



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE)
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS (CCSA)
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL (DSS)
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL BACHARELADO

ALANNY LOUYSE CAVALCANTE MARQUES DA SILVA
GABRIEL VIEIRA DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA RACIAL E O PAPEL DO
SERVIÇO SOCIAL**

RECIFE
2023

ALANNY LOUYSE CAVALCANTE MARQUES DA SILVA
GABRIEL VIEIRA DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA RACIAL E O PAPEL DO
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social Bacharelado da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Tatiane Michele Melo de Lima

RECIFE
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através
do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Alanny Louyse Cavalcante Marques da.

Violência obstétrica sob uma perspectiva racial e o papel do serviço social /
Alanny Louyse Cavalcante Marques da Silva, Gabriel Vieira do Nascimento. -
Recife, 2023.

80 p., tab.

Orientador(a): Tatiane Michele Melo de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2023.

1. Análise da violência obstétrica. 2. Contribuições do Serviço Social. 3.
Direitos Sexuais e Reprodutivos. 4. Interseccionalidade. 5. 5. Racismo. I.
Nascimento, Gabriel Vieira do. II. Lima, Tatiane Michele Melo de. (Orientação).
III. Título.

360 CDD (22.ed.)

ALANNY LOUYSE CAVALCANTE MARQUES DA SILVA
GABRIEL VIEIRA DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA RACIAL E O PAPEL DO
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social Bacharelado da Universidade
Federal de Pernambuco, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.

Aprovado em: 29 de setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Tatiane Michele Melo de Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – CCSA/UFPE

Profa. Dra. Flávia da Silva Clement (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco – CCSA/UFPE

AGRADECIMENTOS

Alanny Louyse Cavalcante Marques da Silva

Palavras nunca serão suficientes para agradecer a cada etapa dessa trajetória, entretanto, serão através delas que tentarei expressar a minha profunda gratidão a cada pessoa com quem pude compartilhar momentos e vivências nos últimos quatro anos, e que contribuíram, cada um do seu jeitinho, para me manter forte e vencer essa fase importantíssima da minha vida.

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir mais uma conquista em minha vida. Ele que por muitas vezes me protegeu e me guiou em momentos difíceis, mas que também sempre me proporcionou coisas incríveis, como esta finalização de graduação.

À minha mãe, Ubiranice, meu maior ponto de apoio, de força e de equilíbrio. Não foram anos fáceis, de muitos altos e baixos, de muitas abdições, esforços e sacrifícios para que conseguíssemos superar as adversidades e seguir em frente. Obrigada por sempre ser o meu porto seguro, meu colo para os dias difíceis e por ter as melhores palavras de conforto quando achava que não iria conseguir, mas aqui estamos e espero eu, que a partir dessa profissão possa te dar muito orgulho e te proporcionar uma infinidade de coisas boas, pois você merece, e tudo isso é para você, te amo infinitamente de todo meu coração.

À minha prima, Dinara, que desde meu nascimento tem sido irmã, mãe, psicóloga e amiga. Obrigada por todo apoio sempre, por cuidar de mim, por dar os melhores conselhos e por ser tão cuidadosa e delicada em momentos muito difíceis da minha vida. Obrigada por sempre acreditar em mim e fazer questão de expressar a quão orgulhosa e feliz você é por todas as minhas conquistas, está em especial.

A meu primo Diego, que também poderia facilmente chamar de irmão. Você que desde a infância me ‘aperreava’ com implicâncias normais entre irmãos, mas que sempre me arrancou muitas risadas e alegrias. Ainda tenho lembranças de quando me fantasiava de surfista, skatista, Joãozinho no São João, fazia almoço pra nós dois quando eu chegava da escola, jogava videogame junto comigo, me levava para sua academia, ou para qualquer lugar que você fosse fazer algo, para sempre sermos companhia um do outro. Obrigada por acreditar em mim.

Aos meus tios Josimere e José Ferreira. Tia, são infinitas coisas das quais lhe sou grata, tantas que nem consigo mencionar, mas sobretudo, por também cuidar de mim e sempre confiar que eu seria capaz de chegar até aqui. Você é um dos meus maiores exemplos de mulher forte e batalhadora que sempre cuidou um pouco de todo

mundo. Tio, obrigada pelo “Bom dia, Deus abençoe, te amo” de todos os dias, saiba que isso faz toda a diferença no meu dia. Obrigada por todo apoio, carinho e confiança sempre. Amo vocês.

À Derick Figueiredo, meu amor, que tem sido presente em todos os momentos de minha vida há quase cinco anos. Obrigada por ser meu maior incentivador, por sempre me levantar quando estava pra baixo, seja fazendo alguma graça ou realmente muito sério dizendo que eu seria capaz e que acreditava em mim, quando às vezes nem eu mesma acreditava. Você esteve comigo desde o primeiro dia de aula da nossa graduação, quando pegamos o ônibus errado e fomos parar em um lugar totalmente desconhecido e conseguimos chegar a Universidade faltando meia hora pra aula acabar, e ainda está comigo hoje, acompanhando de perto o fim deste ciclo.

Aos meus melhores amigos, Julia e Adriel por durante todos os anos de graduação terem sido para mim uma válvula de escape de todo estresse e ansiedade que uma faculdade pode te proporcionar, me alegrando e me tirando de casa para viver além das obrigações acadêmicas e de trabalho. Dedico a vocês também essa conquista, pois vocês fizeram parte disso.

À minha querida amiga de graduação, Déborah, que desde o primeiro momento se fez presente, compartilhando dos mesmos sentimentos e sensações de estar se inserindo no meio acadêmico pela primeira vez, agradeço por toda força e companheirismo que nos fizeram chegar juntas até aqui. À Alessandra, Isabelly e Thamires, agradeço por terem deixado os dias de faculdade mais leves e por terem nos acolhido, foi um prazer conviver com vocês.

À Gabriel, minha dupla, por ter topado se aventurar junto comigo nessa montanha de emoções que é a construção de um TCC. Foram longos e exaustivos meses de produção deste trabalho, em meio a diversos obstáculos pessoais na vida de cada um, mas aqui estamos. Enfim conseguidos, nada disso seria possível sem você.

À minha supervisora de campo Emanuela Pereira, que me aceitou como sua estagiária e me acolheu, me possibilitando ter o primeiro contato prático com o Serviço Social dentro da rede de saúde, despertando assim o meu desejo de seguir por este caminho. À Ana Paula e Richard, gratas surpresas do meu campo de estágio. Ana, obrigada por tornar isso tudo mais leve, obrigada por cada gargalhada arrancada, pela companhia, pelos conselhos, por cada momento de descontração num ambiente tão caótico e agitado que é uma UPA, tenho certeza que te levarei Richard, você chegou depois, mas ainda assim conquistou um espaço no meu coração. Obrigada por cada

ensinamento, por cada desabafo, pela tua compreensão e por cada experiência profissional compartilhada. Aprendi muito com vocês.

À Tatiane Lima, nossa orientadora, por ter acreditado em nós, por ter nos ajudado sempre com muita paciência e cuidado, por ter sido tão compreensiva em meio às nossas turbulências da vida e por ter compartilhado conosco um pouco do muito conhecimento e inteligência que você tem. Sou profundamente grata. Agradeço ainda à Flávia Clemente, por ter aceitado o convite de compor nossa banca.

Por fim, à Universidade Federal de Pernambuco e aos professores do Departamento de Serviço Social que muito me ensinaram e me ajudaram a chegar até aqui, espero que eu consiga pôr em prática todos os conhecimentos passados a mim, e que estes possam mudar a vida de algumas pessoas.

AGRADECIMENTOS

Gabriel Vieira do Nascimento

Ao começar os agradecimentos me peguei pensando em todas as pessoas que citarei aqui que de alguma maneira teve um pedacinho importante na minha trajetória acadêmica, pois foram longos anos de determinação, perseverança, choro, certeza, felicidade, e também reflexão sobre quem eu sou, o que eu quero fazer e como eu posso mudar o mundo. Percebo que seria impossível chegar aqui sem o apoio de cada um de vocês, sei que o coletivo me tornou mais forte para chegar até aqui.

Primeiramente agradeço à minha mãe Elisângela que é a minha base e minha inspiração de vida. Mãe, te agradeço imensamente pela força de todos os dias, desde o acordar até a hora de dormir eu conseguia enxergar todo seu apoio e esforço para facilitar o meu caminhar e não deixar com que eu me abalasse por nada, se escrevo essa mensagem agora é porque a senhora é a maior protagonista dessa história. Agradeço ao meu pai Renato pelas conversas e conselhos a respeito da vida profissional e também por se fazer ouvir sobre minhas experiências e anseios. E agradeço a minha irmã Betinha por me trazer afeto nos momentos de apreensão e desespero, mesmo que com poucas palavras a sua presença foi muito importante pra mim.

Agradeço à minha querida parceira de vida Estephany por todo o apoio de vida. Você foi fundamental pra mim, principalmente nessa reta final onde por muitas vezes eu me via perdido e você sempre estava aqui acreditando que ia dar certo.

Agradeço a Leandro que foi o irmão que a vida me deu. Lembro que desde a decisão da escolha do curso, antes mesmo da vida acadêmica começar, foi você que estava ali ao meu lado me guiando e me apoiando. Obrigado por todas as conversas profundas e descontraídas sobre a faculdade e também pelas caronas que não foram poucas e evitavam o cansaço.

Agradeço à minha tia Paula e minhas avós Elizabeth e Maria por toda a preocupação com meu bem-estar e por acreditar que o meu desejo era possível. A meu padrasto Alexandre por se disponibilizar a me ajudar durante meu primeiro estágio.

Agradeço às minhas supervisoras de estágio do CREAS Sandra e Fabiana, e toda a equipe multiprofissional por me ensinar um pouco do que é a assistência social no meu primeiro contato com a prática do Serviço Social. Às minhas supervisoras Landra e Bruna do SESC por tornar minha experiência ainda mais completa e por todos os compartilhamentos. À assistente social Ana do projeto Mãe Coruja por compartilhar um

pouco do seu conhecimento acerca do tema do presente trabalho, bem como a oportunidade de estar próximo ao tema.

Agradeço às minhas amigas da graduação, Alanny, Deborah, Alessandra, Thamires e Isabelly por me acolherem desde o 1º período de formação, dividir toda a graduação com vocês tornou a trajetória singular. Em especial à Alanny por topar e dividir esse trabalho comigo.

Agradeço à nossa orientadora Tatiane Melo por aceitar entrar nesse processo tão difícil conosco, por nos mostrar os caminhos a serem seguidos, e por acreditar que seria possível.

Por fim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que não estão aqui neste escrito, mas que de alguma forma fizeram parte da minha trajetória até chegar aqui.

Com carinho,

Gabriel.

“Para mudar o mundo, / primeiro é preciso / mudar a forma de nascer”. (ODENT, s.d.)

RESUMO

A violência obstétrica e o racismo obstétrico têm feito parte da rotina das mulheres brasileiras muito antes de ser nomeada. Cenas de desrespeito, humilhação e discriminação racial, econômica e social são comumente vivenciadas pelas mulheres e pessoas com útero que passam pelos momentos de gestação, parto e puerpério. Nesse sentido, o combate à violência obstétrica se configura como uma Política Pública de Saúde, e considerando o profissional de Serviço Social como um profissional que tem capacidade para atuar na área referenciada, o objetivo deste trabalho é analisar sob uma perspectiva interseccional a violência obstétrica e o enfrentamento do Serviço Social diante dessa problemática. Por objetivos específicos, definimos discutir acerca da violência obstétrica no cenário contemporâneo dentro da Rede de Saúde, discorrer acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, centralizar o estudo do racismo na violência obstétrica e os diferentes impactos nas mulheres negras, além de abordar e relacionar os efeitos do patriarcado nesta problemática e ainda, apresentar as contribuições Serviço Social no enfrentamento da violência obstétrica. Para o alcance dos objetivos do estudo adotamos como metodologia a pesquisa bibliográfica qualitativa e documental de 15 anais retirados do ENPESS, principal encontro de pesquisa da área do Serviço Social, e de textos e notas publicados na plataforma do CFESS, sendo estes os principais espaços de discussão e debates políticos e sociais sobre os mais diversos temas em que o Serviço Social atua e intervém, a fim de desenvolver um pensamento crítico e fazer reflexões acerca do problema, identificando as contribuições destes no combate à violência obstétrica. Escolhemos como marco temporal da nossa pesquisa o ano de 2002, quando o assunto começa a ser debatido no cenário brasileiro e se intensificam as políticas normativas e públicas a respeito das violências cometidas contra as mulheres no período da gravidez, parto e pós-parto. No tocante ao Serviço Social, foram identificadas dificuldades nas pesquisas relativas à violência obstétrica pela falta de materiais específicos que tratam desta questão. Particularmente nos achados do CFESS, não se encontram textos, artigos ou matérias que expõe a gravidade da violência obstétrica, tampouco formas efetivas de combatê-la, limitando-se a tratar apenas dos direitos sexuais e reprodutivos. A partir disso, consideramos que embora a violência obstétrica esteja sendo discutida, o assunto ainda carece de uma atenção

maior por parte do Serviço Social para o desenvolvimento de práticas que possam proporcionar mudanças efetivas na resolução deste problema.

Palavras-chave: direitos sexuais e reprodutivos; serviço social; violência obstétrica.

ABSTRACT

Obstetric violence and obstetric racism have been part of the routine of Brazilian women long before it was named. Scenes of disrespect, humiliation and racial, economic and social discrimination are commonly experienced by women and people with uteruses who go through pregnancy, childbirth and the postpartum period. In this sense, the fight against obstetric violence is configured as a Public Health Policy, and considering the Social Service professional as a professional who has the capacity to work in the referenced area, the objective of this work is to analyze obstetric violence and Social Service's approach to this problem. For specific objectives, we define discussing obstetric violence in the contemporary scenario within the Health Network, discussing women's sexual and reproductive rights, centralizing the study of racism in obstetric violence and the different impacts on black women, in addition to addressing and relating the effects of patriarchy on this issue and also present the Social Service contributions in combating obstetric violence. To achieve the objectives of the study, we adopted as a methodology the qualitative and documentary bibliographical research of 15 annals taken from ENPESS, the main research meeting in the area of Social Service, and texts and notes published on the CFESS platform, these being the main spaces for political and social discussion and debates on the most diverse topics in which Social Services operates and intervenes, in order to develop critical thinking and reflect on the problem, identifying their contributions to combating obstetric violence. We chose the year 2002 as the time frame for our research, when the subject began to be debated in the Brazilian scenario and normative and public policies regarding violence committed against women during pregnancy, childbirth and postpartum intensified. Regarding Social Work, difficulties were identified in research related to obstetric violence due to the lack of specific materials that deal with this issue. Particularly in the CFESS findings, there are no texts, articles or materials that expose the seriousness of obstetric violence, nor effective ways to combat it, limiting themselves to dealing only with sexual and reproductive rights. From this, we consider that although obstetric violence is being discussed, the subject still needs attention greater effort on the part of Social Services to develop practices that can provide effective changes in resolving this problem.

Keywords: obstetric violence; sexual and reproductive rights; social service.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Nacional de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisa em Serviço Social
MHPN	Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
ReHuNa	Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PROCESSOS HISTÓRICOS E DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DE RAÇA	20
2.1	A HISTÓRIA DO PARTO E SUAS TRADIÇÕES, COSTUMES E SIGNIFICADOS QUE ENVOLVEM ESTE MOMENTO SINGULAR	20
2.2	MEDICALIZAÇÃO DO PARTO: QUANDO ESTE MOMENTO DEIXA DE SER TRADICIONAL E PASSA A TER INTERVENÇÕES MÉDICAS E HOSPITALARES	25
2.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RACISMO OBSTÉTRICO	30
3	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES: APROXIMAÇÕES E DISPUTAS	39
3.1	O PATRIARCADO E AS CONDIÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES	39
3.2	A LEITURA E O ENFRENTAMENTO DO FEMINISMO DIANTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	42
3.3	DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ACERCA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	45
4	O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	53
4.1	APROXIMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	55
4.2	PRODUÇÕES LITERÁRIAS DO SERVIÇO SOCIAL ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

A escolha do objeto de estudo deste trabalho parte do interesse dos autores acerca dos impactos causados pela violência obstétrica na vida de mulheres e de pessoas com útero, sobretudo numa perspectiva racial, considerando que a população negra é o grupo mais atingido por esta problemática.

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2018, mulheres pretas e pardas totalizaram 65% dos óbitos maternos no Brasil. Entre os anos de 1996 até 2018, foram registrados ao todo mais de 38 mil mortes maternas, sendo 67% destas decorrentes de causas obstétricas diretas: complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (LEAL, 2017), expondo a necessidade de falar ainda mais sobre esse assunto e justificando a inquietação por parte dos autores deste trabalho em abordar o assunto.

Além disso, como futuros profissionais do Serviço Social, muito nos interessa expor e discutir quais contribuições que a profissão tem tido na luta contra a violência e o racismo obstétrico, a fim de desenvolver um pensamento crítico acerca da problemática, que em algum momento de nossa vida profissional iremos nos deparar. Nosso Projeto Ético-Político caminha lado a lado com movimentos e causas emancipatórias que lutam contra o patriarcado, racismo e qualquer tipo de violência praticada sobre um grupo a outro em forma de opressão, exploração e controle. Então numa sociedade justa e igualitária, é imprescindível que todos tenham as mesmas oportunidades e direitos humanos, políticos e sociais garantidos por lei e por meio de políticas públicas, sendo este o nosso principal instrumento de atuação.

Diante dos fatos mencionados, como objetivo geral procuramos analisar sob uma perspectiva interseccional a violência obstétrica e o enfrentamento do Serviço Social diante dessa problemática tão presente na nossa sociedade. Como objetivos específicos definimos: analisar a violência obstétrica no cenário contemporâneo dentro da Rede de Saúde; discutir acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; centralizar o estudo com ênfase no racismo intrínseco na realidade da violência obstétrica e os diferentes impactos nas mulheres negras; abordar e relacionar os efeitos do patriarcado nesta problemática e ainda apresentar as contribuições Serviço Social no enfrentamento da violência obstétrica.

