

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

LARISSA BARRETO GONÇALVES
LORENA SANTOS DE MEDEIROS
THAMIRIS MARINHO DE SOUZA

A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA DESNATURALIZAÇÃO
DA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO HOSPITAL MUNICIPAL
VEREADOR HUGO BRAGA

DUQUE DE CAXIAS

2019

**LARISSA BARRETO GONÇALVES
LORENA SANTOS DE MEDEIROS
THAMIRIS MARINHO DE SOUZA**

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA DESNATURALIZAÇÃO
DA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO HOSPITAL MUNICIPAL
VEREADOR HUGO BRAGA**

Monografia apresentada ao curso de
Serviço Social da Universidade do Grande Rio
Professor José de Souza Herdy, como parte do
requisito Parciais para a obtenção do Título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Érica Silva de Oliveira

DUQUE DE CAXIAS - RJ

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NUCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

G635cGonçalves, Larissa Barreto.

A contribuição do Assistente Social na desnaturalização da prática da violência obstétrica no Hospital Municipal Vereador Huga Braga/ Larissa Barreto Gonçalves, Lorena Santos de Medeiros, Thamiris Marinho de Souza. – Duque de Caxias, 2019.
58f.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.
“Orientadora: Profa. Erica Silva de Oliveira”.
Bibliografia: f. 50-52.

1. Serviço social. 2. Assistente social. 3. Violência obstétrica. 4. Parto. 5. Parturientes. I. Medeiros, Lorena Santos de. II. Souza, Thamiris Marinho de. III. Oliveira, Erica Silva de. IV. Oliveira, Erica Silva de. V. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy. VI. Título.

CDD – 361.3

**LARISSA BARRETO GONÇALVES
LORENA SANTOS DE MEDEIROS
THAMIRIS MARINHO DE SOUZA**

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA DESNATURALIZAÇÃO
DA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO HOSPITAL MUNICIPAL
VEREADOR HUGO BRAGA**

**Monografia apresentada ao Curso de
Serviço Social da Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy, como parte dos
requisitos parciais para a obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.**

Aprovado com grau _____ () em ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

**Profa. Prof. Erica Silva
Universidade do Grande Rio**

**Profa. Vaniele Soares
Universidade do Grande Rio**

**Profa. Rosane Souza
Universidade do Grande Rio**

DEDICATÓRIA

A Deus pela sua infinita graça e misericórdia por nos ter dado a honra de chegarmos até aqui e aos nossos familiares, por terem nos suportado nos momentos mais difíceis, fazendo de tudo para que tudo que ficasse bem e por terem acreditado no nosso potencial. Todo esse trabalho é para vocês, dedicamos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos ter concedido a oportunidade de cursar esta graduação, por nos dar força, nos momentos que pensamos que não iríamos conseguir. Jesus, com a sua poderosa mão nos deu força e coragem para que pudéssemos prosseguir sem desistir. Sem Ele, nada disso seria possível! Somos gratas eternamente a Deus, por ter dado saúde aos nossos familiares para que eles pudessem segurar nossas mãos. A nossa fé no Senhor, sem dúvidas, nos ajudou a lutar até aqui.

Agradecemos as nossas famílias, pelo apoio diário, pelo amor incondicional. A realização do sonho é por vocês! Vocês fizeram de tudo para tornarem momentos difíceis mais brandos. Todas as palavras de incentivo, ótimos e orgulho não nos deixaram desistir da graduação, muito menos deste trabalho de conclusão. Vocês nos proporcionaram a tranquilidade e conforto para que conseguíssemos vencer essa etapa.

Aos nossos amigos, pelos conselhos, pelas frases de motivações diárias. Por compartilharem conosco dessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica, fizeram total diferença. Todos vocês foram fundamentais na nossa formação e merecem nosso eterno agradecimento.

Agradecemos aos nossos supervisores de campo, pois se dispuseram em ensinar mostrando toda a realidade vivenciada na prática da profissão, não medindo esforços para passar conhecimento para forjar o nosso caráter profissional, somos gratas eternamente.

Agradecemos a todos os professores, especialmente nossa orientadora Érica. Obrigada, por exigir de nós mais do que poderíamos imaginar que conseguiríamos fazer. Sua confiança em nós e incansável dedicação. Obrigada pelo apoio, pelas mensagens respondidas nos feriados e nos finais de semana. Obrigada por tudo.

Larissa Barreto Gonçalves

Lorena Santos De Medeiros

Thamiris Marinho De Souza

RESUMO

O trabalho monográfico se propõe a apresentar um debate sobre a temática de violência obstétrica visto que a problemática tem crescido em grande escala no âmbito Brasil de acordo com a OMS, considerando seus elementos determinantes e também todo o processo de naturalização que a envolve, teve como objetivo também em demonstrar e aprofundar, de forma crítica, a problemática que, historicamente, afeta mulheres por todo o Brasil e investigar - baseando-se na concepção das mesmas - o que caracteriza a violência obstétrica, distinguir suas manifestações mais comuns e, conseqüentemente, possibilitar uma oportunidade de expressão e a garantia de atenção às mulheres que sofreram um parto violento, a fim de que compreendam seus direitos. A violência obstétrica é uma forma de violência cometida contra mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, caracterizada como ato de violência física, psicológica e emocional, sendo um sério problema de saúde pública no Brasil. Neste sentido, o presente trabalho tem como tema O trabalho do Assistente Social e o enfrentamento da Violência Obstétrica no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga. Onde os objetivos são identificar a concepção de violência obstétrica para o Assistente Social no hospital, identificar os desafios para desnaturalização da prática da violência obstétrica provocada pela equipe da unidade e vivenciada pelas mulheres atendidas neste hospital e compreender a atuação do Assistente Social mediante aos casos de violência obstétrica na unidade com base nos relatos dos profissionais.

Palavras chaves: Assistente Social, Violência Obstétrica, Parturientes, Parto.

ABSTRACT

The obstetric violence is a way of violence committed against women during the prenatal, childbirth, and puerperium characterized by an act of physical, psychological and emotional violence, what makes this a serious problem of public health in Brazil. In this way, this work has the subject of The social worker's job and the confrontation to obstetric violence in the Municipal Hospital Vereador Hugo Braga. In what the goals are identify by the challenge to denaturalization of the practice towards obstetric violence promoted by the staff of this plant and experienced by the women attended in this hospital and comprehend the action of the social assistant through the obstetric violence cases in this plant according to the professionals reports. This Monographs work proposes to introduce a debate about the subject of obstetric violence since the problematic has been growing up in high scale nationally according to WHO (World Health Organization). Considering the determinants elements and all the naturalization process, this work aims to deepen and demonstrate, in a critical way, this problematic that, historically, affects women for all the country, and investigate – in the base of their conceptions – what characterizes the obstetric violence. It's important to distinguish the more common manifestation and, consequently, allow an opportunity of an expression and guarantee the attention to women that suffer a violent baby birth, in order to comprehend their rights.

Key words: social assistant, obstetric violence, parturient and childbirth

Sumário

INTRODUÇÃO.....	9
Capítulo I – O Problema:.....	12
1.1. Apresentação do problema:.....	12
1.2. Relevância do estudo.....	14
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo Geral:	16
1.3.2. Objetivos Específicos:	16
Capítulo II - REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2. A Reforma Sanitária no Brasil	17
2.1. Um debate sobre a Política Nacional de saúde	19
2.2. O conceito de parto e os seus desdobramentos na sociedade.....	23
2.3. Política de Parto Humanizado	26
2.4. A Violência Contra a mulher	28
2.5. O panorama da Violência Obstétrica no Brasil.....	32
2.6. Serviço Social e o enfrentamento da Violência Obstétrica	36
Capítulo III - PESQUISA DE CAMPO	40
3. Metodologia	40
3.1. Método	40
3.2. Tipo de pesquisa.....	41
3.3. Universo / Amostra da Pesquisa.....	41
3.4. Instrumento / Procedimento	42
4. Análise de dados.....	42
4.1.1. Eixo 1 - A concepção de Violência Obstétrica para o Assistente social no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga localizado no município de Magé.....	43
4.1.2. Eixo 2- Atuação do Assistente Social diante o processo de desnaturalização da prática de violência obstétrica provocada pela equipe da unidade e vivenciada pelas mulheres atendidas no hospital Municipal Vereador Hugo Braga.....	44
4.1.3. Eixo 3 - Atuação do Assistente Social mediante aos casos de violência obstétrica na unidade....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
Referência Bibliográfica.....	50
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	53
ANEXO – A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54
ANEXO B - Violência sofrida durante o parto atendimento ao parto	56
ANEXO C - Violência Obstétrica- A saúde e a vida das mulheres.....	57
ANEXO D - Exemplos de violência obstétrica	58

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica tem acometido incontáveis mulheres ao longo dos anos e é uma realidade vivida no mundo inteiro, segundo apontou a Organização Mundial de Saúde (2014). No Brasil, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, segundo dados divulgados em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, na pesquisa "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado".

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (DEFENSORIA PUBLICA DO ESTADO-SP, 2013, p.1)

Durante muitos anos a violência obstétrica foi caracteriza como uma prática comum, porém após inúmeros casos de mulheres e crianças que vieram a óbito ou ficaram com sequelas inesquecíveis por conta dessa prática “rotineira” o movimento feminista, entre outros, começaram a colocar em debate esse tipo de ação violenta.

A partir deste marco, o país passou a produzir diversas normas que objetivam direcionar a adoção do parto humanizado nas maternidades públicas e privada, começou a ser viabilizada uma atenção obstétrica e neonatal que tomam a mulher e o bebê enquanto sujeitos de direito, determinando também que todas as condutas sejam previamente discutidas com a mulher e autorizadas por ela, além de definir estratégias e dispositivo para efetivar a Lei de Nº 11.108/2005, que dispõe sobre o direito ao acompanhante e a Lei de Nº 11.634/2007, que trata sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005 e 2007).

O desejo de trabalhar com a temática da violência obstétrica surgiu a partir da experiência de estágio curricular, que foi desenvolvido no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga. Inicialmente por observamos e refletirmos acerca do assunto, pode-se perceber que tais práticas têm se dado de forma silenciosa e naturalizada, inclusive por parte das próprias puérperas devido à falta de um real entendimento acerca da temática, desta forma, percebemos que se faz necessário propor novas reflexões para trazer um confronto com a atual realidade.

Portanto, o trabalho monográfico se propõe a apresentar um debate sobre a temática da violência obstétrica, considerando seus elementos determinantes e também todo o processo de naturalização que a envolve, para tanto o trabalho está organizado da seguinte forma: o

problema, apresentação do problema, relevância do estudo, objetivos, revisão de literatura e metodologia.

No capítulo 1 – O Problema propõe uma reflexão acerca da contribuição do Assistente Social no enfrentamento da temática dentro do Hospital Municipal Vereador Hugo Bragae a Apresentação do Problema foi construída com o propósito de evidenciar como essas indagações surgiram, a incidência da violência obstétrica nas unidades de saúde pública e buscar melhor compreensão da atuação da equipe do Serviço Social mediante a temática que é vivenciada dentro da unidade.

As relevâncias do estudo evidenciaram quanto o debate desse fenômeno social se faz importante para o espaço acadêmico, para a instituição e para os usuários, considerando que somente por meio de novas reflexões que as ações prevenção e combate da violência obstétrica podem ser tornar mais eficaz.

O objeto geral deste estudo se propõe a analisar qual tem sido a contribuição do Assistente Social no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga no enfrentamento da Violência Obstétrica sofrida pelas mulheres durante o atendimento na Unidade de Saúde, para tanto, elencamos alguns objetivos específicos, por meio dos objetivos iremos nortear todo o processo investigativo da pesquisa.

No Capítulo II que se denomina como revisão de literatura se deu por meio de levantamentos de referenciais teóricos e conceituais a respeito das categorias: Reforma Sanitária, Política Nacional de Saúde na atualidade, parto e parto humanizado, violência contra a mulher, violência obstétrica no Brasil, Serviço Social no enfrentamento da violência obstétrica, a fim de sistematizar conhecimentos e informações sobre a questão problema em estudo. Cabe ressaltar que todo o estudo foi norteado por pesquisa documental e bibliográfica, embora seja uma temática que tenha ganhado uma maior relevância na ajuda pública, atualmente tivemos algumas dificuldades para obter um material desejado.

Do ponto de vista metodológico, de forma concomitante utilizamos pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Mas também, consideramos a nossa contribuição pessoal à esta pesquisa como um tipo de pesquisa participante ao incluirmos acúmulo sobre o tema durante nossa experiência de estágio, ocasião em que compartilhamos com a equipe de saúde discussões e vivências em relação ao tema.

