gestante ao acompanhante. Na maioria das vezes, as mulheres e seus familiares são ludibriados com a justificativa falaciosa de que quem tem direito são apenas as menores de idades e as parturientes, desse modo nenhum acompanhante, com exceção dos citados anteriormente, pode permanecer na unidade, pois é uma rotina hospitalar.

É notório o total desconhecimento por parte das usuárias e familiares da lei 11.108/05 que garante assistência de um acompanhante a escolha da gestante no período de trabalho de parto, parto e pós – parto imediato. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da saúde aponta que ter um acompanhante nesse período tão delicado para gestante reduz a possibilidade de depressão pós-parto, que atinge cerca de 15% das parturientes no mundo.

A justificativa das Instituições é que as unidades não possuem espaço físico para suportar as demandas dos acompanhantes e que a liberação aumentaria o risco de infecção hospitalar. Nesse sentido, deve-se fazer uma reflexão sobre o assunto. Na realidade o problema está no espaço físico ou no medo do aumento de denúncias de maus-tratos as usuárias? Se a lei foi sancionada desde 2005, porque após 10 anos ainda não houve adequação a mesma? Essa lógica serve para alavancar ainda mais a cultura patriarcal e machista de nosso país.

Diante do exposto, destaca-se o desafio do Serviço Social na consolidação dos direitos humanos e da cidadania previsto no Código de Ética. Em tempos de naturalização das expressões da Questão Social e a emergência de novas expressões, dois movimentos se destacam: o processo de socialização de informações e a instigação de reflexão sobre a realidade social, visando construções coletivas que apontem para uma efetiva emancipação humana. Como afirma lamamoto (2000, p. 114) "Decifrar os determinantes e as múltiplas expressões da questão social, eixo fundante da profissão, é um requisito básico para avançar na direção indicada."

3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



O processo de “parir e nascer no Brasil” se apresenta imbricados nas relações sociais e culturais que em volem *indivíduos*, *grupos sociais*, *organizações (hospitais e maternidades)* que exercem influências sobre a mulher (MAIA, 2010).

Diante disso, a mulher passa ser vista como seu único papel social de reprodutora -tratada aqui pela autora como a mulher útero (Maia, 2010) - que deve ser punida pelo prazer do ato sexual. Assim, o médico passa ser o protagonista do parto, desconsiderando o caráter familiar, social e emocional envolvido.

Dados alarmantes sobre parto no Brasil foram apresentados, de acordo com Maia (2010), a porcentagem de partos cesáreos realizados em 2008, no SUS, era de 31% , já na rede privada de saúde esse número chegava a 84,5%. Essa estatística não parou por ai. Embora dados mostrarem que a maioria das mulheres brasileiras optam por parto normal, o número de cesáreas no Brasil não param de crescer, como poderá ser constatado posteriormente.

Muita aquém das demandas reais, as autoridades publicas do Brasil estão atentas ao fato. Podemos destacar algumas iniciativas dos programas de saúde pública, tais como o programa de humanização do pré Natal e nascimento, criado pelo ministério da saúde em 2000 e a política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em 2005, se revelam como marcos normativos e legais no intuito de trazer humanização e respeito no período de pré- parto, parto e pós parto imediato. Faz-se importante salientar que o processo de luta para implementação desses programas é contínuo, pois estes não se constituem em um rito de passagem imediata ao desejado.

A evolução tecnológica, trouxe benefícios que são inegáveis, deveria significar uma aliada a saúde da mulher e o recém nato, mas se tornou um instrumento potencializador dos médicos, no sentido de agilizar, mecanizar, institucionalizar o processo de parto no país. Dessa forma, realizam praticas interventivas desnecessárias, baseado em conhecimentos empíricos, que não beneficiam a mulher e muito menos o recém nascido, prevalecendo apenas a conveniência médica.

O processo histórico do nascimento do sistema de saúde no Brasil imbricados em um conjunto de aspectos econômicos, sociais, políticos, ideológicos, inserida no patamar de política social, transita por mais variadas formas de relações sociais, que vai desde a relação Estado/ sociedade, grupos sociais, gestores e unidades governamentais etc. Explicitando nesse processo, Maia (2010) destaca o “caráter excludente e desigual”, característica do modelo de proteção, assistencialista brasileiro.



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80 ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

A predominância no modelo curativo de saúde e hospitalocêntrico tem rebatimento direto ao modo de se prestar assistência ao parto no Brasil. Dessa forma, se o modelo de saúde está centrado no sistema curativo, o período gestacional, passa ser tratado como doença, patologia que deve ser controlada pelo poder médico, e que para isso poderá se utilizar de meios necessários, que lhe for conveniente para solucionar/curar a patologia em questão. Nesse sentido, “os fins justificam os meios”.

O processo de institucionalização do parto transformou o mesmo em uma especialidade clínica e cirúrgica. Os procedimentos realizados no parto não eram considerados procedimentos médicos, o trabalho das parteiras, intervenções primordiais, eram entendidos como um “ritual de mulheres”, que necessitavam apenas de intervenção médica, quando havia complicações no parto, o que se caracterizava em uma atenção precarizada, que em muitos casos, servia apenas para tirar o bebê de dentro da mulher morta. Os “salvamentos” eram realizados pelos chamados de cirurgião-parteiro. (Maia, 2010),

Diante do exposto, faz-se importante salientar a falta de atenção a saúde da mulher que passou a ser alvo de “preocupação”, restrita apenas ao período de gravidez e parto, a partir do final do século XVI II.