Para que o trabalho responda a todos os objetivos pré-determinados escolhemos como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica qualitativa e documental. A pesquisa bibliográfica se debruçou sobre os anais do ENPESS, principal encontro de pesquisa da área do Serviço Social, que tem papel fundamental nos debates acerca de problemáticas sociais, servindo como um fórum especial que divulga resultados e produtos de pesquisas acadêmicas, além de servir como espaço de discussão e debates políticos e sociais sobre os mais diversos temas em que o Serviço Social atua e intervém. Apesar de ser um problema discutido e tratado desde muito antes, o termo 'violência obstétrica' surge na América Latina no ano de 2000 através do médico Rogério Pérez D'Gregório, que difunde a expressão por todo o continente, até chegar no Brasil e ganhar notoriedade por volta do ano de 2002, quando o assunto começa a ser debatido em território nacional. Sendo assim, escolhemos o ano de 2002 como marco temporal da nossa pesquisa, pois é exatamente quando o país intensificou as políticas normativas e públicas a respeito das violências cometidas contra as mulheres no período da gravidez, parto e pós-parto (GOMES, 2022).

Os critérios de inclusão da pesquisa são todos os artigos com os seguintes descritores: violência obstétrica; aborto; racismo institucional na saúde contra mulheres negras; direitos sexuais e reprodutivos e humanização do parto. Como critério de exclusão não utilizamos aqueles artigos em que não se relacionarem à violência obstétrica e/ou direitos sexuais e reprodutivos.

É importante destacar que apesar da escolha do marco temporal ser datada do ano de 2002, conseguimos apenas localizar trabalhos nos anais do ENPESS que atenderam aos nossos critérios de inclusão a partir do ano de 2016. Ao todo, foram encontrados 15 artigos que tratam da temática da violência obstétrica e também dos outros componentes que integram nossos critérios de inclusão, sendo estes nossos materiais para uma análise interseccional acerca do tema.

Com o objetivo de complementar a discussão, empreendemos ainda uma pesquisa documental com o mesmo espaço temporal da pesquisa citada anteriormente, de textos advindos do CFESS, estes por sua vez com achados também posteriores ao marco temporal escolhido, com documentos datados a partir de 2009. Utilizamos a plataforma do Conselho como instrumento para análises acerca dos assuntos tratados neste trabalho, pela representação nacional para os profissionais e ainda pelo papel que esta tem promovendo políticas para a construção de um projeto

de sociedade radicalmente democrático, anticapitalista e em defesa dos interesses da classe trabalhadora (CFESS, 1993), além de ser a principal fonte de informações e orientações acerca de tudo que um profissional de Serviço Social precisa e deve saber.

Neste ambiente encontramos os seguintes textos: CFESS Manifesta pela Descriminalização e Legalização do aborto (2009); CFESS Manifesta - Dia Latino-Americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto (2011); Nota de repúdio do Conselho Federal de Serviço Social ao PL 5.069/2013 (2015); CFESS Manifesta - Dia Latino-Americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto (2016); Proposta que impede o aborto em qualquer situação tramita no Senado Federal (2019); e por fim, NOTA TÉCNICA: A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal (2022).

É válido destacar que os achados do CFESS aqui expostos não tratam propriamente sobre violência obstétrica, mas consideramos adicioná-las à pesquisa por se tratar de textos que reafirmam a aliança do Serviço Social com os movimentos feministas e progressistas, expondo como a categoria atua na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e das liberdades individuais.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos, o primeiro é esta introdução, o segundo trata sobre a trajetória do processo de parturição e das transformações que este sofreu ao longo dos anos. Além disso, o tópico também traz um panorama geral das práticas que configuram a violência obstétrica, além de introduzir o tema de raça dentro do contexto abordado.

No terceiro tópico, discutiremos sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e como esses direitos não são respeitados no Brasil, trazendo análises acerca da problemática destacando o racismo e patriarcado dentro da rede de saúde, e ainda, como os movimentos feministas têm se engajado e lutado para efetivar a garantia desses direitos, além de destacar as políticas públicas que até então têm sido construídas, ou que poderão ser elaboradas no que tange a resolução desse problema, como exemplo a humanização do parto.

No quarto tópico trouxemos para debate o Serviço Social e sua relação com a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como suas contribuições no enfrentamento à violência obstétrica. A partir de artigos, trabalhos e textos de autores

do Serviço Social, tecemos análises pertinentes sobre o assunto. Nós utilizaremos de fontes como o ENPESS e o CFESS, órgãos importantes para a categoria profissional para apontar os principais documentos relativos à problemática.

2 PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PROCESSOS HISTÓRICOS E DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DE RAÇA

Este capítulo tem o objetivo de discutir a trajetória histórica do parto e as questões que atravessam a violência obstétrica. Na primeira seção iremos analisar as transformações do parto de acordo com o passar dos séculos e das diferentes culturas e costumes e seus métodos de realizar tal ato. No momento seguinte, abordaremos as mudanças nos processos do parto que configuram a violência obstétrica a partir do início da hospitalização, do progresso tecnológico e da crescente protagonização da figura médica. Ao final conceituaremos a violência obstétrica sofrida pelas mulheres e pessoas com útero, especificando a vivência das mulheres negras, principais vítimas da referida violência.

2.1 A HISTÓRIA DO PARTO E SUAS TRADIÇÕES, COSTUMES E SIGNIFICADOS QUE ENVOLVEM ESTE MOMENTO SINGULAR

O parto é considerado como um evento social de grande impacto, conforme Diniz (2005). Diante dessa afirmação, é sabido que parto é o termo utilizado para designar o nascimento de um novo ser, como resultado final de uma gestação. Ainda existem questionamentos sobre o que realmente causa o trabalho de parto, sabendo-se concretamente apenas que o trabalho de parto é resultante de alguns fatores como a alteração dos hormônios e o controle fetal. Conforme as análises de Campos (2019), quando o corpo entra em trabalho de parto, o organismo da parturiente libera uma série de hormônios que auxiliam nesse processo, como por exemplo a ocitocina, responsável pelas contrações, as endorfinas, que se encarregam de amenizar a sensação de dor, a prolactina responsável pela produção de leite, o hormônio adrenocorticotrófico, que por sua vez é liberado pelo feto como um sinal de que este está pronto para nascer, além da prostaglandinas que prepara o colo do útero para o momento de dilatação.

De acordo com Ziegel (2008), o trabalho de parto é uma combinação de alterações fisiológicas que se relacionam, em especial de alterações endócrinas, num tempo que é determinado pelo feto, onde ocorre o aumento significativo de atividades hormonais, de modo que a ocitocina fetal atravessa a barreira da placenta e se junta com a ocitocina da mãe, permitindo a excitabilidade do músculo uterino, aumentando

a produção de estrogênio, que por sua vez acentua as contrações uterinas que consequentemente dão início ao trabalho de parto.

Contudo, é imprescindível compreender o parto não somente como um processo fisiológico, mas também como um momento de grande impacto social e sentimental para todas as pessoas que fazem parte do círculo social da parturiente que gesta uma criança em seu ventre.

No que diz respeito ao tema, é possível afirmar que, historicamente, as experiências da maternidade foram e ainda são experimentadas de diversas maneiras conforme os períodos históricos, culturais e sociais em que se situam, podendo ser ou não um momento repleto de significados que normalmente gera uma movimentação de familiares e pessoas próximas para acompanhar de perto os acontecimentos que envolvem tal processo, e por isso o parto carrega consigo a responsabilidade e o impacto de ser considerado um evento social de grande importância e significado para quem rodeia a parturiente.

A partir do momento em que se descobre a gestação, um misto de sensações toma conta do corpo da gestante, que por sua vez, é afetado por mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciam diretamente a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da mulher, bem como a maneira como ela vive tais mudanças, que por sua vez repercutem intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê, positiva ou não (PICCININI, 2008).

Considerando a maternidade como um “evento social”, conforme fora supracitado, é possível compreender este como um momento marcante, contudo não há como determinar que a experiência do parto e do nascimento será igualmente transformadora e/ou positiva para todas as mulheres, pois esta é diretamente influenciada pelo contexto social, econômico e principalmente cultural em que cada mulher vive e de como ocorrerá seu parto e todo o período de gestação que antecede esse momento. É válido ressaltar ainda que, desde as origens do mundo, as formas de conceber uma criança sofreram várias mudanças conforme o período histórico e tradições em que se inserem, mas algo notável e incontestável em qualquer cultura ou país, era a predominância da figura feminina como suporte durante o momento do parto e de seus cuidados posteriores que realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras e/ou comadres, que fossem de confiança das famílias, que auxiliavam as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, assim como ofereciam cuidados aos recém-nascidos (BRENES, 1991).

Na Idade Média, o parto era um evento de esforço comunitário onde membros da família, como mãe e irmãs da parturiente e até padres procuravam auxiliar de alguma forma, além da presença fundamental das parteiras, que por muitas vezes trabalhavam em conjunto, formando uma grande rede de suporte e de troca de conhecimentos baseados em experiências próprias, ancestralidade e tradições passadas entre gerações. As parteiras nesse período eram desprovidas de qualquer ensino teórico ou base científica, já que eram trabalhadoras com pouca ou nenhuma formação e com baixo poder aquisitivo, mas que se empenhavam para oferecer a melhor assistência à gestante (BRENNER, 2021).

Segundo Brenes (2005), em meados do século XV o exercício das parteiras passa a ser regulamentado e se torna um ofício em continentes como o europeu e o africano, onde estas mulheres passam a ser pagas pela comunidade para auxiliar as mulheres no decorrer do parto. Estas “novas parteiras” sendo assim chamadas, possuíam um conhecimento com algum embasamento teórico em estudos anátomo-cirúrgicos, distinguindo-se das parteiras ou comadres que exerciam tal atividade anteriormente. Tais parteiras recebiam treinamento profissional, porém ganhavam muito menos que os médicos do sexo masculino, que eram requisitados apenas em situações de extrema gravidade, pois o parto se caracterizava por ser um acontecimento fisiológico natural, que ocorria dentro de um ambiente restrito e familiar, protagonizado por mulheres e que se dava somente entre mulheres (SANTOS; HUMBELINO; SANTOS, 2017), quase como uma experiência transcendental, onde a presença masculina era moralmente rejeitada.

No que tange a presença de homens durante a hora do parto, Wolff e Moura (2004, p. 280) declaram:

É uma coisa de mulher em que se constituía dar à luz, requeria mitos e saberes próprios, em que os homens só interferiam em caso de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por essas razões, a companhia das parteiras.

No contexto europeu, onde se encontram mais informações acerca da história da parturição, a maioria das mulheres medievais passavam pelo trabalho de parto no ambiente domiciliar e caso esta fosse pertencente à burguesia, significava que na maioria das vezes as gestantes eram retiradas da vivência da sociedade um mês antes, direcionadas para o quarto de parto, um ambiente fechado de domínio feminino

frequentado por amigas, parentes mulheres e parteiras que faziam toda preparação e rituais que acreditavam proteger a mãe e a criança durante o parto. 'Dar a luz' nesse período era visto como um evento natural e não como um processo médico, então para que o parto fosse facilitado, existiam tradições como a de que a mãe deveria se banhar em água de ervas e lubrificar suas coxas e vagina com óleo de camomila e gordura de frango duas ou três semanas antes para que não houvesse complicações na saída do bebê, além disso, se a criança estivesse numa posição errada na hora do parto, a parteira deveria vira-la manualmente no útero, causando uma experiência de dor angustiante na mulher medieval, além do parto já ser uma experiência dolorosa por si só, pois estas não contavam com o aparato de medicações para dor (BRENES, 2005).

Com o passar dos anos, os partos foram se aprimorando e contando com equipamentos que auxiliavam os partos, como cadeiras apropriadas e apoios de cordas suspensas, assim como uma preparação maior das parteiras para agir nas mais diversas situações e possíveis riscos que a parturiente e o bebê pudessem correr. Além disso, a tradição e a fé eram recursos importantes nos quais as mães e parteiras acreditam veementemente que o sucesso ou não de uma gravidez dependia da proteção de santos e da assistência divina. Sendo assim, pedidos e promessas eram feitos e longos pergaminhos com imagens de figuras sagradas, inscritos com invocações e desenhos religiosos eram colocadas em contato com o corpo da mãe enrolados ao redor do abdômen, como talismãs de proteção (PIMENTA, 2013)

Sob a vigência do século XVI, a tradição dos partos domiciliares começou a passar por uma série de regulamentações tanto por parte do Estado quanto da Igreja, e após isso, as parteiras passaram a ser submetidas a realizar exames junto a comissões eclesiásticas, o que significa em outros termos que para que os partos continuassem a ser realizados, as parteiras regulamentadas deveriam obrigatoriamente serem adeptas ao catolicismo sob a justificativa de que dessa forma não houvesse a realização de abortos e infanticídios. Diante dessas mudanças, os partos tradicionais passados de geração em geração entre as mulheres da família, com a presença de parteiras experientes tiveram que ser moldados de modo que cumprissem as instruções estabelecidas, além da obrigatoriedade de submeter-se a exames diante de um jurado (BRENES, 2005).

Conforme o decorrer dos séculos, apesar de mudanças constantes, no que tange o ofício de partejar, este ainda era um evento domiciliar restrito realizado e

protagonizado por mulheres em sua maioria, contudo, por volta do século XVII, sob determinação das novas regulamentações, um médico era obrigatoriamente convocado no momento do parto para atender aos casos mais complexos ou que exigissem intervenções cirúrgicas, onde estes seriam os únicos que poderiam manusear instrumentos que auxiliassem num parto mais complexo, a exemplo de um aparato que possuía um formato de duas colheres metálicas interligadas que puxavam o bebê de dentro da mãe pela cabeça, os fórceps, quando este tivessem dificuldade para sair (CUNHA, 2011).

Todavia, vale salientar que as atribuições médicas durante um nascimento ainda se restringia somente a situações de urgência, pois nessa época o conhecimento médico na área da obstetrícia era escasso, quase nulo, sendo assim, estes não podiam auxiliar as parteiras e acabavam por se tornar na maioria das vezes apenas espectadores, assistindo e acompanhando os partos, e foi dessa forma que os homens aos poucos começaram a se inserir no processo de parto e de nascimento (VIEIRA, 2002).

Quando o cenário passa a ser o Brasil, os costumes e tradições apesar dos milhares de quilômetros de distância se assemelham na maioria das vezes. A começar pela população indígena, é possível destacar que os rituais tinham suas especificidades a depender da região e da aldeia em que viviam, mas no geral, o evento não deixava de ser íntimo e familiar. Parentes próximas ou mulheres mais velhas da aldeia com experiência na realização de partos, iniciavam seus rituais ainda durante a gestação com chás de ervas, banhos e rezas tradicionais a fim de preparar as gestantes e o bebê para o momento do nascimento, diminuindo a dor e acalmando os envolvidos antes e durante o parto, como é o caso do povo indígena Munduruku, do norte do país, que até hoje dão continuidade a tradição dos rituais mencionados. (FRANZIN, 2015).

Ainda conforme Franzin (2015), a parturiente poderia ficar de joelhos, com as mãos apoiadas em alguma superfície, como uma rede; parcialmente deitada ou sentada no chão, sendo segurada pelos braços de alguém ao seu redor ou mesmo sentada em algum banco de altura pequena, onde a parteira se posiciona para retirar a criança do ventre da mãe. Quando o bebê nasce, este é amparado pela parteira, que corta o cordão umbilical e realiza os primeiros procedimentos de higiene da mulher no pós-parto.

A tradição de realizar partos em casa não se limitava somente ao povo indígena, e havia parteiras espalhadas por todos os lugares do Brasil, incluindo nas grandes cidades, sendo este o procedimento predominante até meados do século XX, onde o ato de partejar foi se transformando ao longo dos anos (BRENES, 1991).

Diante disso, no próximo tópico abordaremos como deu-se o processo de medicalização do parto, que deixa de ser um evento feminino e caseiro para ser um procedimento médico realizado em hospitais.

2.2 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO: QUANDO ESTE MOMENTO DEIXA DE SER TRADICIONAL E PASSA A TER INTERVENÇÕES MÉDICAS E HOSPITALARES

No início do Século XX a principal agente responsável por realizar os partos a domicílio ainda eram majoritariamente as parteiras (RATTNER, 2009). No entanto, a história do parto e suas questões passam por diversos processos ao longo da trajetória aqui compreendida, e durante muito tempo as práticas do parto foram problematizadas e discutidas. O parto natural era visto como a principal causa de mortalidade das mulheres devido a infecções e condições higiênicas precárias na maioria das vezes, e diante disso, no decorrer do tempo ele medicinou-se, masculinizou-se e hospitalizou-se. (PERROT, 2007, p. 73).

É possível analisar que a partir deste período, os médicos obtiveram uma voz mais ativa no processo do parto. Nesse sentido, o parto à domicílio, a partir da década de 1920 foi considerado por muitos mais trabalhoso devido a necessidade de uma vigilância adequada e uma grande quantidade de itens relacionada pelos médicos para conseguir estabelecer o processo seguro, exemplificando:

Chaleiras com cinco litros de água, bacias de ágata, comadre de ágata, 1,5m de impermeável, alfinetes de segurança, algodão esterilizado, gaze, sabonete de amiodol, álcool, soro fisiológico, soro glicosado, aparelho esterilizado para soro, Pituitrina, talco boricado, óleo canforado, ergotina, cafeína, escovas de unha, luvas americanas de borracha, água oxigenada, dermatol, ataduras de crepom, tintura de iodo, fio esterilizado para cordão umbilical, categut, crina de Florença extra-grossa, oxicianureto demercúrio, vaselina esterilizada, éter sulfúrico, clorofórmio... (MOTT, 2012, p. 204)

Dentre tantas recomendações de itens, a casa a qual passaria pelo processo de parto deveria seguir uma série de exigências como: água encanada, quarto amplo, mesa para colocar apetrechos e etc, para ser apto para tal realização.