No capítulo III que se refere à metodologia, está foi construída para nortear do processo, por esse motivo expomos que o método a ser utilizado para analisar os dados utilizados a teoria crítica marxista, tendo como universo/amostra as sete assistentes sociais que

atuam na unidade, que irão responder um questionário com perguntas semi-estruturadas, através de uma entrevista.

Capítulo I – O Problema:

1.1. Apresentação do problema:

O trabalho monográfico teve como fonte de empírica o Hospital Municipal Vereador Hugo Braga localizado no município de Magé, esta é uma instituição pública vinculada a secretaria Municipal de Saúde. A unidade é composta por diversos profissionais da área da saúde, como por exemplo: médicos, enfermeiros, biólogos, psicólogos, nutricionista, técnicos de enfermagem, entre outros. Estruturado e organizado de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na Política Nacional da saúde, o Hospital abrange todo o município de Magé, atendendo nos seguintes setores: Pronto Socorro Infantil (PSI) e maternidade.

Pode se caracterizar a população usuária desses serviços como pessoas com situação socioeconômica vulnerável, usuários moradores do Município de Magé e seus distritos buscam principalmente pelos serviços da maternidade, por conta do sucateamento das maternidades na Baixada Fluminense o Hospital Municipal Vereador Hugo Braga obteve um aumento considerável de parturientes oriundas do município de Duque de Caxias, sendo assim, se fez necessário ter um olhar ainda mais criterioso sobre a temática que será abordada a seguir.

No decorrer dos anos o Ministério da Saúde tem tornado as políticas públicas forjadas para saúde da mulher como prioridade. No ano de 2004 foi elaborado a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, nesse sentido, traz como compromisso a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres em todas as etapas que ela possa percorrer dentro dos espaços de saúde.

Grandes avanços foram obtidos dentro do espaço de saúde no enfoque da saúde da mulher, porém, ainda se faz necessário avançar na qualidade dos serviços prestados e no respeito a cada usuária que acessa aos serviços. Mesmo obtendo leis que assegurem as puérperas dentro dos espaços públicos de saúde as violações caracterizadas como violência obstétrica ainda são cometidas em números expressivos dentro dos espaços como veremos ao decorrer do trabalho.

Podemos observar em um contexto geral que a Violência Obstétrica se faz presente nos dias atuais em grandes debates e infelizmente em algumas condutas profissionais das equipes das unidades de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014, p.1):

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos- Publicação intitulada Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus- tratos durante o parto em instituições de saúde.

A Violência Obstétrica é caracterizada pelo abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causam a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade. A incidência de episiotomia (corte entre a vagina e ânus) nos partos via vaginal no Brasil é de 53,5% e a recomendação da OMS é não ultrapassar os 10%. No Brasil ainda é comum o uso de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto e o corte dos pelos pubianos (tricotomia).

De acordo com o RADAR Observatório Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo este uma iniciativa do CEE-FIOCRUZ que tem como função disseminar informações primárias e secundárias sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030, tem como finalidade de ser um instrumento que revela o índice de violência obstétrica, fizeram uma publicação em 5 de Julho de 2018 sobre a temática no âmbito Brasil que mostra evidências pela pesquisa da Rede Cegonha.

Os dados presentes no estudo revelou um total de 18.759 mulheres que foram atendidas por profissionais de saúde. Diante disso, 12,6% do total relataram ter vivido algum tipo de violência durante o parto, sendo que 50% relataram o mau atendimento como a principal violência e 25% apontaram para relatos de que as mulheres não foram sequer ouvidas, embora não se remeta diretamente à violência obstétrica. Quanto à agressão física, verbal e/ou psicológica, 12% das mulheres relataram agressão verbal e 2,4% apontaram terem sido agredidas fisicamente¹.

Mediante a todo cenário exposto e de inúmeras reflexões mediante ao assunto, podendo perceber que essas práticas têm se dado de forma silenciosa e por vezes naturalizada por parte das próprias mulheres que se configura na falta de acesso a informação, com a inserção de duas autoras no campo de estágio inserido na política de saúde, começamos a perceber que é necessário trazer novas reflexões acerca da temática podendo confrontar a realidade.

¹ Para melhor compreensão a imagem - Violência Obstétrica- A saúde e a vida das mulheres esta disponibilizada em anexo C .

Com base em CARNEIRO (2015) é necessário analisar a autonomia que se dá a mulher no momento de “parir”, deste modo, buscaremos a melhor compreensão se as parturientes estão tendo a autonomia devida em relação ao seu parto e qual tem sido a contribuição do assistente social frente a essas questões que tem se tornou uma prática naturalizada dentro dos espaços de maternidade.

Ressalta-se que um parto realizado de forma humanizada, não possui relação direta com parto normal, sem intervenções. Uma cesariana também pode, em muitos casos, ser um parto humanizado. Sendo assim, o presente trabalho não tem como finalidade em defender um tipo específico de parto, mas sim compreender a contribuição do Serviço Social no enfrentamento deste fenômeno social, buscou, contudo os fatores que podem intensificar ou determinar práticas violentas, porém silenciosas que as mulheres e neonatos têm sofrido.

1.2. Relevância do estudo

O trabalho de monografia teve como objetivo analisar a contribuição do Assistente Social frente à temática da Violência Obstétrica dentro do Hospital Municipal Vereador Hugo Braga, tendo como primazia compreender do que realmente se configura uma violência obstétrica trazendo um recorte de gênero para melhor compreensão desse desdobramento na atualidade.

As elaborações sobre gênero se baseiam, essencialmente, na ruptura, principalmente a partir dos movimentos de mulheres dos anos 1970, com a visão dominante que considerava a condição feminina como natural e determinada pela biologia, para ser contextualizada socialmente, encarada como uma construção social e histórica. Gênero, além de elemento constitutivo das relações sociais, é alimentando com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento determinados para homens e mulheres, além de influenciar na subjetividade de cada sujeito. Delimita campos de atuação para cada sexo e serve de suporte à formulação de leis e suas formas de aplicação. Para Scott (1989), o gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado, uma forma primeira de significação de poder.

Ao discorrer sobre saúde reprodutiva da mulher, a autora Andréa Gama (2012) ressalta que o conceito de gênero traz importantes contribuições na discussão das esferas sociais como trazer aspectos socioculturais e emocionais implicados nos processos de saúde-doença, em que as diversas formas de dominação conferem particularidades ao adoecimento das mulheres. Além de defender que a perspectiva de gênero é propositiva no sentido de sugerir modelos de mudança cultural que desconstruam as iniquidades, operacionalizados por meio

de políticas, programas, planos que facilitem ou abram espaço ao empoderamento das mulheres e que modifiquem os estereótipos masculinos e femininos, diminuindo as atuais hierarquias e abrindo possibilidades para que homens e mulheres tenham uma vida mais igualitária.

Diante disso, identificamos com base nos dados que o número de mulheres que sofrem violência obstétrica tem crescido ao longo dos tempos em âmbito Brasil, porém, a maior parte das mulheres não tem clareza do que se configura tal violência, com isso, muitas passam por situações que são caracterizadas como violência obstétrica, mas não conseguem identificar quando acontece essa violação mediante ao direito da mulher.

Os atos de violência obstétrica são comuns dentro das unidades de saúde públicas e privadas, entretanto, quando acontecem tais ações na maioria das vezes são mascaradas pela intitulação de “condutas médicas”. As hierarquizações dentro das unidades de saúde são latentes, com isso torna-se cada vez mais difícil o profissional do Serviço Social intervir em certas demandas, por isso, se faz necessário incentivar o trabalho em equipe buscando valorizar as competências de cada profissional presente dentro da unidade inserida.

Portanto, para o espaço acadêmico é de suma importância se aprofundar na temática, pois essas questões são cada vez mais atuais e presentes no dia a dia da atuação profissional, necessitando que este tipo de violência seja desnaturalizada a começar pelo profissional de Serviço Social em formação que vai atuar com o foco na defesa de direitos dos indivíduos.

Deste modo, é de grande valor também para as parturientes, pois se entende que o momento gestacional deve-se ser respeitado e todos os direitos assegurados para que seja um momento único e especial na vida da mulher e da sua família, com isso o trabalho de pode possibilitar novas formas de pensar sobre as práticas médicas e de todos os profissionais que compõe a unidade de saúde, motivando o aumento das denúncias de violência e a exigência da adoção de novas práticas.

Com isso, se torna de suma importância para a instituição, pois se faz necessário cada vez mais buscar um melhor atendimento para os usuários, fazendo valer seus direitos que estão assegurados nas leis vigentes do país, o assunto abordado se faz necessário para obter uma equipe ainda mais consciente e qualificada que venha de fato em suas ações priorizar o respeito dos direitos das mulheres antes, durante e após o parto.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral:

Analisar a contribuição do trabalho do Assistente social no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga no enfrentamento da Violência Obstétrica (VO) sofrida pelas mulheres durante o atendimento nesta Unidade de Saúde.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar a concepção de Violência Obstétrica para o Assistente social no hospital.
- Identificar os desafios enfrentados pelo Serviço Social para a desnaturalização da prática da violência obstétrica provocada pela equipe da unidade e vivenciada pelas mulheres atendidas no hospital.
- Compreender atuação do Assistente Social mediante aos casos de violência obstétrica na unidade.

Capítulo II - REVISÃO DE LITERATURA

2. A Reforma Sanitária no Brasil

O contexto de Reforma Sanitária no Brasil gerou mudanças no âmbito social, político e econômico. No ano de 1964 com menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar deu início a um novo regime de desigualdades no país. A proposta se dava em reinstalar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em pequeno espaço de tempo. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista. (PAIVA, 2014).

No âmbito econômico, o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e a proibição de greves. Já no âmbito social, os direitos dos opositores do sistema vigente foram cassados. No âmbito político foi reformulado com a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, a partir dos decretos de atos institucionais.

Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empresas - ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para discussão n.599, Brasília: IPEA. 1998.

A partir do final da década de 1970, a crise econômica internacional proveniente do aumento do preço do petróleo, iniciado em 1974, atingiu fortemente o país. Embora o governo continuasse, por alguns anos, sustentando diversas iniciativas de investimento, chegava ao fim o ciclo de forte crescimento econômico, com um aspecto que favoreceria a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais. Com essa efervescência que se encontrava o país marca-se pelos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde.

Em sentido contrário, as políticas do período deram continuidade à diretriz dos governos anteriores de expansão da cobertura da assistência médica, previdenciária estatal e as camadas mais desfavorecidas. Com esse propósito, foram instituídas várias medidas, como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao

Trabalhador Rural (Prorural), em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, no ano seguinte.

No que tange à saúde pública, o período é marcado pela instauração de uma crise de recursos. É ilustrativa desse processo a queda da participação da pasta da saúde no orçamento total da União de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972 (Braga, Paula, 1986).

O termo “Reforma Sanitária” baseada por Arouca (1988) foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços.

Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a ser elaborados e pessoas que faziam política em todo Brasil foram treinadas.

O fator principal para que tivesse avanços dentro do âmbito da saúde era utilizar os meios de conferências de saúde, convidando a sociedade para discutir e participar. Esse movimento social consolidou-se através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que destacou:

A importância da determinação social do processo saúde e doença, expressa, entre outras formas, pela defesa da suspensão imediata dos juros da dívida externa, bem como o não pagamento desta; da reforma agrária subordinada às necessidades dos trabalhadores do campo e sob o controle destes; de direitos amplos à educação, ao trabalho, à organização e à greve (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil tendo como resultado garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998),².

Em 1976 ocorreu a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que foi de extremamente importância na luta pela Reforma Sanitária, pois a entidade surgiu com o propósito de lutar pela democracia, e se configurou com um espaço de divulgação do

² Maiores informações Referente ao Sanitarista Sergio Arouca, pesquisar em <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

movimento sanitário, e reuniu inúmeras pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

Através do Movimento de Reforma Sanitária, logo após tivemos como conquista a Política Nacional de Saúde, como o direito de todos e dever do Estado, ou seja, um direito público que todos deveriam ter acesso, como veremos no próximo debate a seguir.

2.1. Um debate sobre a Política Nacional de saúde

A Constituição é bem clara e diz que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Antes dela, o sistema público atendia a um público limitado: prestava atendimento somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, cerca de 30 milhões de brasileiros. O restante da população tinha de apelar ao setor privado ou entidades filantrópicas. Em 1988, com a Constituição, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes de 1988, o modelo de saúde pública no Brasil estava dividido entre a classe que poderia pagar serviços privados de saúde, os que tinham direito aos serviços de saúde por serem trabalhadores com carteira assinada e os que estavam excluídos desse processo (MENDES, 2013). A política de saúde esta inserida em um contexto mais amplo incorporando o tripé de seguridade social (BRASIL, 2001, art.194) que envolve a saúde, a assistência social, a previdência e estabeleceu que após a Constituição Federal de 1988 fosse direitos de todos e dever do Estado.

