FACULDADE EDUFOR

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um estudo sobre as estratégias de intervenção profissional

SÃO LUÍS - MA

2023

LUCIANA CRISTINA REIS SOARES FURTADO

O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um estudo sobre as estratégias de intervenção profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Edufor do Curso de Serviço Social, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.ª Ma. Enaire de Maria Sousa da Silva

SÃO LUÍS - MA

2023

F992s Furtado, Luciana Cristina Reis Soares

O serviço social e a violência obstétrica: um estudo sobre as estratégias de intervenção profissional / Luciana Cristina Reis Soares Furtado — São Luís: Faculdade Edufor, 2023.

78 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (SERVIÇO SOCIAL) — Faculdade Edufor - São Luís, 2023.

Orientador(a) : Enaire de Maria Sousa da Silva

1. Violência obstétrica. 2. Serviço Social. 3. Maternidade. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS CDU 36:342.7(100)

LUCIANA CRISTINA REIS SOARES FURTADO

O SERVIÇO SOCIAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um estudo sobre as estratégias de intervenção profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Edufor do Curso de Serviço Social, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

São Luís/MA, _____de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Enaire de Maria Sousa da Silva
Mestra em Desenvolvimento Socioeconômico (UFMA)
Orientadora

_____

Profa. Ayllana Cristina Rabelo Silva
Mestra em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)

_____

Profa. Izamara Nunes Sousa
Mestre em Desenvolvimento Socioespacial e Regional (UEMA)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a quem desde o princípio me deu forças e me ajudou nesse processo tão difícil. Uma passagem bíblica que sempre menciono em cada etapa da minha vida é "EBENÉZER" que significa: até aqui nos ajudou o senhor! (1 Samuel 7:12). Quero agradecer a Deus por mais essa etapa, por até aqui ter me sustentado, por ter me dado forças pra continuar lutando mesmo sabendo que não seria nada fácil. Enfim, sou eternamente grata a Deus!

Em especial, dedico este trabalho ao meu pai, José Shirley, pois foi ele quem me incentivou a cursar Serviço Social. Queria tanto agradecê-lo pessoalmente e ouvir o quão orgulhoso ele está de mim, mas infelizmente não é da forma que queremos. Estou concluindo mais essa etapa, mas só Deus sabe o quanto eu pedir forças pra não desistir, do quanto eu pensava no meu pai e mesmo com o peito doendo de tanta saudade, eu pedia forças a Deus para continuar.

Ah, como eu gostaria que ele estivesse presente aqui, chorando de felicidade junto comigo. Acredito que antes de Deus levá-lo, Deus sabia até onde eu iria suportar, do quanto isso me deixaria mais forte. Não foi fácil, mas até aqui o senhor tem me ajudado. Enfim, obrigada, papai, pelos últimos anos que passamos juntos, por cada viagem, por cada conversa, e por cada demonstração de carinho. Sinto sua falta todos os dias, especialmente em momentos como este, em que gostaria de compartilhar minhas conquistas com você. Saiba que pra sempre serei o seu maior orgulho. Você continuará vivo em meu coração e em cada conquista em que eu for alcançar. Eu te amo eternamente!

Quero também dedicar este trabalho à minha mãe Hildelene Reis, e quero também agradecê-la por tudo, pois foi ela que sempre me deu suporte desde o início. Lutou e luta até hoje para nos dar o melhor. Ela sabe o quanto eu tenho orgulho da mãe e da super avó que ela é. Passamos por tantas coisas juntas, tantas perdas, por tantas mudanças, tantas fases difíceis, mas somos a prova viva de que Deus sempre esteve conosco em cada etapa. Saiba mamãe, que eu te amo muito e vou continuar te dando muito orgulho. Obrigada por tudo!

Eu não poderia deixar de mencionar uma pessoinha que desde o início também tem me dado coragem para concluir essa etapa, o meu filho Emanuel. Que até antes de saber o sexo, Deus já havia me mostrado que seria “Deus conosco”.

Filho, apesar de ainda não tê-lo em meus braços, saiba que até mesmo aqui dentro você tem sido a minha grande fortaleza. Obrigada, filho!