Ainda no começo do século mencionado, cresce o número de médicos que passaram a fazer os partos na medida em que os hospitais, por sua vez, passaram

por uma campanha de valorização (MOTT, 2012). Anteriormente a este momento, os poucos partos realizados em hospital eram para as mulheres pobres, geralmente sozinhas, sem apoio do pai da criança ou de parentes, que não possuíam condições de recorrer a uma parteira. Somente depois, com o início das campanhas, o hospital tornou-se um lugar favorável à medicina obstétrica e que passava segurança às mulheres. As gestantes com melhores condições econômicas e sociais, primeiramente optaram por clínicas, e só depois pelo hospital maternidade, já no período entre as guerras. O marco desse tempo deu-se depois da Segunda Guerra Mundial, já no século seguinte, onde a prática se generalizou e o nascimento nas casas passou a se transformar em exceção. (PERROT, p. 74).

Dito isso, a tendência era expressada pela classe médica para que o parto fosse introduzido cada vez mais no âmbito hospitalar, já que esse espaço em teoria ofertava uma segurança maior para as parturientes, o que se denominou de institucionalização do parto. No entanto, este fato tradicionalmente mudou a perspectiva da parturiente em relação ao parto, já que, anteriormente à ascensão hospitalar, o parto era realizado habitualmente em casa e tinha-se o aparato da família em todo o procedimento. Com a institucionalização do parto houve o afastamento da família e da rede de apoio no processo do nascimento. Diniz (2001) contribui com a discussão alegando que a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde, além disso, a ligação entre elas e a família passa a ficar distante, uma vez que a instituição define um conjunto de regras e comportamentos a serem seguidos, configurando assim o início do processo de medicalização do parto, no qual o protagonismo da mulher durante o parto perde para o saber exclusivo do médico em detrimento das vontades desta (LIMA, 2019).

Diante desse contexto de institucionalização e medicalização do parto, a grande maioria das mulheres passou a permanecer internada em quartos de hospitais geralmente coletivos, sem o direito de privacidade garantido, tornando-se agentes passivas da sua história e de seu próprio momento de parir. Conforme Diniz (2001), este momento passa a ser repleto de normas de comportamentos definidos pela própria instituição hospitalar que a mulher se encontra. Nesse estágio o parto, retirado dos lares, passa a ser totalmente realizado em hospitais, onde graças aos avanços das ciências e da medicina, passa a ser um lugar seguro e bem equipado para as mulheres. Contudo, o parto hospitalizado traz consigo a destituição dos direitos da

mulher sobre sua privacidade, seu poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanhará durante esse momento, além da inserção de uma série de processos não naturais. (TORNQUIST, 2002).

Como mencionado anteriormente, o parto hospitalar se adequa não às necessidades da mulher, mas sim dos profissionais que atuam nesse procedimento, e até mesmo a posição de parir é imposta pelos profissionais de maneira que possa ser mais confortável para o médico utilizar seus instrumentos. (COSTA, KAPPAUN, 2020). No caso da obstetrícia ocidental, a posição estabelecida para a mulher dar a luz é a litotomia, que consiste na mulher deitar com a face voltada para cima, mas com pés elevados e com uma flexão de 90 graus do quadril e joelho (Estácio, 2023).

Para Helman (2003), os rituais médicos e a tecnologia no parto se tornaram uma forma de controle sobre os corpos femininos, medicalizando-os de forma a domesticar o incontrolável, tornando esta uma “cultura do nascimento ocidental” (HELMAN, 2003, p. 154). Assim, o parto que deveria ser um momento especial em muitos casos passa a ser um momento estressante, onde a mulher num estado vulnerável se encontra num ambiente desconhecido, sendo cuidada por pessoas desconhecidas, perdendo a ligação com sua rede de apoio num momento tão delicado como este.

Diante dos fatos expostos, é possível afirmar que a partir dos avanços das ciências médicas, esses profissionais estudiosos corporais se utilizam dos corpos das parturientes para reavivar seus espíritos investigativos realizando procedimentos e executando o parto como uma experiência científica, pouco se importando com os desejos e necessidades da parturiente, colocando estas em uma relação de submissão, deixando o momento desconfortável para essas mulheres, executando inclusive intervenções cirúrgicas desnecessárias, que podem ser danosas a estas mulheres.

Com os avanços tecnológicos, no início da década de 1960, houve a invenção de uma técnica que auxiliaria a mulher a controlar sua dor através da anestesia peridural (SZEJER; STEWART, 1997), que conforme a Sociedade Americana de Anestesiologistas (2021) consiste em uma injeção aplicada geralmente nas vértebras da coluna da mulher, com o objetivo de atingir os nervos da região medular para que a mesma não sinta as dores do parto mas ainda sim continue consciente, sendo esta a anestesia mais indicada para a realização do parto normal.

Conforme o avançar dos anos, a obstetrícia médica dos países mais industrializados da Europa e os Estados Unidos, além de executarem o parto cesariano e utilizarem a anestesia peridural, foi oferecido à mulher a chance de não lembrar da experiência do parto, através da sedação total. Fato é que as parturientes não deixavam de sentir dor, no entanto não lembravam de qualquer momento do parir, e isso começava segundo (DINIZ, 2005) com “uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina” (DINIZ, 2005, p. 628), negando de forma integral os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que além da permanência da dor, não conseguiam desfrutar do movimento em plena consciência.

Só após várias décadas da caracterização desse parto institucional e instrumental que tal modelo passou a ser considerado inapropriado e inadmissível devido às altas taxas de mortalidade das parturientes e seus bebês. No entanto, Diniz (2005, Apud. Martin, 1987) explica que a anestesia avançou de tal forma segura que a mulher ainda era submetida a esse modelo de assistência, “sendo ‘processada’ em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem”. Não obstante, as mulheres dos países industrializados passaram a viver o parto, porém de forma imobilizada, sem qualquer autonomia ou poder de decisão durante este momento. Tal semelhança pode ser vista até os dias atuais na rede de saúde do Brasil, ainda com a realização da episiotomia.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que objetiva aumentar a abertura vaginal por uma incisão no períneo (região localizada entre a vagina e o ânus) no momento do parto, para facilitar a saída do bebê (SEDICIAS, 2023). O “corte por baixo” assim popularizado, foi muito utilizado na Europa durante o século XX, contudo, desde de a década de 1980 já existiam evidências o suficiente para recomendar a extinção da episiotomia de rotina (DINIZ; CHACHAM, 2006). Conforme as autoras, seu uso é recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou até menos, somente em casos de evidência de sofrimento materno ou fetal. Exceto por esses casos, a utilização desse procedimento sem outras justificativas passa a configurar violência obstétrica, além de não trazer nenhum benefício para o bebê ou para a mãe, podendo inclusive aumentar as complicações no pós-parto. Nesse contexto de institucionalização, o parto passa a ter mais intervenções tecnicistas, médicas e hospitalares e algumas das práticas realizadas por estes profissionais passam a

configurar a violência obstétrica. o Dossiê Parirás com Dor evidencia alguns atos que nos fazem compreender de que forma se condiciona tal violência:

- I. Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas;
- II. Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;
- III. Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo;
- IV. Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada;
- V. Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica;
- VI. Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como difamar seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Embora evidenciada a trajetória das expressões da violência obstétrica condicionadas a negação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ainda assim, é possível analisar a manutenção e possível potencialização de violências (LIMA, 2019), isto é, os determinantes de classe, raça e gênero está visivelmente presente no foco da nossa abordagem. Sendo assim, no próximo tópico discutiremos a violência obstétrica e os condicionantes da sua perpetuação.

2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RACISMO OBSTÉTRICO

Atualmente, no Brasil existem duas datas em que a mulher é colocada como figura central de comemorações que procuram exaltar seu espaço na sociedade e reconhecer sua importância. É no oito de março que se comemora o Dia Internacional da Mulher, que geralmente se ganham flores, chocolates, mensagens bonitas com elogios e agradecimentos pelo suposto papel que a mulher exerce na família e na sociedade. Ainda no primeiro semestre do ano, no segundo domingo de maio se comemora uma das datas mais importantes do comércio: O Dia das Mães. Perdendo apenas para o Natal, esta é a data comemorativa mais lucrativa para o mercado, segundo o publicitário Bruno Faria.

É no dia das mães que, assim como no dia da mulher, estas são exaltadas, elogiadas e paparicadas com agrados e presentes. Contudo, é perceptível que ao longo dos anos, a data que foi criada para homenagear uma mãe e ativista no combate contra a mortalidade infantil foi se moldando a favor das necessidades capitalistas, tornando-se mais uma data comercial, geradora de lucro para esse sistema, pois, a representação da mãe como figura central de uma família, elo que une todas as coisas e digna de todo amor e reconhecimento é uma ideia que funciona muito bem na teoria e nesta data em especial, graças a principalmente propagandas midiáticas, mas que em todos os outros dias do ano, a realidade é muito diferente.

Cotidianamente mulheres são alvos de desrespeitos e intolerâncias, sendo inferiorizadas em praticamente todas as áreas do convívio social. Desde criança as mulheres são ensinadas a se comportarem como “mocinhas” e consequentemente obrigadas a amadurecer rápido. A elas, desde muito novas sempre fora atribuído o papel de fazer pequenas tarefas domésticas, aprender a cozinhar desde muito cedo, e as vezes, ainda incumbidas de ajudar nos cuidados dos irmãos mais novos, pois “toda mulher tem vocação para cuidar/ser mãe”, como diziam e ainda dizem os mais velhos. O papel destinado a elas perante a sociedade é o de ser mãe, esposa que cuida do lar e dos filhos enquanto o homem é o ser superior, quem provê as despesas da casa e o que manda em tudo.

Diante disso, até a época hodierna, os direitos das mulheres são constantemente violados, seja pelas políticas públicas que não asseguram igualdade; pelas relações de poder patriarcais que impõem obstáculos na inserção da mulher no mercado do trabalho, principalmente as que são mães; pelos direitos de fazer o que

bem quiser com seus próprios corpos negados, e ainda, pelas constantes cobranças por parte de familiares, parentes e amigos acerca de assuntos como casamento, construção de família e maternidade, constantemente julgadas quando são contrárias a estes padrões heteronormativos, além de relações abusivas nas quais são submetidas pelo machismo enraizado que reforça ainda mais as desigualdades existentes entre homens e mulheres e contribui para a institucionalização da violência (MOURÃO, 2020).

Em sua obra *O Segundo Sexo*, Simone Beauvoir afirma que “as mulheres são feitas para sofrer, dizem eles. É a vida... nada se pode contra ela” (p. 412, 1967). A autora destaca essa frase em seu livro salientando como é comumente reforçada a ideia de que mulher atura o sofrimento físico, e é encorajada a aguentar as crueldades e adversidades nas quais é submetida com conformidade, pois teoricamente é forte o suficiente para aguentar dores e violências, como se fosse um processo natural, uma normalidade que faz parte do ser mulher, assim como casar, ser uma dona de casa e se tornar mãe.

No que tange o assunto da maternidade, conforme Rago (1985), a existência da “vocação natural” para reprodução emerge no núcleo familiar moderno, a partir da metade do século XIX, e quanto mais a mulher é associada à maternidade, mais esta e toda sua força e potência se esvaem. Desde o processo de hospitalização do parto, a medicina apropria-se dos ciclos vitais da mulher, e acaba por construir um saber objetificado acerca dos seus corpos. Nesse ínterim, a relação entre médico e paciente passa a ser construída com base na subordinação da mulher perante ao saber médico, já que este por sua vez passa a ser visto como detentor de toda sabedoria que envolve os processos biológicos femininos, nessa discussão, acerca do parto, evidenciando as relações de poder existentes nessa ligação.

Essa relação de poder baseadas na autoridade médica e que se estendem aos demais profissionais, acaba neutralizando os afetos, numa concepção baseada numa espécie de hierarquia do saber científico em detrimento do saber popular baseado nas experiências e ensinamentos dos mais antigos. Dessa forma, a medicina é tida como detentora da verdade sobre o nascimento e o corpo da mulher, da pessoa com útero e do bebê (MOREIRA et al, 2018).

Dentro desse contexto de relação entre medicina e paciente, Foucault (1979) chama atenção para um fato muito importante das relações de poder, que sobretudo tem por função a repressão e controle de uns sobre os outros. De acordo com o autor,

é exatamente essa estratégia que é utilizada sutilmente para infiltrar o poder em todo o tecido social. O saber médico, neste sentido, é utilizado como estratégia de poder por parte do Estado, que, por sua vez, acaba por utilizar-se deste saber para controlar, adestrar e deixar os corpos dóceis. Dessa forma, o saber médico, muito mais que dizer “não”, é aquele que coordena o sentido das ações, regendo como a vida deve ser cuidado e a melhor forma de cuidado que deve ser seguida, sob suas orientações. Nesse sentido, tais relações de hierarquia e autoridade sobre o corpo do paciente, que por muitas vezes não possuem autonomia nem poder de decisão em procedimentos médicos, é caracterizado como um tipo de violência, e quando falamos especificamente das intervenções no momento do parto, esta caracteriza-se a violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser caracterizada como qualquer tipo de violência que ocorra durante os períodos de gestação, parto e pós-parto, seja durante o pré-natal, durante o trabalho de parto ou após este, sendo, portanto, qualquer ação executada por parentes, cônjuges, amigos e principalmente profissionais de saúde que possuam um tratamento desumanizado, seja por procedimentos desnecessários, ou seja por maus tratos físicos, verbais e psíquicos que as mulheres podem vir a sofrer na gestação e no parto, que causem a perda de sua autonomia e capacidade de decidir sobre seus próprios corpos livremente, afetando diretamente na qualidade de vida das mulheres e na experiência de se tornar mãe.

Nesta esteira, a Defensoria Pública de São Paulo conceitua a violência obstétrica como: A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando negativamente na sexualidade e na qualidade de vida das mulheres.

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), em todo o mundo, diversas mulheres são vítimas de abusos, maus tratos e desrespeitos antes, durante e até depois do parto nas instituições de saúde, sejam elas privadas ou públicas.

No Brasil, segundo dados da Fundação Perseu Abramo, numa pesquisa realizada e divulgada em 2010 com mulheres que tiveram seus partos em hospitais públicos e privados do país, 23% relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica. Ou seja, a cada quatro mulheres, uma tem relatos de violência, número

que já se torna suficientemente alarmante para que esse assunto seja cada vez mais discutido.

As consequências dessa forma de violência podem ser altamente avassaladoras, e muitas das vezes além de traumas físicos, causam traumas psicológicos relacionados a atitudes e procedimentos que desrespeitam os direitos individuais dessas mulheres e pessoas com útero além de ameaçar o direito à vida tanto do bebê quanto a delas próprias. A pesquisadora Juliana Z. Miranda (2015), que apresentou seu trabalho em 2015 na XXI semana da mulher, realizada em Marília no estado de São Paulo, define que:

A violência obstétrica durante o período gestacional e no parto pode ser identificada a partir das seguintes ações: negação do atendimento à mulher, quando esta procura unidades de saúde como postinhos e hospitais; quando há algum tipo de dificuldade ou falta de assistência e/ou informações onde está sendo realizado o pré natal; comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família e agendamento de cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico (MIRANDA, 2015, p. 3).

Toques desnecessários e repetitivos, bem como frases ditas em forma de piadas com intenções de humilhação, exposição do corpo mulher que se encontra tão fragilizado num momento delicado como o parto, além do impedimento de se alimentar, andar ou realizar outras funções básicas também são exemplos de como a violência obstétrica é executada no ambiente hospitalar. Ainda sob a perspectiva de Miranda (2015), o debate acerca do tema no Brasil tem se fortalecido, através principalmente de “ferramentas virtuais que começaram a surgir como estratégia de comunicação e fortalecimento da autonomia das mulheres, possibilitando o diálogo entre quem já viveu e quem ainda vai viver a experiência de parir” (p. 3).

A discussão também tem ganhado atenção principalmente nos movimentos de lutas feministas, movimentos contra violência obstétrica e recentemente, tal problemática tem se expandido no meio acadêmico, na área das ciências humanas, além dos estudos tradicionais na área da saúde, especialmente na saúde da mulher.

Estudar acerca da violência obstétrica e suas modalidades torna-se então uma importante estratégia para o seu enfrentamento, já que a assistência obstétrica vem ganhando a cada dia mais visibilidade a partir de diferentes campos, como por exemplo, nos movimentos de mulheres e nos centros de pesquisas científicas (VIEIRA, 2016).

As maternidades têm sido transformadas em fábricas, onde os profissionais de saúde respeitam apenas os protocolos, de modo que até no momento do parto esses protocolos são seguidos fielmente, assim como fora aprendido nos estudos e aulas, existe protocolo para tudo, tempo certo para tudo, inclusive para parir (MARTINS *et al.*, 2019). Dessa maneira, na intenção de acelerar o parto, para que o procedimento acabe o mais rápido possível, sendo visto apenas como mais um de tantos procedimentos a serem realizados naquele dia, a mulher acaba sofrendo violações, tendo seu corpo invadido sem qualquer respeito com a fisiologia do parto e com o momento certo em que cada organismo se sente pronto para parir o bebê.

Por esse motivo, surgem uma série de intervenções desnecessárias para apressar o parto, causando dor, desconforto ou até mesmo desrespeito com a mãe e/ou a família num momento que deveria ser tão simbólico e significativo, negando isso aos principais envolvidos, o que também configura a violência obstétrica. O tratamento agressivo vivenciado pelas mulheres nas maternidades brasileiras é uma realidade que não pode mais continuar sendo ignorada, considerando que antes mesmo do parto tal violência já é praticada. Conforme Tesser *et al.* (2015), algumas das categorias de violência obstétrica antes do parto são um pré-natal insuficiente, com poucas informações a respeito do andamento da gestação, falsas indicações de cesariana, falta de informação acerca da fisiologia do parto e riscos de cirurgias como a cesárea e falta de autonomia da mulher em escolher o tipo de parto e local. Além do que já fora exposto anteriormente, durante o parto também podem ser realizadas intervenções como a tricotomia e as episiotomias desnecessárias, muitas vezes sem anestesia, podendo trazer vários malefícios para a mulher, como risco de infecção, dor no pós-parto e necessidade de analgésicos.