4. OS PRINCIPAIS DESAFIOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE NO BRASIL

O Assistente social na área da saúde atua no atendimento direto aos usuários, nos diversos espaços de atuação, que gira em torno da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade. Sua ação se dá por meio de equipe interdisciplinar, com articulação com vários profissionais da área da saúde. Assim, o profissional deve estar atento as questões explicitadas no Código de Ética, principalmente a parte sobre o sigilo profissional, deve ter a autonomia e o discernimento do que pode ser compartilhado com a equipe.

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016

a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CFESS, 2010).



A partir da implementação do SUS, em 1990, traz novas expectativas a atuação do Serviço Social na área da Saúde. O modelo que prevalece nas políticas de saúde tem refletido na atualidade uma desresponsabilização do Estado no provimento das condições necessárias ao atendimento da população nos níveis de baixa, media e alta complexidade, deixando lacunas nos atendimentos básicos municipalizado, e repassando ao setor privado, por meio de convênios, subsídios para os provimentos de políticas de saúde paliativas, emergenciais, precarizadas. Esse processo tem se mostrado uma ofensiva a ofertas de serviços públicos de saúde.

O crescimento das OSs, OSCIPs, os “novos modelos” de gestão tem se alastrado no Brasil, fomentando a mercantilização da saúde, da vida da classe trabalhadora, que vê seu acesso negado, seus direitos legalmente constituídos lesados. O processo ideológico massivo, aponta para uma saída, os planos privados, a cobertura das empresas, em detrimento da desvalorização do bem publico, do direito, da decadência do SUS.

Diante dos processos de flexibilização do trabalho, das fragilidades dos vínculos empregatícios e das indicações políticas, o trabalho da Assistente Social se depara com os limites e desafios impostos por essa lógica. A correlação de força é muito grande e muitas vezes prevalece os interesses da Instituição em detrimento aos da classe trabalhadora.

A relação entre os profissionais se revela como algo a ser discutido. A hierarquia existente entre médicos e demais profissionais em muitos casos se tornam barreiras na viabilização dos direitos dos usuários, o que exige do Profissional de Serviço Social uma postura mais firme, enérgica. O que não é uma constante.

Percebe-se que o papel do assistente Social, em várias instituições, ainda não é algo definido tanto nas mentes dos usuários, quanto dos profissionais que atuam em equipe multiprofissional. Tudo aquilo que não sabem para onde encaminhar, jogam para o serviço Social.

Desmistificar e romper com esse cotidiano não é algo fácil. O cotidiano é difícil de ser entendido pelos Assistentes Sociais e demais profissionais que incidem sobre as relações sociais, inseridos nas instituições, pois estão imbricados em processos repetitivos, o que impossibilita o reconhecimento da essência do fenômeno. Vale



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



ressaltar que o Cotidiano é palco de resistência aos mais críticos, mas ele também não deve ser desprezado, pois é um espaço que propicia a ressignificação de um determinado grupo. Lembrando que a vida cotidiana deve ser alvo contínuo de investigação, de ação e reflexão. (Heller, 1972)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Constata-se 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 punido pelo prazer sexual. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Essa relação hierárquica tem como consequência maior insegurança em relação ao parto, traumas, grande probabilidade de depressão pós-parto, rejeição a criança e etc.

Tendo em vista o exercício da cidadania, é de fundamental importância a participação do Serviço Social no apoio às usuárias (gestantes, puérperas) e familiares na orientação no que diz respeito aos direitos fundamentais das gestantes e parturientes neste processo, contribuindo para a consolidação dos direitos.

O sistema Capitalista propicia a mercantilização da vida, das relações sociais, apregoa uma homogeneidade da sociedade civil, que resulta em ações fragmentadas, excludentes e desumanas. Os atendimentos nas unidades de saúde a cada dia se reveste de um praticismo imbricados no saber empírico produzido no cotidiano. A naturalização da violência é comum em espaços institucionais, principalmente nas de atendimento a gestantes e parturientes que vê seu corpo, seus direitos violados sem nenhuma cerimônia, vítima de mais um processo da patologização da vida.

O processo de mercantilização das relações sociais impede qualquer movimento que vise a constituição de uma cidadania plena, universal. Na realidade as políticas sociais (saúde) se tornou alavanca para o mercado, empresas privadas e públicas são beneficiadas nas ações voltadas para saúde. Para que as ações de saúde sejam completas faz-se necessário uma articulação da política de saúde com as demais políticas sociais e segmentos, como empresas farmacêuticas, de desenvolvimento tecnológico e científico e etc., e que haja compromisso com a



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80 ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

população em busca de um cidadania ampliada, sem distinção, sem jogo político e etc.

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

4. REFERÊNCIAS

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 Rio de Janeiro.29(11): 2287-2296, Nov.2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.Brasília, DF: Senado Federal, 1988.Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acessado em: 25/05/2015.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Cartilha: Violência Obstétrica: você sabe o que é?.São Paulo, Novembro de 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acessado em 12/05/2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e política do corpo ./ Rosamaria Giatti Carneiro:Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL .Relatório da Oficina Estadual de Construção dos "Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde". 2010



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

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>. Acessado em 20/052015.

HELLER. A.. O cotidiano e a historia .Rio de Janeiro; paz e terra, 1972.

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

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