Sou grata também a Deus pelas amigas que ele me presenteou durante a faculdade. A primeira amiga que tive a oportunidade de conhecer foi Mileide Valentim. Ah, temos tantas histórias pra contar, passamos por tantas fases juntas, mas aqui estamos nós, vencendo mais essa etapa com muito choro. As minhas outras amigas também, Amanda Macedo, Brenda Mendes, Milena Neves e Carmen Luiza. Sabemos que durante todos esses anos não foi nada fácil, mas sempre estivemos juntas, apoiando umas as outras. Obrigada, meninas! Vocês foram essenciais em todas as fases da minha vida, não tenho nem palavras para expressar a gratidão que sinto por vocês.

Ah, e também eu não poderia deixar de mencionar a pessoa que me deu total suporte nesses meses. Eu sempre acreditei que Deus sempre coloca pessoas certas em momentos certos na nossa vida, e ele colocou uma pessoa que eu tenho certeza também que se não fosse por ela, eu não teria conseguido. Sou grata pela sua vida Milena Cordeiro, que apesar de pouco tempo, tornou-se essencial nesse processo de conclusão. Obrigada por tanto!

E por fim, quero agradecer a todos os meus professores da Faculdade Edufor, que também foram essenciais durante todo esse processo da faculdade, e todos aqueles que contribuíram de alguma forma, para a realização deste trabalho, em especial a minha orientadora Enaire de Maria.

Dedico este trabalho ao meu pai e à minha mãe, que foram os pilares fundamentais para a minha jornada acadêmica. Dedico este trabalho a vocês como uma forma de gratidão e reconhecimento por tudo que fizeram por mim.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Experiência do parto e participação dos profissionais de saúde 61
Gráfico 2 - Informações sobre os procedimentos realizados …….. 61
Gráfico 3 - Tratamento profissional durante o parto e/ou puerpério 62
Gráfico 4 - Tratamento durante o puerpério ……..…….....63
Gráfico 5 - Acompanhamento psicológico ……..…….....63
Gráfico 6 - Violência física durante o parto e/ou puerpério 64
Gráfico 7 - Intervenções médicas desnecessárias 65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AS - Assistente Social

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEAS - Centro de Estudos e Ação Social

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação de Leis Trabalhistas

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

ENESSO - Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

LBA - Legião Brasileira de Assistência

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEP - Projeto Ético Político

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI - Serviço Social da Indústria

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

VO - Violência obstétrica

RESUMO

Este estudo é resultado de uma breve discussão acerca da atuação do assistente social no combate à Violência Obstétrica. O objetivo geral deste trabalho voltou-se para identificar os aspectos da intervenção profissional do assistente social que contribui no combate à Violência Obstétrica no âmbito das instituições de saúde, e os objetivos específicos se delimitaram em discutir os principais aspectos sócios históricos que permeiam a situação de desigualdade na qual vivem as mulheres brasileiras; voltou-se a suscitar a discussão referente à maternidade no Brasil e seus recortes de classe e raça; e mensurar as ações profissionais que se apresentam como estratégias de combate à VO no âmbito da intervenção do Serviço Social nas unidades de saúde. Para a elaboração da pesquisa, a metodologia se direcionou para a pesquisa de campo, de cunho exploratório e explicativo. Posto isto, para a concretização da pesquisa de campo, foi possível entrevistar uma assistente social que atua em uma maternidade pública no Município de Paço do Lumiar (MA), essa participação ocorreu de forma remota, via *Google Meet* no dia 13 de Junho de 2023*.* Foi utilizada também a ferramenta do *Google Forms,* essa pesquisa online ocorreu durante os dias 12 e 13 Junho de 2023 para a elaboração das perguntas voltadas para as experiências das mães com a instituição de saúde. Por fim, na pesquisa de campo, também teve a participação de três mães que aceitaram ser entrevistadas para relatar sobre a sua experiência em relação a VO, a entrevista foi realizada pelo *Whatsapp* durante os dias 14 a 16 de Junho de 2023. Quanto aos resultados, percebe-se que a atuação do assistente social no combate à Violência Obstétrica é de suma importância, uma vez que esse profissional desempenha um papel fundamental na garantia dos direitos e no bem-estar das mulheres. Por meio de abordagens integradas e interdisciplinares, o assistente social contribui para a conscientização e prevenção desta problemática, promovendo uma assistência digna e humanizada às mulheres durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto. Observou-se com a pesquisa de campo, que os impactos da VO afeta diretamente a saúde da mulher de forma negativa para a sua saúde reprodutiva e sexual, causando-lhe danos psicológicos e físicos.

Palavras-Chaves: Violência Obstétrica. Serviço Social. Maternidade.