Além disso, em muitos partos também é realizada uma intervenção popularmente conhecida como 'ponto do marido', que segundo o blog Grão de Gente (2020), é um procedimento que se faz ao final da sutura da episiotomia, no qual é adicionado um ponto extra que fecha um pouco mais que o normal a entrada da vagina, com o intuito de torná-la mais estreita, o que teoricamente aumentaria a satisfação sexual do homem, sem sequer o consentimento da pessoa que está na mesa de cirurgia. Este é outro procedimento que pode causar consequências para a mulher como a lesão de nervos na região, incontinência urinária ou fecal e ainda, a perda da elasticidade normal da vagina. Para além das sequelas físicas, é válido ainda

refletir sobre o viés emocional e psicológico da mãe, já fragilizada pois o parto em si é uma experiência de grande vulnerabilidade.

A imobilização física é também bastante utilizada, onde mantém-se a mulher em posições muito desconfortáveis impossibilitando que a mesma se mexa. Existem ainda outras imposições que não são autorizadas nem verbalmente tampouco por escrito mas que ainda assim as mulheres são vítimas, como a aplicação de soros com ocitocina sintética, substância que estimula a contração artificial do útero na intenção de acelerar o trabalho de parto e a adoção de puxões como a manobra de Kristeller, que faz uma pressão na parte superior do útero para facilitar a saída do bebê, o que não deve ser feito pois além de aumentar a probabilidade de ser um parto difícil, a criança pode fraturar a clavícula e costelas, causar trauma encefálico, hipóxia e ainda ter lesões em órgãos internos, bem como a mãe também pode ter graves problemas.

A pressão psicológica também é uma das principais formas de violência obstétrica. A forma com que a mulher é tratada verbalmente influi consideravelmente no trabalho de parto, de modo que uma comunicação com tom desrespeitoso que ridiculariza sua situação naquele momento causa na mulher um sentimento de culpabilidade, inferioridade, abandono, medo e insegurança. Além disso, também devemos mencionar a realização de cirurgias cesarianas, que em seu sentido mais concreto não se caracteriza como uma violência obstétrica, pois quando necessária ela salva as vidas tanto da mãe quanto do bebê. Contudo, esta só deve ser realizada apenas quando necessário, o que não é realidade no Brasil atualmente. De acordo com a OMS, a porcentagem máxima de partos cesáreos deve ser de 15%, entretanto, dados recentes da mesma organização afirmam que o percentual beira os 60%, havendo assim a identificação de que estão sendo realizadas muito mais cesarianas do que necessárias, configurando assim a violência obstétrica de fato, uma vez que a maioria dessas cirurgias estão sendo realizadas sem necessidade. Muitos são os motivos do alto índice dessas intervenções, medo das dores de um parto normal, experiências negativas de partos anteriores ou de terceiros, além da recomendação intencional de médicos que as assistem, afirmando ser a melhor escolha.

Quando o tema da violência obstétrica é abordado, é reconhecido que este tipo de violência atinge mulheres de todos os lugares e classes sociais, todavia é impossível dissertar sobre este assunto sem fazer os recortes de classe, gênero e raça necessários para uma melhor compreensão acerca da problemática. Mulheres pobres e negras vítimas tipo de violência são bem maiores e isso é evidenciado a

partir da Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) que aponta estatisticamente que sendo negra, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e numa grande maioria, muito jovens, as probabilidades de estas serem vítimas deste tipo de violência são elevadas.

Goes (2018) evidencia que as mulheres negras são as que mais sofrem com tal problemática, que não se resume somente a atitudes físicas, mas que predominantemente se manifestam pelo caráter institucional, uma vez que são as mulheres negras que aguardam mais tempo nas filas de espera dos serviços de saúde, peregrinam entre as maternidades no momento do trabalho de parto, tem menos consultas durante o pré-natal, bem como menos orientações detalhadas acerca da gestação, e são as que mais são submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia adequada. As consequências do racismo obstétrico são de fato notáveis e devastadoras, e isso é evidenciado pela alta taxa de óbitos maternos e infantis. Ainda conforme as análises de Goes (2018):

Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. É importante ressaltar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado.

Conforme estudos de Hoffman *et al* (2016), o uso diferencial de analgesia de acordo com os grupos raciais se associa a percepções a níveis sociais que se baseiam na existência de densas diferenças biológicas teoricamente intrínsecas, onde o autor destaca a existência de um 'racismo internalizado' de médicos, estudantes de medicina e outros profissionais da saúde, que afirmavam, através de pesquisa que, em relação a população branca, os negros eram vistos como mais resistentes a dor.

O racismo obstétrico e institucional que perpassa nessa problemática se manifesta de diferentes formas, atravessando o início da gestação, o pré-natal e se intensificam ao longo do parto e do puerpério. As mulheres negras que são vítimas desse tipo de violência encontram-se num estado de submissão perante as condutas dos profissionais de saúde que deveriam assisti-las em teoria, sendo silenciadas e violadas. São as mulheres negras as mais forçadas a passar por intervenções descabidas, de forma que seja mais cômoda para os profissionais e não para as mulheres, que são obrigadas a ouvir comentários maldosos que ferem a moral e o caráter destas, e chegam até a receber menos concentrações de anestesia devido a falácia antiga de que mulheres negras são mais resistentes a dor por conta dos seus

passados históricos de escravidão e por isso, não precisam de tal assistência. (CASSIANO, 2021).

Tal fato é ratificado também por Morgana Einele, presidente da Fenadoulas Brasil, em artigo publicado na revista Reconexão e Periferia de 2020. A professora, pesquisadora e doula explicita as disparidades de tratamento entre as raças e ainda descreve os impactos do racismo institucional na saúde e denuncia também, o retrocesso e desinvestimento em políticas de saúde e programas específicos para esse grupo. É salientada também a importância de nomear esse problema e utilizar o termo específico de “racismo obstétrico” para apontar de fato o que as mulheres e pessoas com útero negras sofrem, como é defendido no mesmo artigo:

Faz parte da construção do modelo obstétrico a misoginia e a descrença na capacidade fisiológica recorrente, mas para uma grande parte dessa população de parturientes, não se pode falar de violência obstétrica pura e simples, mas de racismo obstétrico (ENEILE, 2020 p. 16).

Esse subtema dentro da violência obstétrica pode ser justificado pelo fato de que o racismo obstétrico e suas expressões capturam particularidades do cuidado reprodutivo das mulheres negras que o conceito amplo de violência obstétrica não contempla (DAVIS, 2018).

Sob uma perspectiva feminista negra, Davis ainda destaca certos tipos de violência específicas sofridas pelas pessoas negras no campo da saúde, sobretudo o que ocorre com mulheres e recém-nascidos. O uso histórico dos corpos negros como material de estudo para experimentos e todo o estereótipo de resistência a dor são usados como argumento para negar medicações anestésicas e aliviadoras dos sintomas, exemplificando como o racismo interfere na assistência a um determinado grupo social, nesse caso o povo negro.

A objetificação dos corpos negros femininos não é tema atual de debate. O Legado histórico dessa problemática existe desde os tempos de escravidão, quando se alegava que as mulheres negras eram capazes de ter filhos tão facilmente como animais. Essa imagem, além de animalizar o corpo inicialmente humano, forneceu justificativa de intervenção na vida reprodutiva das mulheres escravizadas, submetendo-as a experiências no campo ginecológico e cometendo os mais diversos abusos, inclusive para fins reprodutivos, pois cada criança que nascesse representava uma propriedade, numa perspectiva de gerar mais escravos. (COLLINS, 2019).

Sob essa perspectiva, aponta-se essa trajetória de opressão sobre o corpo negro como um dos agravantes da perpetuação do racismo obstétrico até os dias

atuais, especialmente nas sociedades que passaram pelo processo de colonização. A compreensão da forma que as mulheres negras foram desrespeitadas, violadas e demonizadas como se não fossem vidas humanas no passado, é de suma importância para o entendimento da continuidade de todo racismo estrutural que ainda consegue fincar raízes no presente, contribuindo diretamente no problema da violência obstétrica contra pessoas negras.

3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES: APROXIMAÇÕES E DISPUTAS

O capítulo em questão tem por objetivo evidenciar as nuances acerca das disputas das mulheres dentro de uma lógica de negação de direitos, bem como suas respectivas conquistas. No primeiro momento, analisaremos como o patriarcado que segue uma lógica estrutural de raça, classe e gênero, interferiu e interfere na saúde integral das mulheres. No segundo momento, abordaremos os atravessamentos e leituras feministas diante do parto humanizado em conjunto com a inserção da tecnologia da informação. E no fim, apresentaremos a justiça reprodutiva aliada aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como os marcos de conquista em relação ao parto humanizado.

3.1 O PATRIARCADO E AS CONDIÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES

Ao falar sobre a violência obstétrica, evidentemente estamos trazendo toda uma lógica estrutural de raça, classe e gênero, que cercam tal violência e que são determinantes para entendermos a aproximação do patriarcado dentro da rede de saúde com a violação de direitos. É preciso, primeiramente, observar os múltiplos sentidos do patriarcado dentro do sistema que estrutura e condiciona as relações de gênero.

Maria Lugones (2014) traz uma perspectiva hierárquica dicotômica a partir da ideia de raça, separando entre humanos e não humanos e apontando a diferença entre eles. Isso já nos sugere como a formação social brasileira enraizada pelo pensamento do homem branco ocidental implica na forma de civilização do país. A priori, os povos indígenas e escravizados advindos do continente africano não eram considerados humanos e sim animais, no sentido pleno da palavra, aqueles que eram inferiores e selvagens, não eram semelhantes aos padrões cristãos nem tampouco tinham costumes “civilizados”.

Essa dicotomia de pensamento ainda se mostra mais cruel e sem fundamento quando existe ainda a distinção entre os colonizados. Os homens, mesmo que considerados animais, desprovidos de consciência, ainda se diferenciavam das mulheres, pois elas eram vistas apenas como seres reprodutores da espécie e

realizadoras de atividades do lar, bem como as mulheres ocidentais, porém com suas particularidades resultantes da raça.

Como aponta Heleieth Saffioti (1976) na organização colonial a mulher era sempre submetida a figura do homem (branco), em primeiro momento quem ocupava o poder dentro da relação familiar era o pai, e a mulher só “escapavam” do domínio do pai quando casavam e ficavam sob o domínio do marido, e mesmo dentro desse raciocínio do comando patriarcal, as mulheres não estavam livres das práticas do patriarcado pois, ainda que fossem submetidas às vontades do homem, existia um grau mais inferior de submissão que ocupavam as mulheres escravizadas.

Ao falar sobre as interfaces da colonialidade, os condicionamentos aplicados às mulheres tornam-se atemporal. Aníbal Quijano (2005) discorre que desde o século XVIII com o seio da modernidade e da racionalidade, o eurocentrismo afirma a Europa e os europeus como nível mais avançado da espécie, fixando a ideia que o mundo é dividido em superiores e inferiores, primitivos e civilizados. Ademais, expressa como a “Colonialidade do poder” reproduz desigualdade de gênero, raça e etnia diante do sistema capitalista.

Seguindo a lógica, Heleieth Saffioti ainda faz menção à condição da mulher no capitalismo:

O aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas à mulher. No processo de individualização inaugurado pelo modo de produção capitalista, a mulher contaria com uma desvantagem social de dupla dimensão: no nível superestrutural era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em termos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que a gerara; no plano estrutural, a medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção (1976, P. 18).

É interessante perceber como opera o patriarcado diante do sistema em questão. E seguindo a ideia de Saffioti é possível analisar que a subordinação das mulheres não é apenas uma questão de gênero, mas está profundamente ligada à estrutura social e às relações de poder presentes nas sociedades divididas em classes, a opressão ocorre de forma diferenciada de acordo com a classe social a qual pertencem as mulheres. Atestando que as mulheres da classe trabalhadora enfrentam uma dupla opressão, pois são exploradas tanto pelo sistema capitalista quanto pela opressão de gênero. Sendo assim, é importante considerar a intersecção de raça, destacando as particularidades e opressões enfrentadas pelas mulheres negras.

É considerável que a questão patriarcal não seja dissociável do capitalismo como conhecemos hoje. No ponto em que sabemos que o capitalismo é constituído da exploração de uma classe sob a outra, sujeita a diversas contradições na construção e relação de ambas as classes, podemos fazer uma análise também da estrutura em que é concebido o patriarcado.

Ao abordar a condição das mulheres diante do patriarcado e do colonialismo, a questão da produção de conhecimento diante dessa circunstância é um importante ponto para entender como isso influencia diretamente na violência obstétrica dentro do cenário a qual é subordinada à mulher. Quijano (2005) argumenta que a configuração intelectual, cultural, das interrelações imposta pela Europa ou Ocidente, produziu novas identidades, isto é, identidades geopolíticas que foram identificadas como um novo padrão de poder, ainda “concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento” (QUIJANO, 2005, p. 121). Em suma, a hegemonia ocidental que dominou a América relaciona-se com a formação da identidade de raça e classe naturalizantes da colonialidade e patriarcado bem como na produção de conhecimento.

Para tanto Grada Kilomba (2016, p.10) questiona o fato da produção do dito conhecimento problematizando-o e o conceituando:

O conceito de conhecimento não se resume a um simples estudo apolítico da verdade, mas é sim a reprodução de relações de poder raciais e de gênero, que definem não somente o que conta como verdadeiro, bem como em quem acreditar. Algo passível de se tornar conhecimento torna-se então toda epistemologia que reflete os interesses políticos específicos de uma sociedade branca colonial e patriarcal.

Relacionando a construção de conhecimento com a abordagem da institucionalização do parto, podemos notar aproximações no processo patriarcal.

Como apontado no capítulo anterior, o ambiente do parto passou a ser majoritariamente formado por homens, brancos e cristãos. Seguindo o raciocínio (PALHARINI; FIGUEIRÔA 2018), as práticas populares das parteiras, que eram formadas em sua grande maioria por mulheres, foi marginalizada e cedeu espaço para o domínio quase exclusivo dos homens, pois somente eles tinham acesso à formação científica, ficando a cargo destes a massiva ocupação no campo médico obstétrico.

Elisabeth Vieira (2002) sinaliza que realizar o processo do parto era uma tradição exclusiva da mulher até o Século XVI na Europa, pois a igreja começou a submeter as parteiras à uma série de regulamentações e comprovações de

habilidades diante de comissões eclesiais e municipais, não obstante a isso, a perseguição às feiticeiras e a caça às bruxas resultou na morte de milhares de mulheres, compreendendo assim, um momento histórico de exclusão das mulheres no processo de partear.

Dito isso, é possível analisar como o processo de parto durante a transição para a institucionalização assenta o patriarcado. Ligia Sena (2016) diz que:

A institucionalização do evento parto/nascimento, bem como a completa inserção de componentes biomédicos, técnicos e tecnológicos, acarretou a perda do caráter íntimo, familiar e feminino do parir e nascer, o qual foi substituído por um padrão industrial – e masculino – de parto e nascimento (p. 39)

Se num instante as mulheres parteiras e benzedadeiras foram marginalizadas e julgadas por seus métodos e procedimentos por homens, em outro momento as mulheres e pessoas com útero foram colocadas literalmente na mão dos homens, aqueles que detinham o conhecimento científico, logo o controle e ação das práticas obstétricas.

3.2 A LEITURA E O ENFRENTAMENTO DO FEMINISMO DIANTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O enfrentamento das feministas à violência obstétrica está diretamente ligado ao modelo de parto que foi instituído junto da institucionalização do parto, também em decorrência da alta medicalização que propunha o maior protagonismo médico em relação a grávida, bem como, o uso de ferramentas tecnológicas e substâncias de “auxílio” na hora da cirurgia. Para isso, o modelo de parto humanizado tornou-se objeto de embate para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, propondo além do respeito à autonomia das mulheres, o mínimo de intervenções possíveis, baseadas, logicamente, em evidências científicas.

Todavia, é crucial elucidar que a discussão sobre violência obstétrica no Brasil tem início no começo dos anos 2000, que herda o legado de lutas históricas pelo mundo no movimento de mudança das práticas médicas. Em meados de 1950 começa o movimento na Europa pelo parto sem dor (DINIZ, 2005) contribuindo não somente as feministas, como também profissionais dissidentes e ativistas, que carrega uma série de outros movimentos nas décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos, em prol da saúde da mulher. É importante destacar que no Brasil a proposta

pelo parto humanizado é precedente da questão de saúde da população negra - principalmente no período pós-abolição com intensificação na segunda metade só século XX que lutou por mais e melhor qualidade de saúde na instituição pública, que mais tarde culminou na criação do Sistema único de Saúde (SUS) e na reforma sanitária (JUREMA WERNECK, 2016).

Para tal proposta em relação à saúde da população negra, a pesquisa de Emanuelle Góes e Enilda Nascimento (2013) expressa algumas questões designando a diferença dos níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde indicados pela raça. Segundo elas, as pesquisas feitas sobre desigualdade no Brasil dão ênfase a características socioeconômicas, não havendo uma profundidade racial, já que “os agravos à saúde e a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer”, além do Brasil ter uma característica forte da miscigenação. As autoras demonstram como as mulheres negras em relação às brancas têm um pior acesso aos serviços de saúde, isto é, para o acesso “ruim” as mulheres negras obtiveram maior porcentagem, enquanto que as mulheres brancas foram dominantes no acesso “bom”.

Nesse sentido, a pesquisa nascer no Brasil (2014) aponta que 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras, o que é um número consideravelmente significativo se comparado a mortalidade de mulheres brancas, pois a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sobre saúde materna, que deveria chegar no máximo de 35 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015, foi alcançada apenas por mulheres brancas. Vale salientar, porém, que a morte materna é considerada uma morte bastante previsível, ou seja, em 90% dos casos se a mulher tivesse um atendimento adequado seria facilmente evitada, o que concretiza a manutenção do racismo institucional. Não obstante ao alto índice de cesarianas, mais exposição aos riscos do pré-natal inadequado, ausência de acompanhantes, que na maioria das vezes indica o processo de gravidez distante da rede de apoio, e são as que mais peregrinam e busca de leito em maternidades as mulheres negras.

O racismo institucional, anteriormente citado, é demonstrado por Emanuelle Goes e Enilda Nascimento (2013), que afirma que as mulheres negras além de sofrer com as dificuldades no acesso à saúde ainda sofrem o impacto interseccional das desigualdades de raça, classe e gênero.