Além da Constituição Federal se faz necessário mencionar as leis que regulamentam as políticas públicas de saúde no Brasil. Sendo elas: a Lei Orgânica de saúde (Lei 8080/90) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vale ressaltar a lei complementar de Saúde (Lei 8142/90) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Tal promessa foi recebida de modos diferentes pelas lideranças políticas estaduais. Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico - hospitalar essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do governo federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população. (BERTOLLI FILHO, 1999, p. 31)

Para alinharmos o entendimento melhor sobre a Política Nacional de Saúde se faz necessário que compreendermos que se tange política pública. Com base em LUCCHESE, 2002, p.03, podemos definir política pública sendo um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, ou seja, o Estado, nas escalas federal, estadual e municipal, desenvolve ações em áreas como educação, assistência social e saúde com vistas a atender as necessidades sociais da população.

Por tanto, as políticas públicas de saúde passou a fazer parte do campo de ação do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população que “consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESE, 2002, p3).

A alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, entre outros, foram entendidos como fatores determinantes e condicionantes de saúde, afastando a afirmação de saúde como simplesmente a ausência de doença.

Na saúde desde os anos 90, predomina o Projeto Privatista, ou como define Bravo (2013), Projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada, ou seja, o SUS como possível na atual sociedade, misturando princípios da Reforma Sanitária e do modelo Privatista, totalmente antagônico entre si. Ou seja, o Estado passa a agir na contramão do que havia sido discutido nos anos anteriores, mais precisamente nos anos de 1986 a 1988, indo de acordo com a Política de Ajuste Neoliberal.

Mesmo com tantos avanços um posicionamento neoliberal começa a direcionar as políticas sociais e se desdobra em uma fragmentação, principalmente no sucateamento do setor da saúde o que se começou a ver foram os hospitais superlotados, filas gigantescas sem que a população conseguisse atendimento, ferindo um dos principais objetivos do SUS que é a garantia do acesso a saúde.

O Projeto Privatista tem suas direções de caráter individualista, focalizada e fragmentada, logo podemos observar que esse projeto é totalmente oposto com o que direciona os princípios e diretrizes do SUS. A Política de Saúde assume um caráter de política para pobres e não para todos, como prevê o princípio da universalidade.

Diante das dificuldades foi implementado para fiscalizar a instabilidade financeira a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que foi prorrogada inúmeras vezes e deixando com o tempo de ser destinada a saúde. Com a crise do financiamento do SUS, os atendimentos hospitalares são os primeiros a sentir o impacto desta

crise, onde aconteceu a escassez dos leitos nos grandes hospitais. Além disso, as Santas Casas de Misericórdia de todo o país lançaram os planos de saúde próprios, e desta forma houve maior diminuição de leitos para usuário do SUS. Nesse sentido continua a lógica de privilegiar a comercialização da saúde, o SUS não consegue vencer a força do setor privado, em que a questão da saúde funciona como mercadoria.

Ainda conforme Guerra (1998, 18-19), a contra reforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programais focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

Entendemos que todas essas medidas apenas serviram de estímulos ao seguro privado de saúde, e o SUS tornou-se restrito, as classes empobrecidas com ações e programas focalizados.

Conforme a Lei de 8080/1990 no

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios”.

Colocamos aqui 6 princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para entendermos melhor a divisão e o seu funcionamento.

Universalidade	Todos os brasileiros têm direito a saúde que necessitam, indiferentemente do custo benefício, da complexidade.
Equidade	Tratar diferentes pessoas diferentes, para que tenham direitos iguais. Lembrando que, todos têm direitos, mas algumas pessoas precisam de mais apoio para garantir seus direitos.

Integralidade	Funcionamento se dá através de uma rede serviços.
Hierarquização	Organizar os serviços de saúde por níveis de complexidade
Regionalização	Visa articular todo o serviço de saúde de uma determinada região.
Controle Social	Garantir que a população possa participar do processo de Construção do SUS e decidir sobre o funcionamento de uma unidade de atendimento.

Numa análise feita sobre o governo do Presidente Lula em 2003 a 2010, onde havia uma expectativa para construção de um Brasil novo, onde haveria redução das desigualdades sociais através de uma política econômica com maior distribuição de renda e geração de novos empregos, e as políticas sócias tivessem um caráter universalista, e na saúde o retorno do Projeto da Reforma Sanitária o que não aconteceu, pois a saúde continuou focalizada e sem financiamento efetivo. De acordo com Coutinho (2005), as lideranças sociais foram cooptadas, para que desta forma as propostas do governo fossem aprovadas sem oposição, proporcionando a desmobilização dos movimentos sociais.

A falta desse avanço no SUS tornou a política de saúde impotente para o sistema, acarretando problemas gerenciais e, tendo reflexo no atendimento aos usuários. Ressalta – se que esses problemas gerenciais são provenientes da deficiência da quantidade de profissionais dos serviços de saúde, principalmente nas regiões geográficas mais distantes, onde se tem um menor número de profissionais desta área.

Para culminar, se a tentativa de eliminação das vinculações dos recursos da saúde se concretizar, a política pública de saúde estará seriamente ameaçada e o SUS se voltará apenas para os segmentos mais pauperizados da população. O desafio posto na atual conjuntura que tenha por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país e que foram aprofundadas no governo Lula, é um amplo movimento de massas que retome as propostas de superação da crise herdada e avance em propostas concretas. (BRAVO – 2004 p.30)

2.2. O conceito de parto e os seus desdobramentos na sociedade

A realização do parto por muitos milênios foi considerada uma atividade eminentemente feminina, e era tradicionalmente realizada pelas parteiras, que também cuidavam do corpo feminino e dos recém-nascidos. As parteiras eram depositárias de um saber popular, que foi produzindo lendas e crendices sobre o corpo gravídico, associados à natureza. Assim sendo, durante muito tempo, as mulheres em trabalho de parto eram auxiliadas por outras mulheres, que poderiam ser dos parentes, vizinhas ou amigas, ou as mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento, no caso as parteiras (BRENES, 2005).

A história do parto, de acordo com Briquet (2011), pode ser entendida em três períodos: antigo, médio e moderno. No período antigo a assistência ao parto é exclusividade feminina e os médicos eram requisitados para a indicação medicamentosa ou para realização de operações mutilantes no feto morto. No fim do século VII, inicia o período médio que é definido pela tendência cirúrgica por meio da instrumentação e das manobras.

O período primitivo conforme Engelmann (1888) é marcado pelo auxílio à parturiente pelas amigas, vizinhas ou mulheres mais velhas e experientes. Nesta época eram realizadas práticas religiosas com objetivo sanitário, a fim de assegurar o isolamento da parturiente ou puérpera; eram realizados também abortamento por manobras externas ou internas, para se evitar o parto distócico (parto em que, apesar do útero se contrair normalmente, o bebê não consegue passar pela bacia por estar bloqueado fisicamente) ou o superpovoamento (BRIQUET, 2011). Tinham-se também, o parto como dependente da vontade do feto, colocavam a parturiente em várias posturas, executavam pressões abdominais, ministravam-se remédios preparados por curandeiros, capazes de provocar náuseas, e procedia-se a aplicações de medicamentos no período de dequitação da placenta.

Historicamente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras ou comadres. A arte de partejar foi constituída como saber-poder feminino, e de acordo com Progiante (2001) era rico em saberes populares, orientado pela intuição e pela experiência vivida no cotidiano.

Na idade média, a fecundidade era valorizada pela sociedade, e desejavam mais uma criança do sexo masculino do que feminino. A ausência de filhos era reconhecida na época como algo próximo ao pecado e a culpa era sempre da mulher. Nesta mesma época a igreja o tematizou o aborto e a realização do parto tornam-se responsabilidades dos sacerdotes (BRIQUET, 2011). A gravidez era encarada como uma situação excepcional, de ordem

sagrada. Isentava a mulher grávida de obrigações, tais como assistir às cerimônias religiosas ou ser citada, ou castigada, em justiça (GASC, 2014).

Em 1878, se estimou que as mulheres inglesas aumentassem em até seis vezes as suas chances de morrer ao realizar o parto em maternidades, em decorrência da infecção puerperal. Após o fim da presença feminina no parto há a introdução dos médicos e de seus instrumentos, colocando as parteiras em segundo plano e marginalizando a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento (OSAVA 1997 apud WOLFF; WALDOW, 2008).

A medicina moderna nasce em torno dos últimos anos do século XVIII. Assim sendo, o século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de prática médica, a medicina constituída como saber científico, estabeleceu a medicalização dos corpos.

Após a segunda guerra mundial o parto foi se institucionalizando, gradualmente, pois os médicos adquiriram novos conhecimentos e habilidades nos campos de cirurgia, da assepsia, da anestesia, da hemoterapia e do antibiótico terapia, e assim, conseguiram diminuir, significativamente, os riscos de o parto hospitalar, morbimortalidade materna e neonatal (TANAKA, 1995). E o resultado da institucionalização do parto, foi à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Com a entrada da institucionalização do parto, hoje obtemos diversas classificações e nomenclatura para o mesmo. Para Araújo e Oliveira (2006, p.32):

o parto é considerado um dos momentos críticos para cada uma das que fazem parte da população feminina, devido ao medo e a ansiedade que nesta fase estarão mais evidentes, além do próprio processo fisiológico do trabalho de parto e dos fatores exógenos que estarão atuando conjuntamente.

O processo de tomada de decisão do tipo de parto que é indicado para cada gestante é uma dúvida frequente vivenciada por estas mulheres e seus familiares, que participam de forma cada vez mais ativa, focando o senso de comprometimento e responsabilidade das partes envolvidas. (DIAS ETAL, 2009). Sendo assim os tipos de parto começaram a ser separados em consequência do sistema obstétrico, sendo classificados como:

- **Parto Cesária ou Cesariana:** parto no qual o feto é extraído por um corte no ventre e útero da mãe, a cesárea é recomendada quando há risco materno ou fetal. Portanto, trata-se de uma cirurgia, com corte profundo em tecidos desde o epitelial até muscular do abdômen no qual a mulher não sente dores, pois esta anestesiada.
- **Parto Normal:** que se refere quando o bebê é extraído através das contrações, que a ‘expulsam’ do útero, e sai pelo canal vaginal, se trata de parto natural em que a mulher

sente dores fortes e é usada pequenas doses de analgésicos para a mesma suportar essas dores, porém uma das grandes vantagens do parto normal é a recuperação no pós-parto ser muito mais rápida e a mulher pode voltar logo às suas atividades.

- **Parto de Cócoras:** consiste em fazer a mulher ficar na posição de cócoras e facilitar a saída do bebê do útero, em função de o ‘caminho’ estar a favor da gravidade.
- **Parto D’água:** é realizado dentro da água e deve ter temperatura morna, a mulher entra na banheira quando começa a sentir as dores de contrações. Algumas banheiras são grandes suficientes para o pai entrar junto com a mulher, no entanto este parto deve ser assistido por um médico e uma doula³, no objetivo de oferecer ao bebê uma transição agradável entre o útero e o exterior.
- **Parto Le Boyer:** este é um dos tipos de parto que também considera o bem-estar de mãe e bebê como premissa, esse método Le Boyer chegou ao Brasil na década de 1970, após ser criado por um médico francês Frederik Le Boyer caracterizado como um parto normal feito em um ambiente favorável à chegada do bebê com uma luz fraca, música ambiente, muita calma e tranquilidade devem estar ao redor para deixarem a mãe tranquila e o bebê chegar ao mundo sem traumas.
- **OParto à Fórceps:** o fórceps é um instrumento que encaixa a criança como se fosse um ‘pegador’ – por ventosa ou sistema semelhante ao da pinça - e puxa o bebê do ventre materno.
- **Parto Humanizado:** consiste também em um parto normal, mas que não permite intervenção clínica, podendo ou não ser feito em uma banheira e o mesmo pode ser feito em casa, mas podem surgir situações de emergência em que é necessária a presença de um médico ou de material específico para salvar a vida do bebê ou mesmo da mãe então é mais viável procurar uma maternidade que adquira médicos.

Diniz e Duarte (2008) ressaltam a importância de a parturiente juntamente com a família, faça uma escolha informada sobre o tipo de parto a ser realizado, para que o momento seja coroado com total satisfação, pois diante desta decisão de como lidar com a dor do parto estão relacionados a consequências como as muitas lembranças positivas e/ou negativas logo, essas escolhas são decisórias para uma vivência e efetiva e os cuidados com o recém-nascido no puerpério. Porém nem sempre a escolha da gestante é respeitada e acabam sendo influenciadas pela equipe do hospital ou até mesmo por algum familiar,

³ DOULA: A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

mas vale lembrar que direito social da mulher escolher se quer se submeter ou não a uma cirurgia.