ABSTRACT

This study is the result of a brief discussion about the role of the social worker in combating Obstetric Violence. The general objective of this work was to identify aspects of the professional intervention of the social worker that contribute to the fight against Obstetric Violence within the scope of health institutions, and the specific objectives were limited to discussing the main socio-historical aspects that permeate the situation of inequality in which Brazilian women live; raise the discussion regarding motherhood in Brazil and its class and race profiles; and measuring the professional actions that are presented as strategies to combat OV within the scope of Social Work intervention in health units. For the elaboration of the research, the methodology was directed to the field research, of exploratory and explanatory nature. That said, to carry out the field research, it was possible to interview a social worker who works in a public maternity hospital in the Municipality of Paço do Lumiar (MA), this participation took place remotely, via Google Meet on June 13, 2023 The Google Forms tool was also used, this online survey took place during the 12th and 13th of June 2023 for the elaboration of questions focused on the mothers' experiences with the health institution. Finally, in the field research, there was also the participation of three mothers who agreed to be interviewed to report on their experience in relation to OV, the interview was carried out by Whatsapp during the 14th to 16th of June 2023. As for the results , it is clear that the role of the social worker in the fight against Obstetric Violence is of paramount importance, since this professional plays a fundamental role in guaranteeing the rights and well-being of women. Through integrated and interdisciplinary approaches, the social worker contributes to awareness and prevention of this problem, promoting dignified and humanized assistance to women throughout the pregnancy, delivery and postpartum process. It was observed with field research that the impacts of VO directly affect women's health in a negative way for their reproductive and sexual health, causing psychological and physical harm.

Keywords: Obstetric Violence. Social service. Maternity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO …….. 12

2.2 LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL …….. 17

2.1 Trajetória do Serviço Social: dos primórdios da profissão ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social ……..……. 17

2.2 A profissão na contemporaneidade: competências e atribuições a partir da década de 1990 ……..…….. 30

3 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DE DESIGUALDADE DAS MULHERES BRASILEIRAS: um olhar voltado à Violência Obstétrica …… 38

3.1 Maternidade no Brasil e Violência Obstétrica ……..…… 38

3.2 Recorte e levantamento de dados referentes à Violência Obstétrica no Brasil ……..……..…… 44

4 ASPECTOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL QUE CONTRIBUEM NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE …….. 52

4.1 Desenho metodológico da pesquisa de campo …..……..… 52

4.1.2 Perfil das mães entrevistadas 53

4.2 A atuação do Assistente Social como parte de uma equipe multidisciplinar, na promoção de uma assistência integral e humanizada ……..…… 55

4.3 “A realidade do ciclo puerperal: depoimentos de mães sobre a violência obstétrica no acompanhamento do parto e pós-parto"……..……..... 59

4.3.1 Reflexões de mães que vivenciaram a VO …….…….. 66

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS …….…….. 69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ……... 71

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA ……... 78

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA ……... 79

1 INTRODUÇÃO

Este estudo aborda acerca da atuação do assistente social e suas principais estratégias de intervenção frente ao combate a Violência Obstétrica dentro das maternidades públicas e privadas, apontando as dificuldades e os principais instrumentos de trabalho que são utilizados pelo profissional para uma efetiva garantia de direito dessas mulheres, com o olhar voltado para a prevenção e erradicação dessa problemática.

Considera-se este tema de relevância, considerando que o principal objetivo dessa temática é entender o que é a violência obstétrica e a importância da atuação do assistente social no seu combate, visando as suas estratégias de intervenção profissional. Sabe-se que na atualidade ainda é um dos desafios que esses profissionais enfrentam todos os dias para garantir a efetivação de direitos, principalmente quando se trata dos direitos das gestantes e parturientes.

Posto isso, esse tema colabora com a disseminação dos principais direitos fundamentais que a mulher possui, que vão desde o pré-natal, momento do parto e pós-parto, com práticas que não violem a saúde da mulher e do recém-nascido. Tema este que precisa ser discutido, pois são violências que estão ligadas diretamente à raça, gênero e a classe social a qual essas mulheres fazem parte, que se apresentam em níveis de desigualdades.

Essa temática mostra também à importância do assistente social na área da saúde e o quanto a atuação desse profissional tem se evoluído mesmo em meio aos grandes desafios. Assim, a sua atribuição e competência não abrange somente o âmbito da saúde, mas em todas as áreas que precisa da atuação do assistente social. É importante também citar o quanto a profissão vem se transformando frente às várias expressões da questão social nos diferentes campos de atuação, pautados sempre no Código de Ética Profissional.