Majoritariamente são as mulheres pobres e negras que são afetadas pela violência obstétrica, mas não só elas, as brancas também são, porém cada grupo de mulheres é alvo da violência de forma diferenciada. Há uma forte relação entre a violência obstétrica, notadamente da negligência, contra mulheres negras que levam à mortalidade materna (LIMA, 2019, p. 133).

Notadamente, apesar de ser uma violência praticada contra mulheres e pessoas com útero de formas diversas, a negação dos direitos sexuais e reprodutivos para as negras parece ter um impacto maior. A organização Criola que lançou o Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva apontou que em todo o Brasil entre 2010 e 2017 houve 1.114 óbitos maternos, no entanto o número entre negras é 77% superior ao das mulheres brancas.

Retomando as considerações sobre os movimentos e lutas referentes à violência obstétrica, a criação da Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), datada de 1993, é um importante ponto que agregou na luta feminista para a disputa acerca do protagonismo da garantia de direitos das mulheres. Acompanhada pela Constituição Federal de 1988 e a nascimento do SUS a Rehuna teve uma carta fundadora denominada “Carta de Campinas” que evidenciou as condições pouco humanas que eram submetida tanto as mães quanto as crianças no momento do nascimento, as altas taxas de cesarianas em todo o país, bem como a dualidade da medicalização do parto, tanto na questão do procedimento cesariano como também pelas violações de direitos a qual as mulheres eram submetidas no campo da assistência hospitalar (Tornquist, 2004). Não obstante à imposição de rotinas no parto vaginal, o excesso de interferência que desencadeou o processo natural de mecanismos fisiológicos também fora amplamente discutido, pois “não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Rehuna, 1993).

Importante destacar que a luta pela construção da Rehuna não partiu apenas das lutas e enfrentamento das feministas, médicos, obstetras, doulas, enfermeiras, parteiras e outros foram essenciais na defesa da humanização do parto. Alegou-se o atendimento centrado no bem-estar das mulheres, bebês e suas famílias, na assistência a partos e nascimentos humanizados, assim como, implementação de cursos preparatórios para gestação, parto, pós-parto e amamentação (Rehuna 2023).

Concomitante à criação da Rehuna, houve um fortalecimento das tecnologias de informação no Brasil que facilitou a troca de informações entre as pessoas nos diversos âmbitos da sociedade. Ou seja, as várias discussões da Rehuna a respeito

da violência na assistência ao parto passaram a ser discutidas também pelas mulheres que usufruem do sistema de saúde, principalmente as mães que tinham total propriedade para abarcar sobre o tema. Para tanto, denominou-se ciberativismo o uso da internet para acessar informações que antes tornaria o acesso inviável (SENA; TESSER, 2017).

Dentro do movimento de mulheres, a problematização da violência institucional no parto contou com o auxílio de listas eletrônicas, a exemplo de: Parto nosso, Amigas do Parto e a Rehuna (Tornquist, 2004). Nessa perspectiva (Sena; 2016, p. 197):

Uma vez que tais listas eram formadas por mulheres usuárias dos sistemas de saúde pertencentes à classe média, tal característica representou uma novidade política com enorme potencial de mudança, tendo esta interação levado a múltiplas iniciativas - iniciativas pessoais, institucionais, elaboração de políticas públicas, entre outras. No que concerne à discussão sobre a violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostraram na prática a possibilidade de fortalecimento das lutas através do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso de enfrentamento à violência obstétrica.

A autora também cita que até poucos anos atrás um objeto de investigação mediado pela internet parecia muito distante para contemplar estudos acadêmicos mais fundamentados, mas que isso mudou quando a comunidade acadêmica percebeu o papel de destaque da internet, tanto pelos fatores de inúmeras possibilidades de coleta de dados e informações como tornar o usuário da rede de saúde protagonista do conhecimento e não apenas receptor passivo das informações (Sena, 2016).

3.3 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ACERCA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS AO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para tratar sobre os desafios das políticas públicas atinentes ao campo dos direitos sexuais e reprodutivos, é válido primeiramente mencionar a importância do feminismo para a construção histórica do conceito de direitos reprodutivos, que posteriormente serviram de base para a construção dos direitos sexuais. Conforme Ávila (2003), no primeiro caso, há uma autoria original do movimento feminista, que defende que os direitos reprodutivos tratam a respeito da igualdade e da liberdade na esfera da vida reprodutiva, e no segundo esta autoria é compartilhada com outros movimentos sociais, com destaque para o movimento LGBTQIA+, onde os direitos

sexuais também dizem respeito à igualdade e a liberdade mas neste caso, no exercício da sexualidade, o que significa tratar a reprodução e a sexualidade englobando dimensões de cidadania e consequentemente da vida democrática. Compreendendo estes direitos como parte de um movimento de construção democrático, inseridos na agenda política em contextos nacionais e internacionais, as mulheres passam a fazer parte desse processo de construção de direitos, e neste caso, se tornando construtoras de direitos sexuais e reprodutivos, rompem com a heteronomia na qual sempre submeteram-se, no que tange o uso de seus próprios corpos, considerando todas as regras e tabus que desde o começo da história as controlaram e reprimiram suas vivências de sexualidade e reprodução, tradicionalmente controladas pelos homens.

É importante salientar que até os dias atuais o machismo e a desigualdade entre homens e mulheres é um impedimento para a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, que são coibidas e controladas pela dominação patriarcal e suas ramificações. As diversas formas de violência na vida cotidiana das mulheres tem sido um expressivo artefato de manutenção de dominação sobre a vida sexual das mesmas, onde até mesmo no espaço político, composto majoritariamente por homens, há uma forte reação negativa por parte dos conservadores que se opõem sempre as propostas feministas de transformação social e cultural nesses campos (ÁVILA, 2003), exemplo disso é a reação totalmente demasiada quando se é discutido a legalização do aborto. O conservadorismo ainda desenvolve alianças com igrejas e outros conservadores influentes nas constantes tentativas de conter e anular avanços no campo das políticas sociais de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e da população LGBTQIA+.

Para que tais direitos sejam realmente efetivados, há a necessidade de uma transformação na lógica que sustenta as leis que tratam do exercício das relações reprodutivas e sexuais. Num primeiro plano, há de se transferir tais questões do princípio do controle e da moralidade para o princípio da ética e da liberdade, onde as políticas públicas devem estar voltadas para a justiça social, considerando todos os fatores que contornam esta problemática, além de levar consideração as desigualdades de gênero, raça, classe e de expressão sexual.

Deve-se ainda entrelaçar as políticas sociais às políticas de saúde, campo estratégico na defesa e na garantia dos direitos reprodutivos e sexuais, salientando as diversas áreas que compõem esses direitos. Assuntos como aborto, contracepção,

concepção, aleitamento materno, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, parto, puerpério, violência sexual e violência obstétrica são temas cruciais que se inserem no contexto das políticas de saúde para a mulher e fazem parte das discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, o poder público deve assegurar nestas áreas meios para promover o bem-estar e prevenir este grupo contra todas as adversidades que mulheres e pessoas com útero estão suscetíveis a passar ao longo de toda sua vida, alertando e garantindo o acesso à informação sobre tratamentos, cuidados e prevenções de doenças, além de promover ainda, um bem-estar mental.

As políticas públicas de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos devem ainda se comprometer em fortalecer o processo de democratização do país, contribuindo para superar as heranças patriarcais, autoritárias, machistas e homofóbicas, além de favorecer a alteração dos limites impostos pelo Estado à vida privada, impulsionando uma cidadania que se estende à vida cotidiana (ÁVILA, 2003).

Conforme Brandão e Cabral (2021), quando se trata de assuntos relacionados à saúde e aos direitos reprodutivos, deve-se abordar a questão biológica dos corpos e das liberdades dos indivíduos sem esquecer dos temas sociais que cercam esta temática. Fatores como orientação sexual, classe, etnia, lugar da onde pertencem, gênero e principalmente raça deve ser levados em consideração nesta discussão que foca sobretudo a perspectiva racial que permeia todos os temas aqui tratados.

Num primeiro plano, a abordagem de gênero na área da saúde como uma construção social associado a estudos interseccionais que tratam da trajetória histórica dos direitos sexuais e reprodutivos trazem para a discussão as memórias de um passado colonial marcado pela subordinação racial que se reproduz até hoje, e com isso, é explícita a importância de tratar da violência estrutural que a população negra, especialmente mulheres, sofrem no que diz respeito aos serviços de saúde, incluindo-se os direitos sexuais e reprodutivos. É diante desse contexto que o termo Justiça Reprodutiva ganha forma e é trazido para discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, especialmente para as mulheres negras e pobres, buscando a autonomia e igualdade dessas perante uma sociedade tão historicamente racista.

O conceito, criado em 1994 na *National Prochoice Conference for the Black Women's Caucus*, nos Estados Unidos, teve como proposta integrar a saúde reprodutiva à Justiça Social exatamente pelas disparidades vivenciadas pelas mulheres vulnerabilizadas (OLIVEIRA, 2022).

Nas palavras de Loretta Ross, acadêmica e feminista negra (s.d), "A Justiça Social significa o bem-estar físico, mental, social e econômico de mulheres, baseado na plena efetivação de seus direitos e da proteção destes" (apud OLIVEIRA, p. 246, 2022). Em outras palavras, é o direito de escolha acerca de qualquer assunto que envolva seu próprio corpo, suas sexualidades e suas reproduções. É a decisão de prosseguir ou não com uma gestação, em caso de interrupção, que esta seja segura e acessível, em caso de continuidade, que possa ser garantido uma gestação assistida e qualidade de vida para aquela mulher e o bebê que virá a nascer e a manutenção desta família (OLIVEIRA, 2022). Mas como garantir todos esses direitos em uma sociedade extremamente desigual, cisheteropatriarcal e racista que se utiliza da diversidade humana para oprimir e diminuir determinado grupo social?

A ideia de Justiça Reprodutiva desde sua concepção se vê diante de tantas contradições que mesmo dispondo de legislações e aparelhos reguladores, no cotidiano e na vida real não atingem principalmente a parcela mais pobre e negra da população.

Diante das desigualdade naturalmente estruturais do sistema capitalista, identificam-se condições pré-determinadas social e historicamente para as mulheres e meninas negras, considerando que suas escolhas são limitadas pelas condições da classe em que pertencem e pelas relações capitalistas racistas e patriarcais, fincadas em raízes históricas de preconceito e desigualdade, colocando os direitos que hoje são regulamentados como direitos abstratos, pois, concretamente, sempre haverá acessos diferentes aos direitos básicos em relação a parte branca e de condição social mais elevada.

Na perspectiva da Justiça Reprodutiva, há uma expansão das reflexões acerca do acesso das mulheres racializadas, reivindicando seus direitos sexuais e reprodutivos, explicitando o modo caricato em que a sexualidade e reprodução entre mulheres negras é enxergado sob um olhar de misoginia e preconceito, se tornando um assunto sistematicamente abordado e denunciado pelas ativistas negras (BRANDÃO e CABRAL, 2021) e atualmente o conceito tem sido amplamente discutido no meio acadêmico e no jurídico (OLIVEIRA, 2022).

Historicamente, as mulheres negras são alvo de negligências e da invisibilidade diante de políticas públicas, principalmente de saúde, onde há a exclusão do acesso aos serviços básicos que não garantem a estas mulheres um planejamento reprodutivo de qualidade, proteção social para que estas possam ter filhos em

condições descendentes, onde muitas são submetidas a procedimentos contra suas próprias vontades ou conhecimento, como a esterilização forçada, por exemplo. É diante desses impasses que se reivindica a justiça social para as mulheres submetidas à exclusão por qualquer motivo que seja. Sob essa ótica, não se pode falar sobre sexualidade e reprodução sem adentrar nessa perspectiva, pois se existem obstáculos para os direitos sexuais e reprodutivos, para mulheres pertencentes à minoria estes são ainda mais gritantes.

É válido lembrar também a influência do poder e do saber médico muitas das vezes utilizado para controlar e oprimir as vivências sexuais e reprodutivas das mulheres e de pessoas com útero (NAMURA, 2021), seja em consultas básicas de rotina, no acompanhamento de uma gestação, e especialmente na hora do parto, quando as mulheres se encontram em extrema situação de vulnerabilidade. Junto ao processo de hospitalização/medicalização do parto, as intervenções médicas muitas vezes se transformam em violações e procedimentos desnecessários que desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e das pessoas com útero, caracterizando a violência obstétrica. Nesse sentido, são impostos os desafios de superação dessas problemáticas através da luta pela garantia efetiva desses direitos, e neste trabalho especialmente, o enfrentamento deste tipo de violência.

No ano de 2014, foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma declaração intitulada de “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, com o objetivo de se posicionar contra a violência obstétrica e ainda, viabilizar maiores discussões acerca dessa problemática, legitimando-a. Além disso, a declaração ainda instiga maior diálogo, ação, mobilização e pesquisa sobre este importante tema de saúde pública e saúde da mulher, incentivando uma mobilização social acerca do tema, considerando que esta é uma realidade que atinge o mundo inteiro, onde muitas mulheres sofrem desrespeitos e maus-tratos antes, durante e após o parto. Tais comportamentos vivenciados não violam somente os direitos femininos ao respeito e à assistência, mas também ameaçam seus direitos à vida, a autonomia de seus corpos e a sua própria saúde.

É um fato que a violência obstétrica pode ser praticada por inúmeros agentes, até mesmo do próprio núcleo familiar ou ciclo de amigos e conhecidos, apresentando-se de diversas formas. Contudo, dar-se-á ênfase neste trabalho às violências sofridas no momento do parto, precisamente pela equipe de profissionais que acompanham a

parturiente durante esta ocasião. Impedir o contato imediato do bebê com a mãe sem nenhum motivo esclarecido, proibir o acompanhante de assistir ao parto, níveis elevados de sedação, parto cesáreo desnecessário e xingamentos ou piadas são algumas das violências mais frequentes praticadas por uma equipe médica desumanizada que enxerga o parto apenas como mais um procedimento médico que faz parte do cotidiano de trabalho. Sendo assim, a violência durante o trabalho de parto deve ser analisada como um problema de saúde pública, considerando que a maneira como a equipe de saúde lida com o paciente deve ser vista além das questões individuais.

Na atualidade, o modelo hegemônico de assistência ao parto pode ser caracterizado especialmente por utilizar uma abordagem intervencionista (DAVIS-FLOYD & ST. JOHN, 2004 apud SILVEIRA et al, 2010). Tal abordagem é compreendida pelos autores como um reflexo do pensamento que conduz a medicina moderna, o que é nomeado por estes como um “paradigma tecnocrático”. Sob a perspectiva dessa concepção, Santos (2002), destaca:

O modelo tecnocrático nos mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica, e sob a ótica masculina. A parturiente, assim, é vista enquanto um objeto sobre o qual alguns procedimentos e rotinas deverão ser realizados em todos os partos (p. 113).

Ainda que a atual forma de assistência ao parto em muitos países ainda seja orientada pelo modelo medicalizado/hospitalar, nas últimas décadas cresce um movimento internacional que propõe a modificação deste modelo. No Brasil, este é intitulado Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN), que surge diante de evidências que o uso desenfreado e irracional de tecnologia vem causando mais malefícios à gestante e ao bebê do que benefícios, e tem uma preocupação que abarca além de uma questão de saúde pública, como a redução das taxas de cesáreas e de mortalidade materna, o bem-estar da parturiente e da criança.

A humanização do parto como o próprio nome nos sugere compreende dentro em suas múltiplas facetas o anseio da parturiente em realizar o parto de maneira mais acolhedora e respeitosa entendendo a necessidade e vontade da mulher dentro de uma perspectiva menos medicalizada e hospitalizada. O termo “humanizar” operando utilizado há várias décadas concebe os sentidos mais diversos no qual a autora Carmem Diniz contribui com suas escrituras os muitos sentidos e diálogos a respeito do tema:

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher (DINIZ, 2005, p.56)

O movimento defende a participação das mulheres e pessoa com útero nas decisões sobre sua própria saúde, melhoria no relacionamento interpessoal entre paciente e profissionais, a presença de doulas, mulheres que acompanham outras antes e durante o trabalho de parto, e ainda, orientações acerca dos procedimentos a serem realizados de modo que a parturiente saiba ao que será submetida, e ainda, a humanização e respeito da equipe de assistência, como um dos principais fatores a serem aprimorados no ambiente hospitalar.

Para um atendimento humanizado, Rattner (2009) defende como um dos principais componentes de assistência à paciente a relação estabelecida com os médicos e enfermeiros em todo o processo que envolve o momento do parto e os seus pós. Em suas análises e estudos, a autora e presidente da ReHuNa, constatou uma elevada taxa de mortalidade materna durante o parto em hospitais, o que acaba por ser uma contradição quando resgatamos na história do parto a inserção da medicina e das intervenções medicalizadas sob a justificativa de reduzir as taxas de mortalidade e as infecções tanto materna quanto infantil, quando o parto era realizado em ambiente domiciliar por parteiras com o auxílio de familiares. Sendo assim, se torna imprescindível compreender onde estão as falhas que levam aos índices de mortalidade, considerando a forte propaganda feita no passado para que as parturientes migrassem aos hospitais pois lá estas correriam menos riscos. Rattner (2009) ainda aponta a falta de compromisso com o ambiente de trabalho e desrespeito às particularidades das parturientes como algumas das principais causas dessa problemática.

Isto posto, para um atendimento humanizado, deve-se enfatizar o bem-estar da parturiente e do bebê, de modo menos invasivo, utilizando tecnologias adequadas, monitoração contínua no processo de trabalho e ainda, a redução de práticas e intervenções desnecessárias sem o consentimento do paciente. O modelo de parto humanizado propõe e incentiva a presença de um acompanhante durante o procedimento, e a possibilidade de a parturiente escolher qual o jeito mais confortável de ter o seu bebê, e para além disso, questões relacionadas a gênero, raça, orientação sexual e etnia também devem ser considerados conforme as particularidades de cada paciente.

Com o intuito de analisar as tendências literárias acerca da atenção ao parto humanizado, Gomes e Moura (2012), verificaram a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) nos anos 2000 e constataram um desrespeito em relação ao programa. As autoras através de estudos qualitativos puderam verificar as produções científicas sobre atenção ao parto do ano de 2001 até 2010, e o resultado foi a precarização do Programa, apontando então a necessidade de elaboração de um planejamento pautado em diretrizes de assistência para uma discussão mais crítica e baseada em evidências concretas.