Por esse motivo o Ministério da Saúde atualmente preza para que a mulher tenha um parto humanizado no espaço da saúde, pois esta é sujeito de direito assim como seu recém nato que virá ao mundo. Dessa forma, precisamos compreender o que se entende de parto humanizado e por esse motivo no próximo item iremos abordar sobre o assunto.

2.3. Política de Parto Humanizado

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua como Parto Humanizado as condutas e procedimentos que conduzam ao parto e nascimento saudáveis, com prevenção da morbimortalidade perinatal. Deve haver respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, por meio de intervenções cuidadosas, sem excessos e utilização criteriosa dos recursos tecnológicos disponíveis. É um procedimento centrado na mulher, individualizado e fundamentado em evidências científicas. Todas as técnicas de parto que sejam danosas para a mulher ou para o feto devem ser eliminadas. Essas recomendações da OMS encontraram várias dificuldades para serem atendidas nos sistemas de saúde, de acordo com Nagahama; Santiago (2011).

A Política Nacional de Humanização (2004) surgiu como proposta para viabilizar a garantia do direito constitucional de saúde e para qualificar as práticas dos modelos de atenção e gestão, tendo a humanização como “estratégia de interferência no processo de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 08).

Oliveira (2009) explica que, durante a realização do Parto Humanizado, uma equipe multidisciplinar orienta a parturiente e seu (sua) acompanhante, com informações educativas, permitindo que a mãe se movimente livremente durante o trabalho de parto, desde que não coloque o bebê em risco, podendo ainda usar camas especiais, que evitam possíveis transferências. Nesse tipo de parto os vínculos afetivos entre mãe, bebê e pai saem fortalecidos, em razão da oferta de alojamento conjunto e da ampla possibilidade de amamentação.

Com isso é possível a reflexão do quanto é primordial uma conduta voltada as práticas de um parto humanizado e a necessidade de compreensão dos profissionais de saúde o quanto esta prática é importante. A proposta da humanização perpassa aspectos físicos, estruturais,

recursos materiais, relações humanas, políticas organizacionais das instituições, aspectos culturais inerentes aos indivíduos, condições de trabalho, implementações das leis direcionadas ao público, capacidade do serviço de atender a demanda, entre outros;

Segundo o Ministério da Saúde a taxa de mortalidade materna concluiu que 98% das mortes maternas são evitáveis com procedimentos simples e políticas públicas de atenção focadas na mulher e no bebê.

O alcance dessa meta demandará ações eficientes e eficazes, baseadas em evidências científicas e compromisso dos gestores com políticas públicas que promovam justiça, reduzam as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais, incluindo a redução das mortes por abortamento inseguro. Nota técnica do Ministério da Saúde.

De acordo com a ginecologista Pacgnelha (Folha de São Paulo, 2018), presidente da Comissão de Mortalidade Materna da Federação das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), afirma que a morte materna é causada por uma somatória de erros e demora na assistência à mulher.

Mediante a esta realidade vivenciada pelas mulheres e seus familiares, antes, durante e após o parto foi criada a Rede Cegonha em 2011. Segundo o Ministério da Saúde (2011):

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede Cegonha é uma proposta do Governo Federal e vem sendo uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário existente no Brasil. As ações dessa estratégia vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos: elas buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo.

Essa iniciativa convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da "cena", como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Diante de estudos feitos pelo Governo Federal fica evidente que há o entendimento por parte dos formuladores da Rede Cegonha de que a mulher deve estar no centro no processo, implicada e vivendo a experiência da gravidez, do parto e da maternidade com segurança, logo, é correto afirmar que essa implantação e a avaliação do cumprimento das ações previstas nos estados e municípios brasileiros poderão para a defesa dos direitos das mulheres, por uma vida sem violência, principalmente nesse momento que deve ser lembrando com alegria e ao invés de traumas e tristeza.

2.4. A Violência Contra a mulher

Para entrarmos no debate referente ao título se faz necessário compreender acerca do conceito de violência no âmbito do Brasil e buscar compreender como a questão de gênero tem influenciado para o crescimento nas estatísticas de violência contra a mulher.

Com base em Minayo(2010), a violência não se configura em apenas uma, é designada em múltiplas ações. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às ações de constrangimento e de uso da superioridade física sobre outro, os eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a luta pelo poder e vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

De acordo com Minayo (2010, p14) “A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia.”

Segundo Modena (2016), as características gerais do conceito de violência variam no tempo e no espaço, segundo os padrões culturais de cada grupo ou época, por exemplo, há uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional no Brasil, na China, na Holanda ou em qualquer outro lugar do mundo. Da mesma forma, a violência social, política e econômica da época colonial brasileira não é a mesma que se vivencia hoje, num mundo que passa por grandes transformações.

Mediante a todas as peculiaridades Minayo aborda três tipos de violência que contemplam tanto o âmbito individual e o coletivo:

No centro de tudo, a ‘violência física’, que atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzidas nos homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada; a ‘violência econômica’, que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens; e, por último, a ‘violência moral e simbólica’, aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro.(MINAYO, 2010, p.14)

No que tange no âmbito Brasil, com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), os atos de violência mais comuns são: violência institucional, patrimonial, psicológica, sexual, moral e física. A violência institucional acontece, por características do indivíduo como gênero, etnia, economia. Essas desigualdades acontecem geralmente nas organizações privadas ou aparelhos estatais. Por exemplo, um posto de saúde se recusar a atender um indivíduo por um motivo concreto ou por policial matar alguém só pelas características deste indivíduo.

Outro tipo é a violência patrimonial tendo como as principais características a destruição, retenção de objetos. Exemplificando, o não pagamento e uma pensão alimentícia, são caracterizados de uma violência patrimonial. Violência psicológica está associada à forma de agressão a todas as ações que causem dano a outra pessoa, principalmente, pela linguagem.

A Violência sexual se configura em um tipo de violência que tem crescido nos últimos anos, e que envolve relações sexuais não consentidas por quem é violado e pode ser praticada tanto por conhecido ou familiar. Por fim, a violência moral é qualquer ato que tenha uma conduta que configure como calúnia, injúria e difamação e encerrando com a violência física, quando ofende a integridade ou saúde corporal.

Mediante a exemplificação de todos os tipos de violência citados acima, podemos identificar que a um grande índice praticado contra mulheres, ainda hoje vivemos em uma sociedade onde se é a todo tempo fomentado atos de violência contra a mulher, isso infelizmente se da em todos os âmbitos e classes sociais da sociedade.

Faz-se necessário compreender a concepção de gênero para entendermos o recorte atual da violência contra a mulher, com isso, o conceito de gênero foi trabalhado, inicialmente, pela antropologia e pela psicanálise, situando a construção das relações de gênero na definição das identidades feminina e masculina, como base para a existência de papéis sociais distintos e hierárquicos (desiguais) (FARIA 1997).

Com base no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o contexto histórico da categoria gênero está ligado ao Movimento Feminista e à produção de conhecimento. Até a década de 1970, ouvia-se falar mais sobre estudos feministas ou estudos da mulher. A partir dessa data, no Brasil, o movimento feminista passou a ter significativa inclusão no espaço público, a fazer exigências e reivindicações políticas — época da ditadura militar.

No período entre 1985 e 1990, a categoria gênero passou a ser utilizada de forma mais sistemática, entre as estudiosas aqui no Brasil, para destacar a construção social e histórica realizada sobre as características biológicas de uma determinada pessoa (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2003).

Segundo Faria (1997), esse conceito coloca claramente o ser mulher e o ser homem como uma construção singular, a partir do que é estabelecido, simbolicamente, como feminino e masculino, bem como dos papéis sociais destinados a cada um, no interior da sociedade.

De acordo com o Conselho Regional de Serviço Social (2003), os papéis de gênero são comportamentos específicos, associados a homens e mulheres, os quais mudam de cultura para cultura. Já identidade de gênero seria um conjunto de convicções pelas quais se considera

socialmente o que é masculino ou feminino. Esse núcleo de nossa identidade de gênero se constrói, em nossa socialização, a partir do momento em que nascemos e somos rotulados como menino ou menina.

De acordo com Scott (1995), a utilização da palavra gênero está, igualmente, para além da questão biológica. Sendo uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres, o uso de gênero dá ênfase a todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas ele não é diretamente determinado por ele, nem determina diretamente a sexualidade.

A violência contra mulher pode ser entendida como "violência de gênero", expressão trazida à tona pelo movimento feminista nos anos 70, por ser esta o alvo principal da violência de gênero. Enfim, são usadas várias expressões e todas elas podem ser sinônimas de violência contra a mulher.

A violência de gênero é universal, não sendo restrita a uma determinada classe social, área geográfica ou determinado jeito de ser mulher, de acordo com certos contextos sociais e culturais e o envolvimento de classe, etnia e geração (CORDEIRO, 1995 apud SOUZA, 2002).

As formas de violência de gênero se caracterizam pelas desigualdades salariais; assédio sexual no trabalho; o uso do corpo da mulher como objeto, como, por exemplo, nas campanhas publicitárias; o tratamento desumano que muitas recebem nos serviços de saúde. Todas representam uma violação aos direitos humanos e atingem a cidadania das mulheres.

Tendo como fonte de pesquisa do Senado federal 2017, pode-se afirmar que, a maioria das mulheres que sofrem violência não recorrerem às delegacias de polícia para denunciar, devido à vergonha que sentem perante a sociedade, por vezes dependem financeiramente do agressor ou cai na ilusão de que eles possam mudar sua postura futuramente.

Ainda segundo a pesquisa realizada pelo Instituto Ipsos, com o Texto Desigualdade e Opressão: Os Números do dia da Mulher, Revela que “Apesar de estarmos na segunda década do século XXI, ainda há, em todo o mundo, pessoas que acreditam que as mulheres são inferiores aos homens. No Brasil, 19% dos homens acredita na inferioridade feminina – e algumas mulheres concordam com eles. Segundo a pesquisa da Ipsos, 14% das entrevistadas mulheres disseram que se consideram inferiores aos homens. Na média, o percentual geral (homens e mulheres) que concordaram com a questão no Brasil foi 16%. No mundo, essa fatia foi de 18%. Entre os entrevistados pela pesquisa em todo o mundo, 17% disseram que a mulher não deveria trabalhar fora de casa para poder cuidar unicamente da casa e da família. No Brasil, o índice de pessoas que aprovam essa idéia foi um pouco menor: 15%.

Logo, é a percepção da desigualdade de gênero no Brasil é algo recente, mas já consolidado na sociedade. Cada geração de mulheres jovens tem uma maior consciência dessa desigualdade nas relações pessoais, no trabalho, em escolas, na vida social.

Apesar de os números relacionados à violência contra as mulheres no Brasil serem alarmantes, muitos avanços foram alcançados em termos de legislação, sendo a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) considerada pela ONU uma das três leis mais avançadas de enfrentamento à violência contra as mulheres do mundo.

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu que qualquer pessoa, não apenas a vítima de violência pode registrar ocorrência contra o agressor. Denúncias podem ser feitas nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) ou através do Disque 180.

Com base nos dados fornecidos pelos Relatos de Violência contra Mulheres – Fonte – Ligue 180/SPM relatam:

No que diz respeito aos relatos de violência registrados pelo Ligue 180, serviço oferecido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), de acordo com o Balanço 2015 – Ligue 1804, foram realizados 749.024 atendimentos em 2015, em comparação a 485.105 atendimentos realizados em 2014. Dentre os atendimentos realizados em 2015, cerca de 10% (76.651) se referiram a relatos de violência contra as mulheres. Destes relatos de violência, 50,16% correspondeu a violência física; 30,33%, a violência psicológica; 7,25%, a violência moral; 2,10%, a violência patrimonial; 4,54%, a violência sexual; 5,17%, a cárcere privado; e 0,46%, a tráfico de pessoas.

A violência contra a mulher se vem de uma grande construção histórica que esta arraigada desde os tempos antigos e se faz cada vez mais crescente na atualidade, os dados acima nos trás uma reflexão de que sociedade nós temos hoje. A violência física se encontra em 30,33% nas estatísticas, é notório que esse número se encontra expressivo derivando-se da correlação de força que nós encontramos e que ainda se permeia na sociedade, onde se vê que a mulher é a parte mais “frágil”. Em 2015, a Lei 13.104 informa que:⁴

Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Com isso, altera-se o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e inclui o feminicídio no âmbito dos crimes hediondos. Com isso, passa a ser entendido como homicídio qualificado contra as mulheres “por razões da condição de sexo feminino”.