Logo, é de grande importância debater sobre a Violência Obstétrica, construindo assim formas de garantir meios de prevenção para que não ocorra o aumento de casos da violência obstétrica, Visto isto, tornam-se necessárias estratégias para o repasse de informações para que tenham conhecimento sobre essa temática que na atualidade é um fato que ocorre frequentemente nas maternidades públicas privadas. Sendo assim, necessita-se investigar e buscar meios para que os direitos da mulher não sejam ainda mais violados, fazendo com

que tenham conhecimentos necessários acerca dos seus direitos, entendendo que a sua saúde mental e física deve ser priorizada. Há uma grande necessidade de se aprofundar ainda mais na temática, e entender os principais desafios que são postos todos os dias aos assistentes sociais no seu âmbito de trabalho.

Desta maneira, o Serviço Social exerce um papel importante na sociedade. Desta forma, este presente trabalho tende a enaltecer a importância da atuação do assistente social no combate a Violência Obstétrica. Visto isto, em seu processo histórico, o trabalho de parto era uma atividade exclusivamente feita por mulheres chamadas de parteiras ou assistentes de partos, porém no decorrer da trajetória a mulher passou a ter a necessidade de ter o bebê em um ambiente hospitalar, por conta das complicações ocorridas durante o trabalho de parto (ZANARDO *et al.,* 2017). Entretanto, o local onde a mulher deveria se sentir segura, infelizmente virou um cenário de incertezas, transformando-se em um momento traumático para a mulher.

Nesse contexto, Teixeira (2006, pág. 741) enfatiza que “a parturição no ambiente hospitalar transformou-o em um evento médico e medicalizado, solitário e despersonalizado”. Portanto, cabe mencionar que no Brasil, a Violência Obstétrica ocorre frequentemente nas maternidades públicas, sendo uma temática importante para ser discutida. Em decorrência disso, cabe enfatizar o conceito da VO, que pode ser caracterizada por “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2019, s.p).

Assim, a VO se configura nesse processo como mais um tipo de violência contra a mulher, não só por desigualdade de gênero, mas também por fatores econômicos e raciais, onde a mulher tem seus direitos violados durante o parto ou após o parto, tendo como sequelas danos físicos e psicológicos, ao ponto da mulher não reconhecer que está sendo vítima de uma violência. Essas práticas que configuram a violência obstétrica são diversas, desde negar atendimento à gestante, xingamentos, impedi-la de escolher a forma do parto, negar o direito a um acompanhante, fazer qualquer tipo de pressão psicológica que afetem a mulher ou o recém-nascido, dentre outras (DELFINO, 2016).

Outra violação de direitos existente praticada por profissionais da saúde é de mulheres que estão em processo de abortamento, seja espontâneo ou provocado

por ela. Onde existe a demora a ser atendida e a recusa de assistência, gerando riscos à sua segurança física, podendo provocar até a morte dessa mulher (MAGALHÃES, 2020).

Destarte, a violência contra a mulher, sendo uma forma de violência de gênero, afeta mulheres pelo simples fato de serem do sexo feminino. Esse tipo de violência é decorrente de uma cultura patriarcal, resultado de uma criação que tratava a mulher como inferior, sem escolha para a prática de seus atos, submetendo-se a sua figura patriarcal. Essa violência baseada em gênero reflete relações de poder historicamente desiguais. Outra forma de violência é a discriminação por raça.

No Brasil, ocorre principalmente contra a pessoa negra. Segundo os estudiosos a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica (MAGALHÃES, 2020). Posto isso, é importante destacar que as maiores vítimas dessa VO são mulheres menos instruídas e negras - interseccionalidade[1], praticada por profissionais da saúde ou até mesmo outros profissionais dentro das instituições de saúde.

Diante do exposto, o objetivo geral da pesquisa se voltou para identificar os aspectos da intervenção profissional do assistente social que contribuem no combate à Violência Obstétrica no âmbito das instituições de saúde. Além disso, os objetivos específicos delimitaram-se em discutir os principais aspectos sócio históricos que permeiam a situação de desigualdade na qual vivem as mulheres brasileiras; suscitar a discussão referente à maternidade no Brasil e seus recortes de classe e raça; e mensurar as ações profissionais que se apresentam como estratégias de combate à VO no âmbito da intervenção do Serviço Social nas unidades de saúde.