Destarte, antes mesmo dessas constatações, autores como Jewkes, Cersa e Abrahams (1998 apud MOREIRA et al, 2019, p. 124) já apontavam as violências obstétricas sofridas pelas mulheres e pessoas com útero na hora do parto e defendiam como forma de amenizar essa problemática algumas políticas públicas que poderiam auxiliar num relacionamento respeitoso entre pacientes e equipe, a exemplo da introdução de matérias de antropologia médica e de ciências sociais com ênfase nas particularidades de um trabalho de parto humanizado nos currículos de formação de profissionais como enfermeiros, por exemplo, além da necessidade de orientação aos gestores hospitalares para que sejam passadas instruções mais claras aos subordinados no que diz respeito a uma qualidade superior de atendimento.

Diante disso, é perceptível a necessidade de serem engendradas políticas públicas de saúde efetivas, com o objetivo de humanizar o parto, seja no âmbito do Sistema Único de Saúde ou em maternidades e hospitais particulares. É válido ressaltar ainda a importância de novas produções críticas e debates em relação às diretrizes das profissões de saúde bem como reflexões e revisões curriculares, estimulando um atendimento humanizado.

4 O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Numa sociedade marcada por desigualdades socioeconômicas, pela dominação capitalista-patriarcal-racista e pela mercantilização da vida social, há constantemente o agravamento da questão social e do afastamento do Estado diante de suas responsabilidades, transferidas a sociedade civil (QUEIROZ e DINIZ, 2014). Associado a estas questões centrais, são acrescentadas a estas problemáticas, algumas particularidades que atingem com mais intensidade as mulheres, em uma sociedade que é marcada pelo machismo e sexismo perpetuados desde o início dos tempos, expressando-se na forma de controle sobre suas sexualidades, seus corpos e suas vontades persistindo as diversas violências para com este grupo.

Segundo Saffioti (2004), o patriarcado organiza um sistema de dominação e de exploração que oprime as mulheres, explora sua força de trabalho e ainda os seus corpos, para garantir a produção e reprodução da vida, e a negação da figura feminina à autonomia sobre o próprio corpo é uma das principais características dessa estrutura patriarcal, que é apropriada pelo sistema capitalista, onde se constroem as relações sociais.

Ainda de acordo com a autora supracitada, o patriarcado, o racismo e todas as suas conexões com o capitalismo formam um único sistema, que acaba por estruturar as relações sociais de forma concreta, oprimindo determinados grupos específicos (SAFFIOTI, 2004). Isto posto, urge a necessidade de lutar pela garantia de direitos desses grupos, e dessa forma o Serviço Social adentra a discussão.

Diante de uma realidade cada vez mais frequente de vários tipos de violência contra as mulheres estas por sua vez reivindicam por seus direitos e suas liberdades, buscando dignidade e tratamento igualitário perante a sociedade, e a partir disso, são demandadas intervenções do Estado no desenvolvimento de políticas sociais públicas que possam sanar tais problemáticas. Nesse contexto, é requisitada a intervenção dos assistentes sociais como agentes mediadores das desigualdades de gênero, raça e classe.

O Serviço Social é uma profissão que atua diretamente sobre a garantia de direitos e luta contra a exploração do sistema capitalista, ainda que a este seja subordinado. Dessa forma, o projeto ético-político da profissão alinha-se perfeitamente com movimentos e causas emancipatórias que lutam contra

machismos, racismos e quaisquer tipo de violência praticada sobre um grupo a outro em forma de exploração e de controle.

Sob essa perspectiva, neste tópico faremos uma análise interseccional da violência obstétrica e do papel do Serviço Social diante desta problemática e como este dialoga com os direitos sexuais e reprodutivos e com o enfrentamento dessa violência, utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica qualitativa e documental que se utiliza do estudos de artigos, trabalhos e textos retirados de plataformas como as do ENPESS e CFESS, órgãos de suma importância para o(a) profissional de Serviço Social.

Contudo, é válido salientar que não foram encontrados textos que tratam diretamente sobre violência obstétrica e racismo obstétrico no CFESS, sendo localizado apenas alguns CFESS Manifesta publicados anualmente que discorrem sobre o Dia Nacional da Consciência Negra e expõem todas as discriminações que pessoas pretas ainda enfrentam atualmente, mencionando muito brevemente o termo violência obstétrica como um dos tipos de discriminação sofrida por essa parcela da população. Por isso, foram expostos nesta parte do trabalho textos e notas que tratam sobre a relação do Serviço Social com o compromisso emancipatório humano e com a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos de modo geral, que se traduzem em todos os documentos em forma de debate sobre a descriminalização e legalização do aborto. Ademais, é válido salientar que embora o marco temporal do trabalho seja a partir de 2002, destacamos notas e manifestos do CFESS a partir do ano de 2009, por não localizar documentos anteriores a esta data.

Analisaremos então os seguintes documentos: CFESS Manifesta pela Descriminalização e Legalização do aborto (2009); CFESS Manifesta - Dia Latino-Americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto (2011); Nota de repúdio do Conselho Federal de Serviço Social ao PL 5.069/2013 (2015); CFESS Manifesta - Dia Latino-Americano e Caribenho de luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto (2016); Proposta que impede o aborto em qualquer situação tramita no Senado Federal (2019); e por fim, NOTA TÉCNICA: A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal (2022) além de 15 trabalhos encontrados no ENPESS sobre o tema abordado.

Ainda neste tópico, foi utilizado como recurso visual uma tabela com as principais contribuições bibliográficas de autores da área do Serviço Social, contendo o ano, tema, título e nome dos autores que destacam e problematizam em suas obras questões relacionadas à violência obstétrica e ainda, à questão interseccional que a permeia, trazendo aportes para as discussões sobre o tema e suas possíveis formas de enfrentamento.

4.1 APROXIMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL COM OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Para compreender melhor a relação entre o Serviço Social e os direitos sexuais e reprodutivos, feminismos e outros movimentos progressistas é necessário fazer uma breve análise da trajetória dessa profissão entendendo assim como ela surge e como passa a caminhar junto aos movimentos feministas e de mulheres na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, a partir do seu código de ética e do Projeto Ético-Político, tornando-se um agente importante frente à essa discussão.

O Serviço Social enquanto profissão se institucionaliza a partir da consolidação do sistema capitalista monopolista, objetivando atender demandas ocasionadas pela relação entre capital e trabalho. No Brasil, a profissão se legitimiza em meados do século XX, com o suporte do Estado, da burguesia e da Igreja Católica, buscando enfrentar a “questão social”, sendo esse o principal instrumento de intervenção do assistente social, justificando a consolidação dessa profissão na divisão sociotécnica do trabalho.

Segundo Netto (2001), o cerne da questão social está no conflito entre capital e trabalho, a partir do fomento da produção de bens e de serviços que acabam por gerar a acumulação de riquezas, ao mesmo tempo em que aumentava a pobreza, surgindo o pauperismo. Tal processo se dá pela exploração desmedida da força de trabalho para manter este sistema sólido e rico, e neste sentido, se origina a questão social, que a partir deste desenvolvimento do capital acarreta a exploração da classe trabalhadora e infla a desigualdade de riquezas socialmente gerada.

É nas relações sociais que a questão social se expressa melhor, onde não só a desigualdade social é resultado, como também envolve a reprodução social e econômica da vida na sociedade como um todo. Diante disso, Cisne (2004) destaca que as expressões da questão social envolvem as desigualdades de raça e etnia,

desemprego, violência, falta de acesso à educação e opressão da mulher pela desigualdade de gênero, justamente onde o profissional de Serviço Social é chamado para atuar. De acordo com Cisne e Santos (2018, p. 113-114):

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

A forte influência da Igreja Católica de viés conservadora levou os primeiros assistentes sociais a visualizar a questão social não como um resultado da exploração entre capital X trabalho e sim como uma questão moral, que seria solucionada através da correção do indivíduo, e somente por volta da década de 1940, este conservadorismo católico passa a ser tecnificado, através do contato com o Serviço Social norte-americano com teor positivista.

Nos anos seguintes, surge um movimento de reconceituação dentro do Serviço Social brasileiro, que foi capaz de iniciar uma série de discussões pertinentes, incitando a necessidade de transformações para a profissão, ligadas a diversos níveis relevantes. É preciso salientar que os giros alçados pela reconceituação, por meio de uma busca para desvincular-se do conservadorismo e tradicionalismo, tão marcados no exercício profissional dos assistentes sociais, possibilitaram a entrada de novas teorias em seu interior, oportunizando o surgimento de um viés crítico à profissão, e dessa forma, fez-se necessário demarcar as alterações estabelecidas, ajustando as bases do que se constitui como Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Portanto, tendo em vista a relevância do Projeto Ético-Político do Serviço Social para a trajetória da profissão, este mesmo possibilitou constituir-se em um marco sob a perspectiva de uma intenção de ruptura, sobretudo por romper com as noções conservadoras e tradicionalistas que tanto eram permeadas no cerne da profissão, a fim de voltar-se a um exercício profissional de cunho crítico e politizado direcionado ao entendimento das relações sociais pautadas dentro do sistema capitalista, permitindo, assim, a compreensão de análise da vida social.

Por volta da década de 1980 diante de um contexto de rompimento com o Regime Ditatorial, a ascensão de um processo de redemocratização intensifica os movimentos sociais, que passam a ocupar um espaço de mais relevância no cenário em que estavam se inserindo, e a população, especialmente a classe trabalhadora

assumiu o protagonismo de um movimento que acreditava numa outra forma de governo e de sociabilidade, e a partir disso, o Serviço Social adota um novo tipo de literatura mais madura e analista capaz de ressaltar, através do Serviço Social, a importância de uma discussão mais crítica acerca da situação que o país se encontrava, contando ainda com aportes da teoria marxiana. Dessa forma, identificamos aqui que desde o início do movimento de ruptura, os trabalhadores organizados a partir de movimentos sociais são os protagonistas de suas próprias histórias e evoluções na garantia dos direitos sociais, e na busca pela redução das desigualdades.

Trata-se, pois, das desigualdades de classe, mas também das desigualdades de gênero e raça, como um dos objetos sobre o qual incide o trabalho do assistente social, sendo este um instrumento de sua intervenção. Além disso, o crescente avanço da mundialização neoliberal também se torna um objeto sob o qual repercute diretamente no Serviço Social em conjunto com a desresponsabilização do Estado frente a garantia de direitos básicos dos cidadãos afeta diretamente a profissão, exigindo redefinições diante de novas problemáticas que são desencadeadas a partir disso. Nesse cenário, as violências contra minorias se tornam cada vez mais visíveis e passam a ser discutidas como um problema público que deve ser enfrentado e, nesse contexto, inserem-se as violências contra as mulheres que nos trazem a necessidade de fomentar debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos destas, tão negados na sociedade brasileira.

Conforme Iamamoto (1999), esse novo quadro conjuntural desafia os(as) assistentes sociais a se qualificarem para que estes possam se atualizar, acompanhar e explicar as mudanças que ocorrem na realidade social, exigindo competências como a produção de conhecimento acerca dos complexos temas em que cada profissional se insere a depender dos espaços em que são colocados, como por exemplo as violências raciais e de gênero das quais os assistentes sociais tem de lidar constantemente na sociedade contemporânea.

Como descrevem Behring e Boschetti (2009, p. 276), [...] é necessário o reconhecimento do indivíduo social com sua capacidade de resistência e conformismo frente às situações de exploração e opressão vivenciadas; com suas buscas e iniciativas para enfrentar adversidades; com seus sonhos e frustrações diante das expectativas de empreender dias melhores. Explicitando assim, a importância da apropriação dos saberes das categorias de relações sociais de gênero, patriarcado e

raça pelos(as) profissionais de Serviço Social, para uma apreensão crítica das relações sociais e de suas diversas determinações que perpassam as classes, numa realidade complexa e de vários determinantes.

A partir desta nova concepção crítica do Serviço Social, evidenciou-se um novo projeto profissional, que, de acordo com Netto (2001), tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, que permite escolher alternativas reais e concretas. Esse projeto profissional alinha-se a um projeto societário livre de estigmas e opressões de gênero, classe, raça e etnia e traz como um dos princípios fundamentais o reconhecimento da liberdade como valor central, assim como as demandas políticas a ela relativas, com a emancipação, a autonomia e a plena expansão de indivíduos sociais, buscando sanar as desigualdades provocadas pelo sistema capitalista e patriarcal (CARLOTO; DAMIÃO, 2018).

É fato que as mulheres muitas das vezes encontram-se à margem das oportunidades devido a discriminações raciais, étnicas e de gênero provocado pelo cisheteropatriarcado no qual enfrentam historicamente desde o início dos tempos com muito afincamento e persistência a partir de movimentos feministas ou outros movimentos de mulheres, pela liberdade, direitos iguais e emancipação de seus próprios corpos e poder de escolha sobre suas vidas. Nesse sentido, o Serviço Social, como fora dito algumas vezes ao longo deste trabalho, possui em seu projeto ético-político fortes apontamentos rumo a emancipação social, sintonizado com as lutas de sujeitos políticos que enfrentam o conservadorismo e as diversas formas de violência e de violação de direitos (CISNE; SANTOS, 2018, p. 149), tendo como principal valor a liberdade.

Posteriormente aos anos 1980, os profissionais do Serviço Social, inseridos na militância política e compromissados com a classe trabalhadora, passam a atuar como assessores de diferentes movimentos sociais, desenvolvendo projetos de extensão em parceria com comunidades de periferia e ainda, alguns deles passam a integrar movimentos feministas de fato (LISBOA, 2010).

Destarte, com essa aproximação do Serviço Social de causas e movimentos feministas, a profissão passa a incorporar-se ainda mais nas lutas das minorias políticas, atuando mais solidamente nas questões relacionadas à violência contra mulheres, e discriminações de raça e de gênero e entre 1990 e os anos 2000, núcleos de estudos e pesquisas sobre as temáticas de gênero, violência e direitos sexuais e reprodutivos passam a surgir pelo Brasil, passando estes temas a serem discutidos

com mais vigor nos encontros da categoria profissional de assistente social no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBASS) e no Encontro Nacional de Pesquisa em Serviço Social (ENPESS) (LISBOA, 2010).

Sob essa perspectiva, os assistentes sociais, que podem atuar em diversos espaços sócio-ocupacionais, têm papel fundamental na luta pelas liberdades individuais, garantia de direitos e pela redução das opressões em um país marcado pelas vivências de constantes violações e violências sofridas especialmente pelas mulheres na não-garantia do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. Conforme Correa e Torres (2021):

Deve-se reconhecer que o Serviço Social, em sua tradição marxista, compartilha com os feminismos uma aspiração equivalente expressa no projeto de construção de uma nova ordem societária pautada na liberdade e na emancipação humana, com a superação de todas as formas de discriminação, opressão e exploração (p. 99).

Nesse sentido, enquanto profissão, o Serviço Social atua incisivamente na defesa de que as mulheres sejam vistas como de fato seres humanos, que têm e devem usufruir de todos os direitos garantidos por lei, sendo exigido dos profissionais que estes construam respostas que possam contribuir para o fortalecimento das mulheres, possibilitando a elaboração de ferramentas que em conjunto identifiquem e enfrentem situações de violência e negação de direitos (SOUSA; SIRELLI, 2018, p. 329).

Nas discussões do Serviço Social acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, alguns dos principais temas tratados são que mulheres tenham direito de escolha acerca de métodos conceptivos e contraceptivos; tenham assistência durante a gravidez, parto, puerpério; sejam assistidas e orientadas sobre doenças sexualmente transmissíveis, exames de rotina, e além disso, que estas sejam auxiliadas em situações de violências, para que possam ter mais controle sobre sua sexualidade e sobretudo, a questão da descriminalização e legalização do aborto, que domina a maioria das produções do Serviço Social acerca do tema.

O Código de Ética do Serviço Social de 1993, atualizado em 2011, traz em seus princípios fundamentais o reconhecimento da liberdade, assim como o reconhecimento das demandas políticas relativas a ela, como a autonomia, e a discussão feminista sobre o aborto tem como eixo norteador justamente a autonomia das mulheres, o que nos aponta novamente para aproximação entre essa questão e o Serviço Social.

Logo nos primeiros itens do Código de Ética, é falado sobre a equidade e a justiça social, que assegura o acesso universal às políticas sociais; a eliminação de todas as formas de preconceito e principalmente trata sobre a escolha de um projeto profissional que busca uma sociedade sem dominação, seja ela de classe, etnia ou de gênero (BRASIL, 2012).

O Conselho Nacional de Serviço Social, CFESS, tem se posicionado há um tempo considerável acerca dos direitos sexuais e reprodutivos em algumas de suas produções. No ano de 2009, o CFESS traz um panorama sobre a questão do aborto, colocando esta como uma questão de direito das mulheres e de saúde pública. Neste mesmo documento é relatado que durante no 38º Encontro Nacional CFESS-Cress, os assistentes sociais presentes no encontro afirmaram seu compromisso com a emancipação humana, livre de exploração e opressão e ainda, enfatizaram o posicionamento a favor da descriminalização do aborto, bem como o engajamento para debater o assunto em todo território nacional objetivando ampliar e democratizar as discussões dentro da profissão (CFESS, 2009).

Nesse mesmo documento, é reforçado o compromisso ético-político com a defesa dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além de demonstrar apoio ao movimento feminista nessa luta por emancipação sob alegação de que as mulheres constituem seres éticos capazes de fazer escolhas conscientes e responsáveis, como no caso de realizar um aborto, por exemplo (CFESS, 2009).

No ano seguinte, no mês de setembro, a realização do 39º Encontro Nacional do CFESS-Cress trouxe à tona o assunto novamente. Nessa ocasião, os assistentes sociais participantes do encontro, representando todas as regiões do Brasil, deliberaram coletivamente pelo apoio à legalização do aborto. No ano de 2011, foi lançado um CFESS Manifesta reforçando o apoio à legalização, onde foram endossados os compromissos assumidos no ano de 2009, sob justificativa da questão estar na esfera da saúde pública, e ainda, abordando as perspectivas de classe e raça que envolvem a problemática, considerando que esta é uma das principais causas de morte materna e penaliza com maior intensidade as mulheres negras e pobres que não possuem condições de realizar tal procedimento em segurança, recorrendo a clínicas clandestinas e de péssimas condições de higiene, sem quaisquer segurança.