⁴ Código penal sobre feminicidio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm

“O feminicídio é a instância última de controle da mulher pelo homem: o controle da vida e da morte. Ele se expressa como afirmação irrestrita de posse, igualando a mulher a um objeto, quando cometido por parceiro ou ex-parceiro; como subjugação da intimidade e da sexualidade da mulher, por meio da violência sexual associada ao assassinato; como destruição da identidade da mulher, pela mutilação ou desfiguração de seu corpo; como aviltamento da dignidade da mulher, submetendo-a a tortura ou a tratamento cruel ou degradante.” Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência contra a Mulher (Relatório Final, CPMI-VCM, 2013).

Com tudo, o feminicídio se configura como o assassinato de uma mulher pela condição de ser mulher. Suas motivações mais usuais são o ódio, o desprezo ou o sentimento de perda do controle e da propriedade sobre as mulheres, comuns em sociedades marcadas pela associação de papéis discriminatórios ao feminino, como é o caso brasileiro.

“O feminicídio representa a última etapa de um continuum de violência que leva à morte. Seu caráter violento evidencia a predominância de relações de gênero hierárquicas e desiguais. Precedido por outros eventos, tais como abusos físicos e psicológicos, que tentam submeter às mulheres a uma lógica de dominação masculina e a um padrão cultural de subordinação que foi aprendido ao longo de gerações”(BANDEIRA, 2013).

Trazendo esse recorte para a nossa temática em questão, infelizmente hoje nós encontramos os mesmos abusos de força na realização do parto seja por cesariana ou normal. Um momento onde se é tão esperado pela puérpera e seus familiares pode-se tornar um desgaste com profundas marcas físicas e emocionais que se configura como Violência Obstétrica.

Dessa forma, a violência obstétrica, embora não seja ocasionada por parceiros íntimos ou familiares, se configura uma violência contra a mulher pelo fato dela ser mulher, a partir de uma culturalização da violência, do machismo e do patriarcado. Essas mulheres em vários casos quando atendidas nas unidades de saúde, são vistas como um objetivo que devem ser manipuladas sem nenhum tipo de questionamento é por isso que a prática desrespeitosa por parte dos profissionais tem se perpetuado como se fosse algo natural ou um processo que todas devem passar.

2.5. O panorama da Violência Obstétrica no Brasil

A violência Obstétrica está presente há décadas no Brasil e é de suma importância ressaltar que houve um expressivo fortalecimento dos movimentos feministas no século XXI que trouxe à tona essa silenciosa violência, deixando transparente que esse crime é o resultado da mercadorização da saúde.

De acordo com Zamariano (2006, p.741)

No século XIX a vivência do parto e tudo o que nele ocorria era aceito pelas mulheres como uma fatalidade, algo do qual não se podia fugir. Era uma vivência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres, que faziam todos os esforços para que a parturiente tivesse o maior conforto possível durante o evento. Havia uma cultura de solidariedade feminina profundamente associada ao processo de nascer, o que lhe conferia o status de ser esse um evento doméstico, onde a dor podia ser inevitável, mas o entorno era de apoio e compreensão.

Com isso, não se era compreendido o ato contra a mulher como uma violência, mas sim como um ocorrido que se fazia parte do momento de dar a luz por não ter a disponibilidade de uma equipe profissional atuando junto neste momento.

A hereditariedade da aceitação do mau atendimento com as parturientes e a falta de empatia de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e outros profissionais que ocupam a equipe multidisciplinar dentro do hospital, faz com que essas práticas sejam arraigadas de significados culturais, estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, atravessadas pelas ideologias médica e de gênero se tornando natural na cultura Brasileira.

A violência obstétrica é um tema de grande relevância, seu debate tem sido cada vez mais ampliado na atualidade. Os descasos e descumprimento que à na lei 11.108, de 2015 prevê são a assistência as gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto são cada vez mais comuns, principalmente em instituições públicas.

A mesma é conceituada como agressão, proposital ou não, praticada por profissionais de saúde contra a gestante, na gravidez, no parto ou no pós-parto, que fere a autonomia, os direitos sexuais e reprodutivos da mesma e todas as ações insatisfatórias como a pouca comunicação entre mulheres e profissionais de saúde como sinaliza a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com base em Aguiar (2013) trazemos a complementação de que a violência obstétrica também se caracteriza como qualquer ato que envolve abuso, desrespeito aos direitos garantidos por lei e maus tratos conferidos as gestantes e parturientes. Também esta relacionada à negação de atendimento a qualquer unidade de saúde, humilhar, ofender a mulher e seus familiares.

Segundo Carvalho (2015, p.37) “sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibria mento, alienação, perda de integridade, dignidade e respeito”.Logo, mulheres que sofreram violência obstétrica podem precisar de ajuda profissional pois esses sentimentos podem gerar danos piores para a vida da mulher pois gera o aumento das discussões entre o casal, em consequência do estresse e das mudanças de vida em virtude da gravidez,desconfiança em

relação à paternidade, o aumento da responsabilidade financeira, a mudança física e hormonal da mulher são fatores que podem desencadear danos pós violência obstétricas.

Por tanto, esclarece então que no âmbito do psicológico esses procedimentos que violam o direito da mulher arruinam um momento que era para ser de grande importância em sua vida, e afetando todas as suas particularidades sua qualidade de vida. Diz também que “em caráter sexual, temos as ações impostas às vítimas que violam sua intimidade ou pudor recaindo sobre o seu senso de integridade sexual e reprodutiva” (CARVALHO 2015)

Podemos afirmar então que essas ações podem ou não acontecer através do acesso aos órgãos sexuais de seu corpo ou mesmo por ações que se expressem como controladoras da sexualidade da mulher.

De acordo com a pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, que uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto no Brasil, sendo assim podemos perceber que os índices de violência obstétrica no país são altos e preocupantes.

. Dessa forma, Perez ressalta (2015, p.163), que por mais que pareça claro que a responsável por trazer um bebê ao mundo seja a mãe, a ideia de que é o médico quem “faz o parto”, dá a sensação para esse profissional que ele é o único responsável e protagonista neste processo acaba gerando cada vez mais riscos de ocorrer à violência obstétrica. Entretanto, vale ressaltar, que esse tipo de violência não se configura somente na hora do parto pode também acontecer antes ou depois do mesmo.

As constâncias da violência institucional obstétrica nas unidades de saúde revelam uma banalização deste tipo de violência, visto que as parturientes aguardam antecipadamente algum tipo de mau-trato na forma de condução do processo de parturição.

Logo, entendemos que a mulher fica submetida a esses maus tratos pelos profissionais por temer dificuldades que possam intercorrer na saúde do bebê e a sua própria saúde, além disso, a maioria das mulheres desconhece que esse de prática é uma violência, ficando vulnerável a qualquer tratamento.

De forma sintetizada, objetivando exemplificar algumas das práticas que podem ser classificadas enquanto violência obstétrica citamos:

A negação ao atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde é realizado o acompanhamento pré-natal, dirigir comentários constrangedores à mulher por sua etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, situação conjugal, orientação sexual, número de filhos ou qualquer outra razão.

Negligenciar o atendimento de qualidade, ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família, agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo interesses e conveniências do médico.

Recusar a admissão em hospital ou maternidade, impedir a entrada na sala de parto do acompanhante escolhido pela mulher, realizar procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram e causem dor ou dano físico sem a autorização dela.

Episiotomia: corte na vagina para ampliar a área de atuação do profissional e a imobilização;

Uso de fórceps e manobra de Kristeller: empurrar a barriga da mãe durante o parto para expulsar o bebê, procedimentos proibidos pela Organização Mundial da Saúde;

Analgesia peridural: Caracteriza-se pela técnica de manejo para a dor mais utilizada. Esta técnica envolve a injeção de medicamentos para alívio da dor por meio de um cateter (um fino tubo) posicionado no espaço peridural (a parte mais externa do espaço espinhal) ou por meio de opioides sistêmicos (drogas semelhantes à morfina injetadas na circulação sanguínea). Nem sempre necessária e feita sem permitir que antes a mulher tente métodos não farmacológicos de alívio da dor;

Romper artificialmente bolsa amniótica.

Obrigar a parturiente a ficar deitada e não permitir que ela caminhe durante o trabalho de parto para que a gravidade possa ajudar a descida do bebê.

Causar sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, ameaças em não atender a mulher se ela gritar e impedir ou dificultar o aleitamento materno.⁵

As condutas, práticas e procedimentos usados nos exemplos acima, constituem ações que violam não apenas os direitos sexuais reprodutivos, mas também a dignidade, a privacidade das mulheres, a autonomia, além de sinalizar total desrespeito as recomendações de órgãos internacionais. Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos. (Minayo 2005)

Em resposta a esse cenário, os movimentos das mulheres e/ou feministas passaram a produzir reflexões e levar o debate sobre a violência obstétrica aos espaços públicos a fim de se pensar sobre e buscar estratégias de enfrentamento. Uma destas ações, foi proposta pela

⁵ Imagem descritiva inserida em Anexo C: Exemplos de violência obstétrica

organização Artemis, aconteceu a partir da sugestão ao deputado Jean Wyllys (PSOL – RJ) no ano de 2014, propôs então uma proposta de lei que prevê uma elevação à categoria de lei federal para todas as iniciativas do governo referentes a humanização da assistência ao parto. Foi formulado, então, o projeto de lei, nº 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, o qual se encontra atualmente tramitando no Congresso Nacional, esperando parecer judicial da Comissão de Seguridade Social e Família.

Em suma, podemos identificar que o enfrentamento a violência no âmbito do Brasil sofreu grandes avanços, porém infelizmente a prática ainda hoje é encontrada em inúmeros espaços hospitalares de forma naturalizada, desta forma, o Serviço Social enquanto profissional que atua na defesa do direito dos usuários necessita se debruçar na temática para buscar novas formas de enfrentamento em sua atuação profissional como veremos no próximo item.

2.6. Serviço Social e o enfrentamento da Violência Obstétrica

Para analisarmos o Assistente Social no enfrentamento da violência obstétrica se faz necessário refletirmos quais são as atribuições e competências no que se tange na área da saúde em sua atualidade.

Desta forma, se faz necessário trazermos a concepção da atuação profissional que se pauta nos Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, que foram estruturados em três itens sendo que os primeiros sustentam os quatro eixos norteadores de atuação em termos teóricos, políticos e metodológicos. O segundo item, intitulado o Serviço Social e Saúde, trazendo a discussão teórica e política do Serviço Social na saúde. O terceiro item se faz de grande importância para se compreender, pois se trata da Atuação do Assistente Social na saúde que diz como base o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da profissão as atribuições e competências gerais do profissional são caracterizadas, enfatizando as ações deste na área da saúde, na perspectiva de permitir ao profissional realizar a análise crítica da realidade.

Com base no II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro, o Assistente Social na área da saúde atua no atendimento direto aos usuários, nos diversos espaços de atuação, que se configura no entorno da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade. Suas ações se dão por meio de equipe interdisciplinar, podendo obter variadas formas de articulação com outros profissionais no campo da saúde.

Segundo Bravo (1996), ela reafirma que a posição do profissional de Assistente Social, no campo de saúde importa em fazer opções sobre os recortes a serem abordados, uma vez que o caminho percorrido e os desdobramentos atuais da interface do Serviço Social e saúde são amplos e diversificados. O entendimento que as questões colocadas hoje, unicamente são possíveis em face da trajetória histórica da profissão e da saúde. Pode-se considerar que as ações profissionais incorporam e aprimoram práticas realizadas ao longo do tempo.

A concepção de uma profissão crítica contribui-se com as demais profissões esclarecendo aos diversos setores pertencentes à Política de Saúde, dando clareza quanto às competências e atribuições profissionais do Assistente Social. Neste caso, a atuação do Assistente Social tem como:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares. Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil. Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; Planejar, executar e administrar benefícios e serviços sociais; Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. (CFESS, 2005, p. 50)

A profissão do Serviço Social, ao longo de décadas, sofreu muitas transformações e em cada momento histórico, buscou e criou bases necessárias para sua razão de ser na sociedade para determinado momento. Desta maneira, muitas foram às conquistas, avanços em se tratando de bagagem teórica e Código de Ética Profissional frutos de muitas pesquisas, lutas e muita persistência. Conforme Iamamoto (2000, p. 67) a profissão avançou rompeu com o conservadorismo, atua na direção do fim da exploração de classe “sobre as questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora”.

Sua prática deve expressar não apenas a capacidade de saber fazer, mas suas verdadeiras intenções, sua posição frente às situações. A dimensão política da profissão busca ampliar a participação social, estimulando os usuários do SUS, por exemplo, a participarem dos conselhos, conferências, na defesa de seus direitos. São deveres do Assistente Social:

Contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária e empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais (CFESS, 2005, p. 25).

Contudo, o profissional deverá possuir uma competência técnica, teórica, política para que possa ir além da demanda posta, para que ele consiga utilizar os instrumentos e técnicas de intervenção, visando sempre solucionar a demanda que está sendo posta. Entendendo a transformação da realidade como um processo que exige a participação da população.

A prática do profissional que atua na área da saúde se insere, em três dimensões:

a) Prestadores de serviços, ao fornecer declarações para diversas instituições e serviços, como exemplo, prefeituras, Secretarias de Transporte e Trânsito Urbano - STTU.

b) Educadores, que orientam os usuários na obtenção de seus benefícios, programas e serviços da instituição que se encontram inseridos. Orientando-os sobre a melhor forma de obterem seus direitos, esclarecendo-os sobre a documentação necessária e as instituições responsáveis por seus benefícios.

c) Investigadores que analisam o nível de conhecimento e informações desses usuários. Investigando uma maneira pela qual possa contribuir para uma melhor qualidade de vida da população usuária.

Visando no que tange a temática apresentada o assistente social no enfrentamento da violência obstétrica tem a função de “mediador” entre os pacientes e seus direitos à saúde como cidadãos (GUIMARÃES, 2014). Esse profissional estabelece o acesso a essas informações, intervindo de maneira estruturada para que as parturientes e seus familiares possam ter seus direitos respeitados, através de uma prática humanizada na busca de atingir as metas estabelecidas pelos órgãos gestores em companhia da sociedade (SOUZA, 2013).

Em outras palavras, seu papel é estabelecer as informações dos direitos à saúde visando o bem estar e melhor acolhimento das mães e dos bebês, bem como manter taxas de atendimento humanizado estabelecido pelas políticas públicas, como descreve Delfino (2016):

O papel do Assistente Social é zelar pelo sigilo profissional, expresso no Código de Ética de viabilizar direitos e participar no processo de ampliação destes, buscando, através de estratégias de ação, desenvolver nos diversos atores sociais a capacidade de problematizar as demandas reais, e inseri-las nas arenas de decisões políticas, traçar estratégias de ações coletivas que visem a implementação de políticas públicas, qualificação profissional voltada ao atendimento as gestantes, puérperas e familiares e acesso facilitado as informações pertinentes. Esse processo se apresenta como desafio ao Serviço Social na atualidade (DELFINO, 2016,56)

As mulheres em período gestacional contam com leis que as amparam diretamente, durante todo o processo da pré e pós-gravidez. Como exemplos aplicam-se a preferência em filar, direitos relacionados ao trabalho como licença maternidade e direitos à saúde entre outros. Em todo esse evento a gestante deve ser ouvida e apoiada, o acesso a informação e a escolha pelo tipo de parto devem ser feitas pela mesma juntamente com a equipe envolvida, médica e assistencial (PRADO; FARIAS, 2009).

Os direitos que são fornecidos pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC,2008), temos alguns direitos anunciados:

- 9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. 9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; 9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;
- 9.6.6 garantir à mulher condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais (RDC, 2008, nº 105, 4 de junho, Seção 1, p. 50).

Constata-se que a violência obstétrica, apresenta-se em níveis, em relação a gênero, classe social, raça/etnia e educacional. Mulheres menos instruídas e negras são os maiores alvos de maus tratos, discriminação nas unidades de saúde. Diante do poder absoluto do médico, o corpo da mulher é visto como objeto que necessita ser controlado pela medicina, explicitando seu papel social de reprodutora, que deve ser punida pelo prazer sexual. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Desta forma, é notório que o profissional de Serviço Social necessita se aprofundar cada vez mais sobre todo seu arcabouço teórico, pois frente a tantos desafios se faz necessário saber fazer grandes articulações e ter clareza acerca da temática, podendo então ter maior efetivação em demandas que estão postas em seu cotidiano profissional.

Contudo, ele deverá está apto para interpretar os fatores culturais, econômicos e políticos que perpassam no âmbito da saúde, ter uma qualificação específica para esta demanda apresenta, neste caso, atendimento as gestantes, puérperas e familiares. Podemos identificar este processo como um desafio ao Serviço Social na atualidade.

Capítulo III - PESQUISA DE CAMPO

3. Metodologia

A metodologia segundo Bruyne (1991) é a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz, portanto, a uma “metrologia” ou tecnologia da medida dos fatos científicos. A metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados (BRUYNE, 1991 p. 29).

De acordo com Minayo (1992 p.16) “na realidade histórica de seu devir, o procedimento científico é ao mesmo tempo aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma”. Sendo assim, a metodologia apresenta as ferramentas e estratégias que utilizamos para elaborar este projeto de pesquisa científica, apontando com coerência os debates dos autores que utilizamos durante toda a pesquisa.

Da forma como tratamos neste trabalho, a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador. Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Minayo (1992, p.16)

A metodologia apresenta uma adversidade e provocações que concebem com que seja indispensável provocar a capacidade racional em procura da percepção dos mesmos. Dessa forma, aplica-se a observação científica, crítico e reflexivo, trazendo o progresso da autossuficiência na construção como sujeito e especialista.

3.1. Método

Utilizaremos como método de análise a teoria social crítica de Karl Marx, pois é de fundamental importância utilizar um aprimoramento de estratégias sobre investigação social numa perspectiva crítica para o Serviço Social, considerando sua relevância para revelar as múltiplas formas como a questão social se expressa no tempo presente. Segundo Karl Marx:

É na prática que o homem deve mostrar a verdade e o poder do seu pensamento, razão pela qual a prática é considerada para a dialética marxiana, critério de verdade. Mas, não qualquer prática, e sim uma prática orientada pela teoria, com clareza de finalidade, ou seja, uma práxis. (1993)⁶

Diante disto, tendo por eixo o entendimento da primordialidade do pensamento teórico

⁶ Livro disponível em : <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/ideologiaalema.pdf>

tem a eficácia de compor esta metodologia, com fim compor o trabalho de pesquisa a partir o princípio que se coloca mediante como objetivo. Dispondo do entendimento de uma visão crítica, um entendimento social e suas relações.

Marx diz que: "Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado". É importante observamos detalhadamente todos os aspectos que incorporaram a história de cada parturiente, assim como se dá todo o processo de atuação do Serviço Social dentro do Hospital Municipal Vereador Hugo Braga.

3.2. Tipo de pesquisa

Para construção do trabalho de monografia exploratório foi utilizada o procedimento de pesquisa bibliográfica e documental, com o intuito de obter informações e construir um conhecimento acerca da temática, mas considerando principalmente a sua particularidade e dinamicidade na sociedade atual

Segundo Robery (2000,p.5):

A pesquisa bibliográfica constitui o ato de ler, selecionar, fichar, organizar e arquivar tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. É a base para as demais pesquisas sendo uma síntese referente ao tema abordado. Consiste em apresentar e comentar o que outros autores escreveram sobre o tema, enfatizando as diferenças ou semelhanças que existem entre os conceitos.

Dessa forma compreendemos que a pesquisa bibliográfica e documental como uma abordagem qualitativa nos permitirá apreender a singularidade dessa expressão da questão social, permitindo uma reflexão e o aprofundamento teórico que norteia a pesquisa.

3.3. Universo / Amostra da Pesquisa

O universo, a população, é o conjunto de elementos que possuem as características que serão objeto do estudo, e a amostra, a população amostral, é uma parte do universo escolhido selecionada a partir de um critério de representatividade (Vergara 1997).

Para tanto, o nosso universo era composto por sete assistentes sociais que compõe a equipe do Hospital Municipal Vereador Hugo Braga, contudo a nossa amostra é de apenas três fizeram parte da pesquisa.

As assistentes sociais do hospital unem esforços para satisfazer as necessidades do indivíduo em seu conjunto e, ao mesmo tempo, fomentar a gestão eficaz que a sociedade está demandando. Para isso, as mesmas elaboram ações baseadas na realidade vivenciada gerando espaços comuns entre as parturientes e a equipe multidisciplinar do hospital, para então

nortear respostas adequadas aos desafios enfrentados atualmente e para oferecer o melhor sistema possível a quem hoje necessita do atendimento dentro do hospital em questão.

3.4. Instrumento / Procedimento

A pesquisa deve ter um caráter pragmático, sendo um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (Gil, 1999, p.42).

Como instrumento da pesquisa para obter dos dados necessários iremos utilizar um de questionário com perguntas semi estruturadas, por meio de entrevista junto à equipe de Assistente Sociais do próprio Hospital, para que possamos obter dados relevantes referentes à contribuição do Serviço Social no combate da Violência Obstétrica.

Em tempo, utilizamos também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, sendo o documento mais importante para a análise ética de um trabalho de pesquisa. Pela nossa legislação, pois o mesmo é o documento que garante ao participante da pesquisa o respeito aos seus direitos.

4. Análise de dados

Os dados analisados foram obtidos através da pesquisa realizada no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga.

Utilizamos como instrumento da pesquisa para obter dos dados necessários um questionário com perguntas semi estruturadas, por meio de entrevista junto à equipe de Assistente Sociais do próprio Hospital, para que pudéssemos obter dados relevantes referente à contribuição do Serviço Social no combate da Violência Obstétrica.

Nesta unidade, são sete profissionais que compõe a equipe do SESO. Convidamos as sete profissionais e encaminhamos o questionário para as mesmas, contudo, só tivemos a resposta e o posicionamento de três profissionais, sendo assim tivemos um número reduzido de reflexões acerca da realidade cotidiana na atuação profissional.

Cabe ressaltar, que na análise de dados tivemos o cuidado de construir uma reflexão sobre essa realidade vivenciada pelas profissionais respeitando o sigilo ao utilizar numeração para identificar os instrumentos, conforme foi informado no Termo de Consentimento Livre - TCLE.

4.1 Eixo 1 - A concepção de Violência Obstétrica para o Assistente social no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga localizado no município de Magé.

Entendemos a violência obstétrica como agressão, proposital ou não, praticada por profissionais da saúde contra a gestante, na gravidez, no parto ou no pós-parto, que fere a autonomia, os direitos sexuais e reprodutivos da mesma, principalmente quando os profissionais de saúde não comunicam as mulheres todas as ações que serão tomadas, conforme orienta a Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com a entrevistada 1:

“Conceito é muito amplo, mas basicamente são todos os tipos de procedimentos ou intervenção física ou psicológicas que são danosas as mulheres, agressões verbais, comentários constrangedores no que diz respeito a sua raça, religião, escolaridade, número de filhos, forma física, xingamentos, não consentimento de acompanhante, jejum, epistoma, separação do bebê após o nascimento, no caso de criança saudáveis”

Mediante os posicionamentos das profissionais que atuam na unidade, logo, entendemos que a mulher fica submetida a esses maus tratos pelos profissionais por temer dificuldades que possam intercorrer na saúde do bebê e a sua própria saúde.

A entrevistada 2:

“Atribui à questão da violência obstétrica a algum acontecimento durante a internação gestante/parturiente, no qual é ultrapassado seus direitos, fato este desrespeitoso ou contra sua vontade. Quando o agir da equipe ou da instituição é invasivo diante de seus desejos, com intervenções desnecessárias ou condutas que causam danos psicológicos e físicos na mulher. Como procedimentos médicos desnecessários, agressões verbais, privação de acompanhante, etc.”

Além disso, as maiorias das mulheres desconhecem que essa de prática é uma violência, ficando vulnerável a qualquer tipo de tratamento.

Desta forma, para a entrevistada 3,

“Considera que a violência obstétrica é uma desumanização das mulheres, são tratamentos desumanos, desrespeitos que desapropria a mulher do seu direito a um tratamento digno, inclusive para tomada de decisões na hora do seu parto”.

Trazemos a complementação de que a violência obstétrica também se caracteriza como qualquer ato que envolve abuso, desrespeito aos direitos garantidos por lei e maus tratos conferidos as gestantes e parturientes. Também esta relacionada à negação de atendimento a qualquer unidade de saúde, humilhar, ofender a mulher e seus familiares.

Diante disso, ao analisarmos os dados coletados pelas entrevistadas percebeu-se que todas reconheceram o que é violência obstétrica evidenciando que a postura do profissional frente a esta situação jamais pode ser de naturalização ou de falta de conhecimento, mas precisa ter o

comprometimento de disseminar no interior da unidade que esse tipo de prática profissional não pode ser comum nesse momento único na vida da mulher.

Mediante ao que foi exposto, se faz necessários nós refletirmos acerca da importância do trabalho com a equipe multidisciplinar para que se possam obter esclarecimentos e desconstruções acerca dessas ações que impactam a vida de inúmeras mulheres e principalmente sobre o papel do Assistente Social inserido nesse espaço, pois é um profissional que tem arcabouço teórico amplo frente às relações sociais e metodológicas para atuar frente a essas questões, por vezes a atuação profissional se torna mais difícil pelo fato do próprio profissional não se reconhecer enquanto segurador na tentativa das defesas dos direitos para a população e que e que sua parte técnica é capaz de criar ações que causem uma conscientização e inúmeras melhorias no âmbito dos atendimentos prestados dentro da unidade sendo toda ação pautada e resguardada pelo Código de Ética Profissional.