Em 2015, entra em tramitação o projeto de Lei n. 5069/2013, de autoria do então deputado Eduardo Cunha, que em linhas gerais e objetivas tinha o propósito de dificultar o acesso das mulheres aos serviços de saúde no que diz respeito à

interrupção da gravidez indesejada, autorizada por lei, no caso de estupro, impondo a realização de corpo de delito e do registro do Boletim de Ocorrência Policial, prevendo ainda casos de prisão de profissionais de saúde que realizem o abortamento e de quem anuncia ou vende esse tipo de serviço (PIOVESAN, 2015). Logo após o anúncio da votação do Projeto de Lei, o CFESS se manifesta através de uma nota de repúdio contra tal projeto, alegando este ser um retrocesso às lutas históricas de movimentos feministas, e sobretudo, um grave ataque à saúde das mulheres brasileiras.

Em 2016, o CFESS Manifesta ainda lança documento em apoio ao Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do aborto, trazendo discussões pertinentes acerca dessa problemática. O documento questiona os valores conservadores da sociedade brasileira patriarcal e expõe a necessidade dessa problemática ser debatida na prática profissional, pensando no assunto de forma crítica. Além disso, são argumentados no documento, razões para defender a legalização do aborto, como a prerrogativa de que o legalizar não é o mesmo de incentiva-lo, defendendo o aumento do acesso de mulheres e homens a métodos contraceptivos, o que hoje em dia ainda é um desafio, principalmente para as mulheres devido a impedimentos conservadores para uma cirurgia de ligadura de trompas quando a mulher é jovem ou que não possuem filhos, por exemplo.

Crescente a isso, O CFESS (2016) destaca que o aborto pune somente as mulheres, mesmo que em algumas das vezes os homens também fazem parte da decisão, se não forem esses que tem a iniciativa. É questionado também a questão religiosa na qual o Estado não deve se basear, visto que o Estado é laico e situações como essa não devem ser argumentadas sob um olhar de determinada religião, por fim, como um dos principais argumentos, é o de que, independentemente da legalização os abortos continuam e sempre continuarão acontecendo, mas de forma insegura.

Saltando para abril de 2019, o CFESS lança nota de repúdio à Proposta que impede o aborto em qualquer situação que tramitou no Senado Federal neste ano. Conforme a coordenadora da Comissão de Ética e Direitos Humanos do CFESS, Daniela Mölller essa alteração constitucional traz inúmeros impactos aos chamados direitos sexuais e reprodutivos e à regulação das situações em que o aborto é permitido atualmente por lei. Segundo a assistente social, a proposta além de ameaçar a autonomia das mulheres na decisão acerca da maternidade, esta ainda

atinge as ocasiões em que o aborto é permitido por lei, como nos casos de estupro, de risco de morte à gestante e a gestação de fetos anencéfalos.

Recentemente, no ano de 2022 foi divulgada uma nota técnica intitulada de ‘A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal’, onde a nota tem como objetivo trazer elementos que contribuam com o debate e a intervenção dos(as) assistentes sociais no que tange à temática do aborto, a partir de uma deliberação do eixo Fiscalização e Orientação Profissional, aprovada na Plenária Nacional realizada em 2020.

Contudo, pensando no assunto de maneira crítica, deve-se mencionar que as raízes conservadoras ainda se fincam no interior da profissão, onde apesar dos avanços dos debates, da caminhada em conjunto com os movimentos progressistas e emancipatórios e dos posicionamentos oficiais da categoria, ainda há resistência por parte de profissionais que negam os direitos das mulheres devido pensamentos conservadores, relacionados à religião ou mesmo a falta de diálogo entre profissionais da categoria sobre o assunto.

Nessa perspectiva, os princípios éticos do Serviço Social devem sempre ser ressaltados, alinhando a atuação profissional com o compromisso com a emancipação humana sem opressão de classe, raça/etnia, gênero bem como o enfrentamento às desigualdades (CFESS, 2016), o que inclui as violências contra mulheres e negação dos direitos sexuais e reprodutivos, tema deste tópico.

4.2 PRODUÇÕES LITERÁRIAS DO SERVIÇO SOCIAL ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO

Ao trazer o debate acerca das produções literárias do Serviço Social em função do tema específico, nesse caso, o da Violência e Racismo Obstétrico e tudo que nele engloba, cabe aqui destacar a importância que o ENPESS tem sobre as produções e disseminação do conhecimento da classe do Serviço Social. Atualmente, o ENPESS que acontece de dois em dois anos, é considerado um dos eventos científicos mais significativos da categoria, servindo como um fórum especial para a divulgação de resultados e produtos de pesquisas acadêmicas, funcionando também como espaços intermediários de capacitação e realização do debate político-acadêmico.

Ao buscar os ANAIS do ENPESS a partir do ano de 2002 que é quando o termo Violência Obstétrica começa a ser discutido no Brasil, não tivemos acesso aos primeiros encontros, no entanto, no site da ABEPSS foi possível analisar os ANAIS a partir do XV encontro. Nesse sentido, encontramos documentos a partir do XV ENPESS realizado no ano de 2016, que não só abordam a temática central da Violência Obstétrica, como também os eixos que o envolvem, sendo assim iremos observar as obras do encontro citado e os subsequentes. Optamos por utilizar as palavras-chave e os eixos temáticos como instrumento de análise, devido a grande quantidade de produções bienal.

Ademais, iremos destacar as obras produzidas nos ENPESS que tem uma produção literária bastante relevante na análise da violência obstétrica (*Tabela 1*).

Tabela 1 – Obras produzidas nos ENPESS

Anais	Título	Resumo	Autoras(es)
ENPESS XVI (2016)	RACISMO INSTITUCIONAL E SAÚDE DA MULHER NEGRA: REFLEXÕES ACERCA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA E O SERVIÇO SOCIAL	“O presente artigo tem por objetivo estabelecer reflexões sobre o racismo institucional nos serviços de saúde, de modo a evidenciar as formas de violência e violação dos direitos reprodutivos e saúde da mulher negra usuária do Sistema Único de Saúde.”	TATIANE FARIAS DA ROSA SILVA JÉSSICA MARIA RIBEIRO FIGUEIRA SANDRA REGINA VAZ DA SILVA
	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES ENCARCERADAS: UMA ANÁLISE DA REALIDADE DA PENITENCIÁRIA FEMININA DO DISTRITO FEDERAL	“Este artigo analisa as condições relacionadas ao parto, durante o encarceramento de doze mulheres na Penitenciária Feminina do Distrito Federal. O nosso percurso analítico se apropria da perspectiva feminista fundamentada no conceito de consubstancializa de cuja emergência teórica ainda é recente no debate do Serviço Social.”	RAYANE NORONHA OLIVEIRA

ENPESS XVI (2016)	PATRIARCADO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VITALIDADE DA ESTRUTURA PATRIARCAL NO AMBIENTE DO PARTO	“A Violência obstétrica como expressão da violência de gênero e efeito da vitalidade do patriarcado é tema central deste estudo. Inscreve-se assim o corpo da mulher como parte do processo produtivo e o alijamento do papel de poder da mulher enquanto sujeito central do parto.”	MARIANA OLIVEIRA DECARLI
ENPESS XVI (2016)	“PORQUE SOMOS MULHERES, POBRES E NEGRAS”: UM BALANÇO SOBRE O PROJETO DE EXTENSÃO OFICINAS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: “MEU CORPO, MINHAS REGRAS” EM RECIFE – PE	“Esse artigo objetiva uma reflexão sobre os achados do projeto de extensão “Oficinas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos: ‘MEU CORPO, MINHAS REGRAS’, no que se refere a interpretação das mulheres sobre os marcadores de gênero, raça e classe social e sua relação com a violência obstétrica.”	TATIANE MICHELE MELO DE LIMA LÉIA GENESES DE SOUZA PATRICK MATHEUS DE OLIVEIRA BEATRIZ SOARES BEZERRA
ENPESS XVI (2016)	A IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO SOCIAL ESTAR INSERIDO NA POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	“O presente artigo propõe uma reflexão sobre a importância do Serviço Social em estudar e estar inserido nas políticas públicas de atenção à saúde reprodutiva das mulheres, em especial a política de humanização do parto e nascimento.”	HELENA GUIMARÃES GASPERIN ROSILÉA CLARA WERNER ANA MARIA BOURGUIGNON
ENPESS XVII (2022)	MATERNIDADE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES	“Esta pesquisa bibliográfica discute a maternidade enquanto categoria sociológica em seu caráter de experiência feminina coletiva diversa, a fim de desvelar as cortinas do projeto societário patriarcal, que historicamente defende a figura da mulher	MARIA DE LOURDES ZARANZA LOPES SOBREIRA

		apenas como um útero a ser fecundado, destituída de vontade própria, alienada dos seus direitos sexuais e reprodutivos.”	
ENPESS XVII (2022)	“TEM COR, TEM CORTE, E A HISTÓRIA DO MEU LUGAR”: A Interseccionalidade e da violência obstétrica no Brasil e as disputas de sentido	“O trabalho versa sobre a conformação interseccional da violência obstétrica no Brasil, sua relação com a mortalidade materna e no contexto pandêmico, e as diferentes abordagens teórico-políticas sobre o fenômeno.”	TATIANE MICHELE MELO DE LIMA
ENPESS XVII (2022)	A DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DO RACISMO INSTITUCIONAL: desafios no combate à violência obstétrica contra as mulheres negras	“Este trabalho analisa a dimensão técnico operativa do serviço social no enfrentamento do racismo institucional no combate à violência obstétrica contra as mulheres negras.”	CAROLINE DE JESUS SOUZA MAGALI DA SILVA ALMEIDA
ENPESS XVII (2022)	A (DES) HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: A AFIRMAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES NA PAUTA DO SERVIÇO SOCIAL	“O presente artigo possui como problema norteador: como a produção do conhecimento em Serviço Social aborda a intervenção profissional do/a Assistente Social na humanização da assistência ao parto? Assim, se coloca a necessidade de pensar acerca das possibilidades de intervenções do/a Assistente Social na assistência humanizada ao parto, tendo em vista a violência obstétrica como uma das formas de expressão da ‘questão social’.”	AMANDA PAVÃO MATANA MIRELE HASHIMOTO SIQUEIRA

No XV ENPESS que foi realizado em São Paulo no ano de 2016, teve como tema “Ousadia e Sonhos em Tempos de Resistência”. Não tivemos acesso aos artigos publicados no encontro, porém verificamos o quadro de trabalhos aprovados para apresentação oral, onde percebemos publicações que abordam a violência obstétrica já no título, assim como outras publicações que estão diretamente ligadas ao tema.

Sendo assim, iremos cita-las aqui pois julgamos necessário dar a devida visibilidade para o tema num encontro tão importante para o Serviço Social. São esses: “Mulheres Negras e Violência Obstétrica: Reflexões para o Serviço Social” da autora Jussara Santos; “A violência obstétrica e a negação dos direitos sexuais e reprodutivos: os sentidos de ser mulher na sociedade do capital” de Tatiane Lima. Os dois trabalhos apresentam já nos respectivos títulos menção à violência obstétrica.

Outros trabalhos percebidos também fazem parte e englobam a temática, intitulados: “As contradições da assistência ao parto no Brasil: violações e negação de direitos” das autoras Luciana Batista De Oliveira Cantalice e Lucilene De Oliveira Souza; e os que abordam o aborto “A articulação da equipe multiprofissional para garantir atenção humanizada ao aborto legal” das autoras Débora Costa, Claudia Fonseca, Ana Serrão; e “Serviço Social e aborto: um debate necessário” das autoras Jussara Bernardo e Verônica Ferreira.

Nos Anais do XVI ENPESS realizado no ano de 2018 na cidade de Vitória (ES) teve como tema “Em tempos de radicalização do capital, lutas, resistências e Serviço Social”, percebemos um número maior de publicações que abordam diretamente e indiretamente sobre a violência obstétrica. Sendo estes, dois que utilizam o termo violência obstétrica já no título do artigo, denominados: “A Violência Obstétrica em mulheres encarceradas: uma análise da realidade da penitenciária feminina do Distrito Federal” e “Patriarcado e violência obstétrica: a vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto”, e mais 4 obras que englobam o termo, mas que os títulos referem-se à direitos sexuais e reprodutivos e parto humanizado, que são respectivamente: “Racismo institucional e saúde da mulher negra: reflexões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, os serviços de saúde pública e o serviço social”; “ ‘Porque somos mulheres, pobres e negras’: um balanço sobre o projeto de extensão oficinas sobre direitos sexuais e reprodutivos: ‘meu corpo, minhas regras’ em Recife - PE” ; “A importância do serviço social estar inserido na política pública de humanização do

parto e nascimento” ; “O parto humanizado é a mulher ser respeitada e ter o direito de fazer escolhas conscientes: ‘um estudo sobre humanização do parto e maternidade”.

Dentre as publicações citadas, a pôr título “Racismo institucional e saúde da mulher negra: reflexões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, os serviços de saúde pública e o serviço social”; “ ‘Porque somos mulheres, pobres e negras’: um balanço sobre o projeto de extensão oficinas sobre direitos sexuais e reprodutivos: ‘meu corpo, minhas regras’ em Recife - PE”, nos chama atenção pois o trabalho partiu de um projeto de extensão que protagonizou as mulheres a partir de suas interpretações sobre os marcadores interseccionais de classe, raça e gênero, ligados à violência obstétrica, e analisa, conforme Tatiane Lima et al.. (2018):

Os estudos sobre violência obstétrica, assim como a fala das mulheres apresentam-nos um cenário de desumanização e objetificação das mulheres, assim como a naturalização e mistificação que tornam esse tipo de violência invisível. Contudo, mesmo diante desse quadro as mulheres sabem que sofrem violência, podem até não nomear como violência obstétrica, já que este é um termo cunhado dos movimentos de mulheres, feministas e de profissionais da assistência ao parto (p. 11)

Posto isso, é possível verificar que o debate sobre violência obstétrica e seus condicionantes, mesmo que manifestados por um número relativamente pequeno, o tema vem sendo abordado de forma profunda e caracterizado diversificadamente, bem como o assunto precisa ser discutido e compartilhado.

O XVII ENPESS que foi realizado no ano de 2022 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), certamente deveria acontecer no ano de 2020 já que os encontros são realizados a cada dois anos, e imaginamos que não aconteceu devido a Pandemia da COVID-19. Contudo, há de se destacar que no presente encontro houveram duas mesas temáticas que tiveram trabalhos ligados ao tema da violência obstétrica, a primeira mesa denominada “Maternidade(s) em tempos de pandemia: universidade, mundo do trabalho e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres” que teve como um dos trabalhos intitulado “Maternidade e direito sexuais e reprodutivo das mulheres” da autora Maria Sobreira, é de suma expressividade pois debate a maternidade como categoria sociológica e realça o projeto societário patriarcal inseridos na violência obstétrica.

A segunda mesa que aqui colocamos como destaque, tem por título “Enegrecendo a academia: racismo, e educação no contexto de pandemia”, em proposta:

Esta proposta visa apresentar inquietações de pesquisadoras negras em três IES a partir da relação entre seus objetos de estudos e lugares sociais. A

pandemia aprofundou o racismo brasileiro provocando rebatimentos em diversas esferas, agravando violências contra população negra, destacando o extermínio e a morte materna e violência obstétrica. O projeto de morte destinado a esta população situa a educação em um campo de desafio com a tarefa de construir possibilidades de vida e criticidade (Vol. 2022 Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social).

Um dos trabalhos da mesa, publicado pela autora Tatiane Lima apresenta o título “ ‘Tem cor, tem corte, e a história do meu lugar’: a interseccionalidade da violência obstétrica no Brasil e as disputas de sentido”, além de evidenciar as disputas para o reconhecimento político da violência obstétrica no Brasil, bem como que as mulheres negras são as que mais sofrem com tal violência e com a mortalidade materna, ou seja, relacionando a violência obstétrica com o racismo institucional, a autora ainda aborda e associa a negação da nomeação da violência obstétrica pelo discurso médico hegemônico com o Governo Federal do mandato Bolsonaro, que foi marcado durante a pandemia com políticas negacionistas e sem embasamento científico.

Ainda sobre o XVII ENPESS, além da potência das mesas temáticas que abordaram diretamente a violência obstétrica, identificamos também, dois trabalhos apresentados de forma oral que somaram acerca do tema. Com os títulos “A dimensão técnico-operativa do serviço social no enfrentamento ao racismo institucional: desafios no combate à violência obstétrica contra as mulheres negras” e “A (des)humanização da assistência ao parto: a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na pauta do serviço social”, esses trabalhos ligam o Serviço Social diretamente à violência obstétrica e endossam o debate acerca do tema.

Destarte, ao discutir os presentes Anais do ENPESS é possível enxergar que o tema da violência obstétrica e seus condicionantes fizeram-se presentes em vários trabalhos apresentados, alguns ligavam diretamente o Serviço Social ao assunto, outros não, porém as abordagens têm profundidade e diversidade que abarcam de maneira muito ampla a violência. O interesse de pôr o assistente social como profissional do Serviço Social dentro da conjuntura da violência obstétrica é além de se integrar a equipe de parto, poder atuar como pesquisador na assistência e no contentamento das grávidas (Lima, 2019). Como é de fácil visualização uma grande quantidade de assistentes sociais presentes no âmbito da saúde, nesse sentido, e conforme a apresentação do ENPESS este visa “o fortalecimento da pesquisa, da produção de conhecimento, do trabalho profissional e da organização política da

categoria profissional” abrangendo não só assistentes sociais, mas, pesquisadores, docentes, estudantes de graduação e pós-graduação da área e também de outras.