4.2 Eixos 2- Atuação do Assistente Social diante o processo de desnaturalização da prática de violência obstétrica provocada pela equipe da unidade e vivenciada pelas mulheres atendidas no hospital Municipal Vereador Hugo Braga.

O profissional de Serviço Social dentro da Unidade Hospitalar estabelece o acesso a todas as informações para interagir diretamente com desnaturalização dessa prática de violência que ainda não é reconhecida por todas as mulheres, pois muitas ainda possuem a tradição associada que todo nascimento tem dor e sofrimento. Assim, quando algumas mulheres são vítimas de violência obstétrica tendem a pensar que “é assim mesmo”, que não existem outros modos respeitosos possíveis para este momento logo, os desafios residem em transmitir informação, em reeducar a sociedade, em atuar para dar suporte às mulheres dentro da maternidade para não sofrerem tal violência.

“Em tempos de naturalização das expressões da Questão Social e a emergência de novas expressões, dois movimentos se destacam: o processo de socialização de informações e a instigação de reflexão sobre a realidade social, visando construções coletivas que apontem para uma efetiva emancipação humana. Como afirma Yamamoto (2000, p. 114) ”.

A profissão e os profissionais do Serviço Social vêm construindo respostas aos desafios e às demandas do contexto adverso, buscando instrumentos que sejam efetivos no processo de trabalho. Esses são entendidos como: “Um conjunto de princípios, procedimentos, métodos, técnicas, habilidades e atitudes que adquirem seu sentido, coerência

e integração face às finalidades próprias e específicas do Serviço Social”. (CARVALHO, 1977, p.5). Um dos desafios enfrentados pelo assistente social no seu cotidiano refere-se justamente a desnaturalizar práticas que são alienadas para a sociedade.

Mediante ao exposto a entrevistada 1,

Relatou que o seu maior desafio é justamente fazer essa desnaturalização da prática pois tentar mudar essa ideia que sempre foi normal ou “natural” na nossa sociedade é bem difícil dentro do hospital pois acaba fazendo com que essas mulheres não se reconheçam como vítimas e não tem esforço do resto da equipe para excluir esta visão juntamente com a profissional de Serviço Social.

O nascimento, pela sua complexidade, demanda uma visão profissional que vai além do cuidado prestado por profissionais médicos. Uma equipe multiprofissional em saúde “consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.” (PEDUZZI 2001, p. 108), ou seja, o Assistente Social precisa ter estratégias para fazer este de intensas inovações e transformações na área da saúde, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando em conjunto.

Logo, é notório ressaltar que é de suma importância toda a equipe multidisciplinar neste momento de atendimento hospitalar então a equipe do Serviço Social também tem como seu exercício diário fazer esta intercessão entre a equipe e a parturiente para ascensão de seus direitos, se pautando nisso a entrevistada 2, relata que:

No processo de desnaturalização da prática da violência obstétrica identifica como um grande desafio do profissional de Serviço Social exatamente essa ação de mediador entre a equipe (instituição) e a paciente (acompanhantes/ familiares) pois para traçar objetivos e intervir conforme a demanda apresentada pela paciente se faz necessário agir com segurança e trazer para equipe quando necessário a reflexão sobre determinado caso para alcançar a transdisciplinaridade e promover o bem-estar físico, psicológico e social da gestante/ e de seus acompanhantes.

Para executar essa intervenção é preciso que o assistente social tenha clareza das atribuições e competências do papel profissional agindo dentro das normativas do Código de Ética Profissional para não incorrer, como salienta Iamamoto (1992), pois conectados com tais princípios fundamentais definidos no Código de Ética, é possível contemplar que a defesa da humanização está arraigada na atuação do assistente social que tem como objetivo ser este intermédio e ter sua atribuição como profissional bem executado, logo, é necessário que a Assistente Social tenha muita convicção e apropriação do seu Código de Ética e persistência para realizar seu dever e fazer valer os direitos destas mulheres dentro do âmbito hospitalar. Objetivando este aspecto a entrevistada 3,

Expõe que seu maior desafio dentro dessa hierarquia dos médicos e dos demais profissionais é manter uma postura firme e energética que se faz necessário o

profissional de Serviço Social ter para desnaturalizar tal violência e outras, pois em muitos casos, essa hierarquia, se tornam uma barreira na viabilização dos direitos dos usuários.

Compreende – se então que garantia dos direitos humanos e da cidadania previsto no Código de Ética é um dos grandes desafios do Serviço Social, pois nossa práxis social visa, portanto, contribuir com a emancipação humana em prol de uma sociedade sem desigualdades e sem violência. Logo, temos o compromisso de assegurar o atendimento qualificado sendo mediador para haver um parto humanizado e integral, tendo como horizonte a construção de uma nova sociabilidade e essa transformadora deve ser crítico-reflexivo e norteada pelo nosso Projeto Ético-Político.

4.3 Eixos 3 - Atuação do Assistente Social mediante aos casos de violência obstétrica na unidade.

Visando no que tange a temática apresentada o assistente social no enfrentamento da violência obstétrica tem a função de “mediador” entre os pacientes e seus direitos à saúde como cidadãos (GUIMARÃES, 2014). O Esse profissional estabelece o acesso a essas informações, intervindo de maneira estruturada para que as parturientes e seus familiares possam ter seus direitos respeitados, através de uma prática humanizada na busca de atingir as metas estabelecidas pelos órgãos gestores em companhia da sociedade (SOUZA, 2013).

Desta forma, a entrevistada 1:

Expõe que o Assistente Social através do acolhimento social, que poderá ocorrer durante o pré-parto, pós parto e enfermaria obtêm uma escuta ativa e diálogo, onde é identificado as questões sociais apresentadas pela gestante/parturiente. Em nosso campo de atuação como Assistentes Sociais temos o dever de viabilizar direitos e participar na ampliação dos mesmos, sendo mediador na luta contra essa prática, o que se tornar um grande desafio para a profissão na atualidade, por conta da naturalização da violência obstétrica.

Salienta a entrevistada 2 :

É necessário no nosso papel de atuação, ressaltar a todo instante para essas mulheres seus direitos como parturientes e gestantes e isso é desafiador dentro desta prática de desnaturalização pois as mesmas na maioria das vezes já acham normal e não reclamam.

A concepção de uma profissão crítica contribui-se com as demais profissões esclarecendo aos diversos setores pertencentes à Política de Saúde, dando clareza quanto às competências e atribuições profissionais do Assistente Social.

De acordo com a entrevistada 3

A atuação do AS sempre será pautada na mediação do direito e da cidadania, visando a ampliação desses direitos, buscando inserir esses atores sociais no cenário

de tomada de decisões, dar voz à essas mulheres (gestantes, puérperas) como já é um grande desafio.

É notório que o profissional de Serviço Social necessita se aprofundar cada vez mais sobre todo seu arcabouço teórico, pois frente a tantos desafios se faz necessário saber fazer grandes articulações e ter clareza acerca da temática, podendo então ter maior efetivação em demandas que estão postas em seu cotidiano profissional e que mudam a todo o instante, entretanto, com base na vivência cotidiana e relato dos próprios profissionais observa-se que profissional precisa se posicionar mediante as situações e dentro do seu espaço de atuação para que todo o conjunto profissional da unidade entenda qual é o seu papel, podendo então sair da mera execução das demandas que são impostas sem a oportunidade de ter uma reflexão crítica a cerca da realidade.

Fazendo uma análise com base nas pesquisas no campo empírico, podemos perceber inúmeras dificuldades como o reconhecimento da profissão do Serviço Social para toda a equipe atuante na unidade, uma hierarquização médica presente com uma grande correlação de forças, uma autonomia regulada para efetivar as devidas ações e a falta de conhecimento a cerca da temática por parte das parturientes, sendo assim, tudo isso contribui para maiores dificuldades para uma intervenção profissional de Serviço Social mediante a essa demanda, inclusive da esfera da desnaturalização dessa prática começando principalmente pela equipe de atuação dentro das unidades públicas de saúde e se perpassa pelas puérperas que não conseguem dimensionar um ato de violência obstétrica por falta de conhecimento e esclarecimento do assunto.

Por fim, não podemos deixar de ressaltar que é existente uma grande dificuldade de se pensar em ações de enfrentamento junto a uma categoria com peso e relevância social dentro da unidade que são os médicos ainda tratar críticas ao modelo curativo, individual hegemônico, consequentemente dificulta repensar suas práticas e promover reflexões enquanto equipe, de forma que não se centralize as decisões sobre procedimentos, técnicas e saberes de forma hierarquizada, de forma que nenhuma categoria deva estar no topo desta pirâmide, e, portanto, avançar na concepção de atenção onde a gestante e a parturiente seja o centro da atenção e das práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Violência Obstétrica é uma realidade constatada na gestação, no parto e no pós-parto, porém diversas mulheres não sabem que foram, são e/ou podem ser vítimas deste tipo de violência, tal violência se dá de forma silenciada e naturalizada no âmbito da saúde. Portanto, desconhecem que estão tendo seus direitos violados. Desta forma, o objetivo primordial deste trabalho manifestou-se em conhecer a real contribuição dos assistentes sociais na desnaturalização da prática do assistente social frente aos casos de V.O dentro do Hospital Municipal Vereador Hugo Braga, a partir da compreensão do que é V.O para cada um dos profissionais.

Todos os profissionais carregam consigo uma cultura da sua profissão, uma prática cotidiana, em relação às instituições que estão inseridos, com outros profissionais e os usuários, o modo que as demandas são postas algumas mais expressivas e outras nem tanto, dado a história construída em seu determinado campo de atuação. Sendo assim, tivemos algumas dificuldades a cerca de dados baseados na vivência dos profissionais em seu campo de atuação, muitos não se propuseram a participar e outros não responderam com clareza o que se estava sendo solicitado.

Sabemos que dentro da temática o Assistente Social encontra inúmeros desafios para que possa estar atuando com um posicionamento legitimado e pautado conforme a lei que assegura as puérperas, um dos maiores desafios é perpassar a hierarquização médica que existe e se faz muito comum em diversos espaços de saúde principalmente o público. Mediante a isso, por vezes o profissional perde grande parte de sua autonomia profissional deixando de efetivar suas ações para que não haja “desconfortos” dentro do ambiente de trabalho ou inúmeros casos não passam nem pela ciência do Assistente Social.

Dentro desse contexto ainda se tem um agravante maior e crucial frente a essa temática, mediante a toda coleta de dados e vivências dentro do campo empírico identificamos um déficit de conhecimento entre as próprias puerperas a cerca do que se configura em ações e práticas de violência obstétrica, se dando pela falta de acesso a essas informações, as mesmas que são silenciadas por vezes pela equipe para que não haja um embate direto com a unidade hospitalar.

É necessário ressaltar que a unidade tem estrutura para oferecer um atendimento de qualidade e atender as demandas de violência obstétrica que surgirem, porém ainda há uma grande necessidade de desconstruir sobre pré-conceitos a cerca da temática, porém, é válido ressaltar a primordialidade de acrescentar debates e estudos com toda equipe multidisciplinar da unidade. Para que durante atos que se configuram V.O de fato possa existir ações que

venham combater desde o momento que for declarado a órgãos de gestão de saúde, pela equipe que atua diretamente com essas mulheres.

Infelizmente nos últimos meses nós sofremos um retrocesso no que tange em seguridade de direitos, de acordo com o site do G1 o conselho de medicina juntamente com o Ministério da saúde declararam que o termo violência obstétrica é inadequado e deixará de ser usado pelo governo atual. Dentro da matéria o Dr. Alberto Guimarães reforça: “Há uns quatro ou cinco anos começou a aparecer esse tema de 'violência obstétrica'. Claro que para os médicos é um nome pesado: ninguém se formou para ser violento”.⁷

Dentro de todo esse contexto podemos perceber que toda essa temática tem causado grandes desconfortos em todos os âmbitos, porém quando se é vetado uma nomenclatura consequentemente se desfaz inúmeras políticas públicas que venham resguardar os direitos de todas as mulheres. A violência obstétrica é uma realidade dura que inúmeras mulheres vivenciam e sofrem, não adianta retirar um termo se as condutas médicas e de toda equipe que compõe os hospitais não forem mudadas.

Os Assistentes Sociais precisam enxergar que essa luta não se restringe somente a gestante, mas sim a toda classe do Serviço Social que atua diretamente na defesa intransigente do direito dos usuários, se faz necessário exercer diariamente uma crítica e autocrítica tanto profissionalmente quanto, pessoal do local que está inserido para que não apresente uma prática superficial. Com isso, sabemos que toda essa prática cotidiana faz parte de uma construção da imagem social que o profissional tem em relação ao senso comum.