Portanto, ao fazer uma análise dos documentos descritos anteriormente, percebemos a riqueza de produções científicas para o Serviço Social enquanto classe que está estruturada a combater qualquer tipo de violência e negação de direitos previstos constitucionalmente. Como resultado dos estudos, compreendemos uma dificuldade para analisar os ANAIS a partir de quando o termo violência obstétrica passa a ser discutido no Brasil, no entanto, percebemos que os três últimos encontro do ENPESS têm produções que pautam sobre o tema citado e aproximam profundamente o Serviço Social sobre a questão da violência obstétrica, evidenciando que o assunto tem sido mais discutido atualmente, mostrando como a profissão apresenta-se engajada com o compromisso emancipatório humano e de liberdade e atua na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente das mulheres e ainda, contribui para o desenvolvimento de políticas de enfrentamento à violência obstétrica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho apresentado, nos propusemos a fazer uma análise interseccional da violência obstétrica, o seu percurso e suas raízes problemáticas, e como o Serviço Social está inserido dentro desse contexto.

Para tanto, no primeiro objetivo específico propomos analisar a violência obstétrica no cenário contemporâneo dentro da rede de saúde e essa discussão foi feita no tópico 2 onde ponderamos a trajetória histórica do parto e suas transformações até como o conhecemos nos dias atuais, não se tratando apenas de um processo de impacto fisiológico como também social já que habitualmente a rede de apoio da parturiente está incluída dentro desse cenário. Ao falar de trajetória do parto, compreendemos que até o Século XX o principal agente que realizava os partos eram as parteiras, principalmente os partos em domicílio onde este era feito de forma mais natural e respeitosa, conforme o parto passou a ser institucionalizado o médico passou a ter maior protagonismo no evento e o corpo das mulheres foi submetido ao processo de medicalização, sendo assim, o fenômeno da violência obstétrica tem suas raízes nesse viés medicalizado e institucional

No segundo objetivo específico propomos discutir acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tal discussão pode ser vista no tópico 3 onde ligamos a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos às políticas sociais e de saúde, bem como a importância da luta feminista para a criação histórica dos Direitos Reprodutivos que deram sequência aos Direitos Sexuais.

Ao analisar os Direitos Sexuais e Reprodutivos entendemos que os temas como: aborto, contracepção, concepção, mortalidade materna, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, parto, parto humanizado, puerpério, violência sexual e violência obstétrica, são questões que o poder público deve estar situado amplamente no âmbito da prevenção e promoção dessas questões para garantir o bem-estar da mulheres pois a CF protege os direitos sexuais e reprodutivos e reconhece que este funciona como um mecanismo na proteção da dignidade das mulheres e pessoas com útero para o direito fundamental à saúde, equidade de gênero e liberdade pessoal. No entanto, é preciso ressaltar e incluir o debate a respeito da Justiça Reprodutiva, pois no cotidiano as mulheres negras e pobres são as que mais sofrem com as contradições dos aparelhos reguladores.

No terceiro e quarto objetivo específico, objetivamos dar ênfase no racismo intrínseco na realidade da violência obstétrica e também os efeitos do patriarcado nessa problemática, onde foi discutido no tópico 2 e 3, para tanto, o dado apontado pelo Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva que confirma que no Brasil entre 2010 e 2017 houveram 1.114 óbitos maternos, sendo o número de mulheres negras 77% superior ao das mulheres brancas, já nos sinaliza que a questão interseccional é um forte indicador da violência obstétrica.

Ao trazer o racismo para o debate da violência obstétrica, notadamente evidenciamos que a ligação entre estes tem raízes profundas que carregam o legado da época escravocrata no qual os corpos das mulheres negras eram animalizados e castigados. Isto posto, a perpetuação dessa problemática nos leva ao termo do racismo obstétrico, no qual consideramos importante usar este termo específico para evidenciar, de fato, que são as mulheres negras as que mais sofrem com essa problemática. Ou seja, consideramos que a assimetria de raça é um pilar importante para entendermos que há uma diferença dentro da violência obstétrica, onde o impacto sobre uma raça é muito mais profundo do que para outra, muitas vezes chegando à mortalidade materna, como foi anteriormente supracitado.

Outro ponto importante que consideramos foi a ligação entre a institucionalização do parto com o patriarcado herdado do colonialismo. Notou-se que, a medida em que o parto foi institucionalizado em razão de fatores como técnica e avanço da tecnologia, o protagonismo passou a ser do médico, e este formado majoritariamente por homens brancos, isto é, aqueles detentores do conhecimento e da produção deste, tornaram o ato de parir/nascer engendrados numa série de regras e normas, conseqüentemente enfraquecendo a natureza íntima, familiar e feminina.

Por conseguinte, no quarto e último objetivo específico nos propusemos a analisar as contribuições do Serviço Social no enfrentamento a violência obstétrica, no qual foi debatido no tópico 4 as aproximações do Serviço Social com os direitos sexuais e reprodutivos e as produções literárias acerca do debate. Consoante a isso, constatamos que o projeto ético político do Serviço Social está integralmente alinhado com uma sociedade livre de estigmas e opressões de gênero, classe, raça e etnia, além de combater a questão social e buscar a equiparação das desigualdades fomentadas pelo sistema capitalista e patriarcal. Como pode ser analisado a partir das análises feitas dos ANAIS do ENPESS onde encontramos publicações importantíssimas que não abordam apenas a violência obstétrica, como também

aprofundam o debate acerca dos seus indicadores, trazem a relevância da interseccionalidade à discussão, e insere o Serviço Social na importância de a profissão estar ligada tanto ao tema como na sua inserção das políticas públicas que podem contribuir na garantia dos direitos das gestantes.

Além disso, ressaltamos o compromisso do Serviço Social com os movimentos sociais e movimentos feministas, já que a profissão é pautada também na defesa e luta das minorias. Sobre as aproximações do Serviço Social com os direitos sexuais e reprodutivos, consideramos que o CFESS trouxe uma publicação no ano de 2009 acerca do aborto e no 38º Encontro Nacional CFESS-Cress as profissionais, em sua grande maioria, se posicionaram a favor da descriminalização do aborto, outrossim em 2016 o CFESS se posicionou novamente, desta vez em função da legalização do aborto.

Não obstante, embora o CFESS tenha um posicionamento progressista em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, não existe nenhum material que aborde diretamente a violência obstétrica. Por outro lado, observamos que nos Anais da ABEPSS, há uma quantidade considerável de literaturas do ponto de vista teórico que abarcam não só a discussão da violência obstétrica propriamente dita, como também os seus indicadores que influenciam diretamente tal violência.

A partir do que foi apresentado no presente estudo, espera-se que esse trabalho tenha alcançado o objetivo de contribuir para o entendimento acerca do tema da violência obstétrica, do racismo obstétrico e do papel do Serviço Social diante de tais conjunturas, e que colabore para a compreensão da profissão como uma profissão progressista que luta contra todo e qualquer tipo de violência, e a favor das liberdades individuais, sempre dando visibilidade à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como enfrentando e atuando diretamente no combate à violência obstétrica, além de oferecer todo o apoio à resistência das mulheres.

REFERÊNCIAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social ABEPSS. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/>. Acesso em: 19 set. 2023

As 6 datas mais importantes do varejo para atrair anunciantes. *Teletronix*, 2017. Disponível em: <https://teletronix.com.br/blog/conheca-as-6-datas-mais-importantes-do-varejo-para-a-trair-anunciantes/>. Acesso em: 23 abr. de 2023.

As principais posições anatômicas para se preparar para o curso de medicina. Blog Estácio, 2023. Disponível em: <https://blog.estacio.br/medicina/posicoes-anatomicas/#:~:text=Posi%C3%A7%C3%A3o%20de%20litotomia,pernas%20apoiadas%20em%20uma%20cadeira>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. S465-S469, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo: a experiência vivida. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro. 2ª edição. 1967.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2009.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2673-2682, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wDjVt3n5DNQGPtZ7qHr9x7M/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jul. 2023.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. Lei n. 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em 24 jun 2023.

BRASIL, Senado Federal. Não ao PL 5069/2013, 2015. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/516824/noticia.html?sequence=1>. Acesso em 01 set. 2023.

BRENES, Anayansi Correa. Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte: COOMPEMED, 2005.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2 p. 135-149, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 fev. 2023.

BRENNER, Elma. The medieval childbirth guide: 6 tips for pregnant mothers in the Middle Ages. *History Extra*, 2021. Disponível em: <https://www.historyextra.com/period/medieval/middle-ages-childbirth-dangers-mothers-midwives-how-did-medieval-women-give-birth/>. Acesso em: 12 mar. 2023.

CAMPOS, Andrea. Como acontece o parto: O papel dos hormônios. *Blog Meu parto*, São Paulo, fev. 2019. Disponível em: <https://meuparto.com/blog/gravidez-saudavel/como-acontece-o-parto-o-papel-dos-hormonios.html>. Acesso em: 12 fev. 2023.

CARLOTO, Cássia Maria; DAMIÃO, Nayara André. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, p. 306-325, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vnGNyx7gwTS4QKvdnBRPP3C/>. Acesso em: 02 set. 2023.

CASSIANO, Larissa. Não há mais espaço para violência obstétrica contra mulheres negras. *Geledes*, v.17, 2021. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/nao-hamais-espaco-para-violencia-obstetrica-contra-mulheres-negras/>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Moraes dos. Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social. Cortez Editora, 2018. COLLINS, Patricia Hill. Pensamento Feminista Negro. São Paulo: Boitempo, 2019. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. O CFESS. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/o-cfess>. Acesso em 17 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal. CFESS Nota Técnica, Brasília, set. 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cfess2022-Nota-tecnica-aborto-trabalho.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto. CFESS Manifesta, Brasília, 28 set. 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_legalizacao_abortoFINAL.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Dia Latino-Americano e Caribenho de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto. CFESS Manifesta, Brasília 28 set. 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2016-CfessManifesta-Aborto-Site.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Proposta que impede o aborto em qualquer situação tramita no Senado Federal. CFESS Notícias, Brasília, 14 abr. 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1563>. Acesso em: 14 set. 2023.

CORRÊA, Ana Paula Dias; TORRES, Iraldes Caldas. Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social. *Argumentum*, v. 13, n. 3, p.

90-102, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4755/475571230008/475571230008.pdf>. Acesso em: 07 set. 2023.

COSTA, Flávia; SEDICIAS, Sheyla. Episiotomia: o que é, quando é indicada e possíveis riscos. Rede D'Or. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/episiotomia/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CRIOLA. SIQUEIRA, Lia Maria Manso (org.). Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021. Rio de Janeiro: Criola, 2021. Disponível em: https://criola.org.br/tag/dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva/?doing_wp_cron=1695601759.0011870861053466796875. Acesso em: 05 ago. 2023.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto a fórceps. *Revista Feminina*, v. 39, n. 12, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023. DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. A violência obstétrica existe. 2015. Disponível em: https://www2.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/documentos/cartilhas/FOLDE_R_VIOLENCIA_OBSTETRICA.PDF. Acesso em: 01 set. 2023.

DINIZ, C. S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina).

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYqJ6ssQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 15 fev. 2023.

DINIZ, Simone G; Chacham Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v.1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9C9Corte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9C9Corte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

ENEILE, Morgana. Maternidades periféricas e o racismo obstétrico. “Ser mãe preta e periférica”: sobreviventes do Estado genocida da população negra. *Revista Reconexão Periferias*, São Paulo, n. 10, p. 15-18, 2020.

Epidurals. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2021. Disponível em: <https://www.asahq.org/madeforthismoment/pain-management/techniques/epidural/>. Acesso em 06 abr. 2023.

Episiotomia: o que é, quando é indicada e possíveis riscos. *Revista Tua Saúde*, 2023. Recife, jun. 2023. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/episiotomia/>. Acesso em 15 jul. 2023.

FRANZIN, Adriana. Parto das mulheres indígenas. Empresa Brasil de Comunicação, São Paulo, 17 abr. 2015. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/04/parto-das-mulheres-indigenas-como-dao-a-luz>. Acesso em: 22 mar. 2023. FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979.

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado (pesquisa), 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em 29 abr. 2023.

GOES, Emanuelle. Violência Obstétrica e o viés racial. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 2018. Disponível em: <https://cebes.org.br/violencia-obstetrica-eo-vies-racial/19702/>. Acesso em 30 abr. 2023

GOMES, Mainara. O que é violência obstétrica?. *O Não*, São Paulo, fev. 2023. Disponível em: <https://www.onao.com.br/post/viol%C3%Aancia-obst%C3%A9trica-na-am%C3%A9rica-latina#:~:text=O%20termo%20%E2%80%9Cviol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%E2%80%9D%2C,e%20em%20casos%20de%20abortamento>. Acesso em: 17 set. 2023.

GOMES, Maysa Luduvic; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 20, n. 2, p. 248-253, 2012. Disponível em: <http://atualizacoes.emnuvens.com.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/4073/2865>. Acesso em: 29 ago. 2023.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOFFMAN, Kelly M. et al. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 113, n. 16, p. 4296-4301, 2016. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1516047113>. Acesso em: 29 abr. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1999.

KAPPAUN, Aneline; COSTA, Marli Moraes da. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Revista Paradigma*, v. 29, n. 1, p. 71–86, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 01 abr. 2023.

KILOMBA, Grada. —Descolonizando o conhecimento II: Uma Palestra – Performance de Grada Kilomba. Tradução: Jessica Oliveira. 2016. Disponível em: https://www.academia.edu/23391789/Tradu%C3%A7%C3%A3o_para_o_Portug

u%

C3%AAs de DESCOLONIZANDO O CONHECIMENTO Uma Palestra Performance de Grada Kilomba. Acesso em: 06 ago. 2023.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

LIMA, T. M. M. de. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: as disputas discursivas e a luta das mulheres*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2019. 214p. Tese (Doutorado em Serviço Social).

LISBOA, Teresa Kleba. Gênero, feminismo e Serviço Social: encontros e desencontros ao longo da história da profissão. *Revista katálysis*, v. 13, p. 66-75, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/hHdq7R7vg7bsQvQ6gbNfz3h/>. Acesso em: 06 set. 2023.

LUGONES, Maria. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas: Floianópolis*, (22), 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqznb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023

MARTINS, Fabiana Lopes et al. Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, n. 11, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

MIRANDA, Juliana Zasciurinski. Violência obstétrica: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino. Artigo apresentado na XXI semana da mulher, 2015, Marília/SP. Disponível em https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

MOREIRA, Sergio Adriany Santos; PARTICHELLI, Patricia Peterli; BAZANI, Adriana Aparecida Oliveira. A violência obstétrica e os desafios de se promover políticas públicas de saúde efetivas. *Diálogo*, n. 41, p. 115-126, 2019. In: JEWKES, Rachel; ABRAHAMS, Naeemah; MVO, Zodumo. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social science & medicine*, v. 47, n. 11, p. 1781-1795, 1998.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do Domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. São Paulo, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/download/10588/7878>. Acesso em 01 abr. 2023.

MOURÃO, Lílian Maria de Andrade. Por que mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica?. 2020. Disponível em:

<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14362/1/L%c3%adlian%20Mour%c3%a3o%2021551096.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

NAMURA, Marcela. Poder e racionalidade médica: um olhar crítico sobre as influências no corpo da mulher. 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/26317/1/Marcela%20Namura.pdf>. Acesso em 15 ago. 2023.

NETTO, João Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Serviço Social & Saúde, Brasília, 2001.

Nota de repúdio do Conselho Federal de Serviço Social ao PL n. 5.069/2013. Brasília: CFESS, 2015. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/nota-aborto-CFESS-2015.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. Justiça reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista: contribuição crítica ao debate entre feminismos e marxismo. *Germinal: marxismo e educação em debate*, v. 14, n. 2, p. 245-266, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/49559/27449> In: ROSS, Loretta et al. Understanding Reproductive Justice: Transforming the Pro-Choice Movement. s.d. Disponível em: https://www.law.berkeley.edu/phpprograms/centers/crrj/zotero/loadfile.php?entity_key=6NK5BUG9. Acesso em 10 ago. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Sílvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez.2018,p.1039-1061. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2023.

Pela descriminalização e legalização do aborto. CFESS Manifesta, Brasília, 28 set. 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/descriminalizacaodoaborto.pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

PERROT, Michelle. Minha história das mulheres. São Paulo: Contexto, 2007. PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constitui o da maternidade. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLqSf4HPTPg6f/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 mar. 2023.

PIMENTA, Déborah Giovana *et al.* O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Enfermería global*, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.12.2.156451/147091>. Acesso em: 12 mar 2023.

Ponto do marido: prática é considerada violência obstétrica. *Blog Grão de Gente*, São Paulo, jul. 2020. Disponível em: <http://www.bloggraodegente.com.br/gravidez/ponto-do-marido/>. Acesso em 29 abr. 2023.

QUEIROZ, Fernanda Marques; DINIZ, Maria Ilidiana. Serviço social, lutas feministas e violência contra a mulher. *Temporalis*, v. 14, n. 28, p. 95-112, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5010757.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2023.

QUIJANO, ANÍBAL. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. CLACSO, Buenos Aires, 2005.

RAGO, Margareth. Do cabaré ao lar — a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, 595-602, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/licse/a/m7dC74rXdMZqBXJH7p7Ljrh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023.

Rehuna – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – Só mais um site WordPress. Disponível em: <https://rehuna.org.br/>. Acesso em: 2 ago. 2023

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade; prefácio de Antônio Cândido de Mello & Souza. Petrópolis, Vozes, 1976.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado, violência. Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Adriana. Correia. dos; HUMBELINO, Taynara. Moraes.; SANTOS, Irenilda Angela dos. Nós Sabemos Parir: o direito ao parto humanizado e o protagonismo da Mulher. II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL, 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134181.pdf>. Acesso em: 10 mar 2023.

SANTOS, Marcos Leite dos *et al.* Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico, 2002.

Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Revista Interface. 2016.

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTkjmKqRXnFJX6xfpk/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 16 ago. 2023

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 23, p. 01-10, 2010. In: Davis-Floyd, R., & St. John, G. (2004). *Del medico al sanador*. Buenos Aires, Argentina: Creavida.

SOUSA, Marília Oliveira de; SIRELLI, Paula Martins. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 326-345, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/qXHm78WFWRyz3mkK6qtYMPv/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 09 set. 2023.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 29 abr. 2023.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 ago. 2023

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VIEIRA, Raquel Santana. Violência Obstétrica – Práticas no processo do parto e nascimento: Uma revisão integrativa. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.* São Paulo. V.25. n.3. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2023

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ZIEGEL, Erna E. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.