Por fim, entendemos que além do âmbito profissional, a temática deve-se estar presente no cotidiano em âmbito universitário com debates e ações de mobilização frente aos casos de V.O, pois é na formação profissional que se começa uma desconstrução da desnaturalização e uma luta constante pela garantia dos direitos até que esse profissional chegue ao mercado de trabalho.

⁷ Reportagem do G1 sobre as novas mudanças de nomenclatura <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>

Referência Bibliográfica

ALBUQUERQUE, Aline. **Direito dos Pacientes**. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/viewFile/450/507%20http://www.cofen.gov.br/violencia-obstetrica-e-realidade-em-muitas-maternidades-brasileiras_67626.html>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. (org.) **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/municipalização do SUS**. 1 Ed. São Paulo: EDUSP, 2001. Site Institucional-História. Disponível em: Acesso em: 02 de dezembro de 2016.

_____. M. F. ET al. Sistemas de Informação e Mortalidade Peri natal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 9, n. 1, p. 56-68, Mar. 2006.

_____. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Ipea.: [s. n.], 1998.

BRUYNE. **METODOLOGIA**. 1991. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9443/9443_4.PDF>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 48. Ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015

_____. Ministério da Saúde. **CONHEÇA A REDE CEGONHA**. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/vivamaissus/sausedamulher_interna.html>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Lei n.11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Seção I, p.2.

_____. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.67, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1

_____. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015..** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm>. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. **Senado federal**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/hpsenado>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. **Você sabe o que é violência obstétrica?**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Organizações Sociais na atenção à saúde: um debate necessário. Apresentação de trabalho na VI Jornada de Políticas Públicas, UFMA, 2013.

_ Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas Sociais e Práticas Profissionais. Cortez, São Paulo, 1996.

BRIQUET, R. Obstetrícia Normal. Barueri: Manole, 2011.

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

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

COMPROMISSO E ATITUDE LEI MARIA DA PENHA. **Feminicídio: a última etapa do ciclo da violência contra a mulher, por lourdes bandeira.** Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/feminicidio-a-ultima-etapa-do-ciclo-da-violencia-contra-a-mulher-por-lourdes-bandeira/>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

CRESS RN. **Serviço social e pesquisa: o método marxiano de investigação e o enfoque misto.** Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/vz733f30vyv048tuld0.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 28 de fevereiro de 2013.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL — CREES 12 0 REGIÃO. Caderno de Texto: Violência contra a Mulher. Florianópolis, 2003.

_ Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994

Comitê de Estudos de Morte Materna de São Paulo .Relatorio de Atividades do Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna de São Paulo; Secretária de Estado da Saúde de São Paulo ;1991

FARIA, M. e NOBRE, M. Gênero e Desigualdade. São Paulo: SOF, 1997. p. 09 — 33 (Coleção Cadernos Sempreviva).

LUCCHESI, Patrícia T. R. (coord.) Políticas Públicas em Saúde Pública. São Paulo: IBIREME/OPAS/OMS,2002

MARX, K. e ENGELS,F. A Ideologia Alemã. SP: Hucitec, 1993

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos de Sistema Único de Saúde: resultados e desafios . Estudos Avançados, 27 (78), p. 27-34,2013.

MARTINELLI, Gabriela Rodrigues Flávia; MARTINELLI, Flávia. **NÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**. 2018. Disponível em: <<https://agenciapatriciagalvao.org.br/destaques/nao-a-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

MARTINS, Elizabete et al. **Parto humanizado: um direito a ser respeitado**. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direi- prático de preparação para o parto da mulher tos das gestantes. 2000. Disponível em: . Acesso em março de 2019

PACIORNIK, Moyses. A assistência ao parto: enfermagem --, família. Nursing, v. 2, n. 17, p. um inquérito. [S.l.; s.n.], 1986. (apostila)

PAIVA, Fernando S.;STRALEN, Cornelis J. Van; COSTA, Pedro H. A. da. Participação social e saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva

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

REGINA, Maura Modena. **Conceitos e formas de violencia** . Caxias do Sul: Org, 2016. 10 p. Disponível em: <https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf>.

Relatório da Oficina Estadual de Construção dos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”. 2010

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. Porto Alegre, n. 20, v. 2, p. 71 — 99, jul — dez, 1995.

SCIELO. **Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2018.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saude soc., São Paulo , v. 17, n. 3, p. 138-151, Sept. 2008. Disponível em: . Acesso em: 09 Set. 2017.



APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Qual é sua concepção de Violência Obstétrica?

1. Quais são os desafios enfrentados pelo Serviço Social no processo de desnaturalização da prática da Violência Obstétrica provocada pela equipe contra as mulheres grávidas atendidas na unidade?

2. Qual atuação do Assistente Social mediante aos casos de violência obstétrica na unidade?

ANEXO – A TERMO DE CONSENIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Qual a contribuição da prática do Assistente Social no enfrentamento da violência obstétrica vivenciado pelas mulheres atendidas no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga?

Você foi selecionado através de sua formação acadêmica e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

- Identificar a concepção de Violência Obstétrica para o Assistente social.
- Identificar os limites e possibilidades para a atuação do Assistente Social mediante os casos de violência obstétrica na unidade
- Identificar os desafios para a desnaturalização da prática da violência obstétrica provocada pela equipe da unidade e vivenciada pelas mulheres atendidas.
- Compreender atuação do Assistente Social mediante frente aos casos de violência obstétrica na unidade

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista semiestruturada, através do preenchimento de um roteiro. Os riscos da sua participação nessa pesquisa podem se configurar no incômodo em compartilhar informações pessoais e confidenciais, mas caso não se sinta à vontade pode ser recusar a não participar da mesma ou não responder alguma pergunta.

Os benefícios relacionados com a sua participação é compreender melhor a contribuição do Assistente Social no enfrentamento da violência obstétrica na unidade apresentada

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor(a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Erica Silva (orientadora), Larissa Barreto Gonçalves,

Thamiris Marinho de Souza e Lorena Santos de Medeiros no e-mail: larissa.goncalves@unigranrio.br, erica.silva@unigranrio.edu.br e notelefone (021) 99373-0900 – Larissa, (021) 96454- 6071- Erica.

Pesquisador Responsável (orientadora)

Pesquisadora

Pesquisadora

Pesquisadora

Pesquisadora

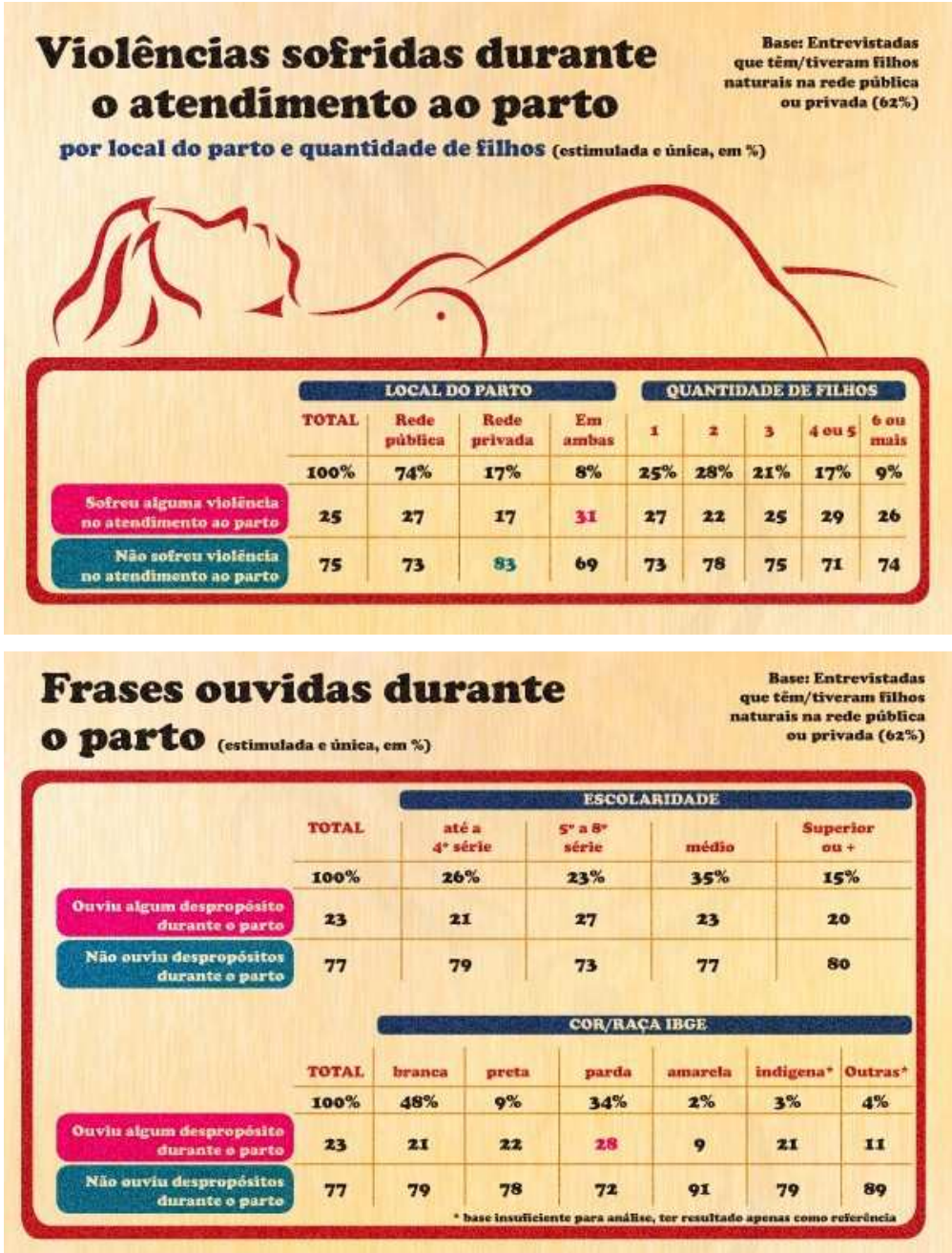
Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20__.

Sujeito da pesquisa

ANEXO B - Violência sofrida durante o parto atendimento ao parto



ANEXO C - Violência Obstétrica- A saúde e a vida das mulheres



ANEXO D - Exemplos de violência obstétrica

Exemplos de violência

Na gestação

- Negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde é realizado o acompanhamento pré-natal.
- Dirigir comentários constrangedores à mulher por sua etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, situação conjugal, orientação sexual, número de filhos ou qualquer outra razão.
- Ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família.
- Negligenciar o atendimento de qualidade.
- Agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo interesses e conveniência do médico, baseada em mitos como: bebê muito grande, muito pequeno ou passando da hora; falta de espaço para passagem do bebê (porque a mãe tem baixa estatura ou quadril estreito); cordão enrolado no pescoço; pé do bebê "preso na costela" da mãe; pouco líquido amniótico; cesariana anterior; deficiência ou mobilidade reduzida; falta de contrações ou de dilatação fora do trabalho de parto; doenças como hemorroidas, hepatite, cardiopatia etc.

No parto e puerpério (logo após o parto)

- Recusar a admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito).
- Impedir a entrada na sala de parto do acompanhante escolhido pela mulher.
- Realizar procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico sem a autorização dela. Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas; privação de alimentos e líquidos (alegando uma possível futura necessidade de cesariana); episiotomia (corte na vagina para ampliar a área de atuação do profissional); imobilização; uso de fórceps; manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mãe durante o parto para expulsar o bebê, procedimento proibido pela Organização Mundial da Saúde); analgesia peridural (nem sempre necessária e feita sem permitir que antes a mulher tente métodos não farmacológicos de alívio da dor); romper artificialmente bolsa amniótica.
- Obrigar a parturiente a ficar deitada e não permitir que ela caminhe durante o trabalho de parto para que a gravidade possa ajudar a descida do bebê.
- Dizer ou fazer algo que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança.
- Ameaçar a mulher de não atendê-la se ela gritar.
- Fazer cesariana (que aumenta em três vezes o risco de morte para a mulher) sem indicação clínica e sem consentimento da mulher.
- Impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto.
- Impedir o alojamento conjunto da mãe com o bebê, levando o recém-nascido para berçário por conveniência da instituição.
- Impedir ou dificultar o aleitamento materno.

No atendimento em situações de abortamento

- Negar ou demorar o atendimento à mulher em situação de abortamento.
- Questionar a mulher se a perda do bebê foi intencional ou não.
- Realizar procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento ou sem anestesia.
- Ameaçar, acusar e culpar a mulher, ou coagi-la a confessar que provocou o aborto para denunciá-la à polícia.

Fonte: Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública de São Paulo e Associação Artemis