No que corresponde aos aspectos metodológicos da pesquisa, o método adotado foi de Marx intitulado como “materialismo histórico-dialético”. Faz-se necessário justificar as formas as quais esses objetos se relacionam. Segundo Marx, o materialismo histórico-dialético busca compreender a realidade social, analisando a sociedade através das suas classes sociais. Posto isto, o materialismo histórico é baseado em transformações históricas, ou seja, fatos que ocorreram durante a trajetória que pudesse ser explicado durante o seu acontecimento histórico, já o

[1] Ao longo do estudo esse conceito será debatido.

materialismo dialético vai considerar que essas expressões dependem de vários fatores.

Além disso, esta pesquisa trata-se de pesquisa qualitativa, quanto a essa abordagem metodológica, Guerra (2014, p. 11) aponta que “o cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estudam ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social”.

Além disso, este estudo teve uma pesquisa bibliográfica, para coletas de dados a partir de materiais já publicados, como livros, monografias, artigos e documentos. Outro procedimento utilizado durante a pesquisa é a análise de documentos, em sites, relatórios ou documentos legais para a realização de uma pesquisa mais aprofundada, como leis, regulamentos, dentre outros.

Cabe destacar que houve uma pesquisa de campo com o/a assistente social que atua em uma Maternidade Pública no município de Paço do Lumiar, no dia 13 de junho de 2023. Para coletar os dados com a Assistente Social foi necessário utilizar um roteiro de entrevista semiestruturada, tendo em vista que se trata de uma mensuração de uma realidade que não é estática, onde foram formuladas perguntas relacionadas a essa problemática, onde foi possível identificar os aspectos da intervenção profissional que contribui no combate a essa violência no âmbito da saúde, as estratégias que são utilizadas e os desafios enfrentados dentro das instituições públicas de saúde. Outro método utilizado foi a gravação da entrevista, para posterior transcrição dentro do último capítulo destinado para a pesquisa de campo.

Além da participação de um profissional, foi importante realizar uma pesquisa com mães, e para coletar esses dados, inicialmente foi publicado no *Instagram*, um link de um formulário elaborado pelo *Google Forms*, onde contou com perguntas gerais sobre como foi a experiência de parto e o nível de conhecimento acerca da VO. A última pergunta destinou-se para saber se essas mães vivenciaram uma Violência Obstétrica e se tinham interesse de ter uma conversa mais aprofundada sobre o assunto.

Visto isso, obteve-se 52 respostas no formulário realizado pelo *Google Forms*, onde 10 mães preencheram as informações que sofreram VO, e assim, 03 mães aceitaram conversar e repassar informações e reflexões acerca da situação que vivenciaram. Essa pesquisa online ocorreu entre os dias 12 e 13 de junho de 2023 e as entrevistas com as 03 mães, durante os dias 14 a 16 de junho de 2023.

Quanto à estruturação deste estudo monográfico, está dividido em 03 capítulos, onde o primeiro remete sobre **“O LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL”**, onde aborda sobre a gênese do Serviço Social no Brasil e os acontecimentos históricos aos quais levaram o surgimento da profissão no país.

O segundo capítulo, intitulado **“OS ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DE DESIGUALDADE DAS MULHERES BRASILEIRAS: UM OLHAR VOLTADO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”**. Aborda acerca da Violência Obstétrica que está relacionada à desigualdade de gênero e a discriminação de raça, uma vez que reflete a objetificação do corpo feminino, o controle sobre as escolhas reprodutivas e a falta de autonomia das mulheres em relação aos seus próprios corpos.

O terceiro capítulo, intitulado “**ASPECTOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL QUE CONTRIBUEM NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE”**, é voltada para a pesquisa de campo, onde aborda a metodologia da entrevista e informações sobre a atuação do profissional no combate à VO. Destaca-se também a importância do trabalho do assistente social no campo da saúde, como parte de uma equipe multidisciplinar. E por fim, apresentam gráficos e relatos de mães que passaram pelo processo de parto, compartilhando suas experiências com a instituição de saúde.

2 LEVANTAMENTO SÓCIO-HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O intuito desse capítulo é explanar sobre a gênese do Serviço Social no Brasil e os acontecimentos históricos aos quais levaram o surgimento da profissão no país. Primeiramente, se faz necessário entender o contexto ao qual levou o surgimento do Serviço Social no Brasil e o seu processo histórico, fazendo um breve resumo partindo desde o seu princípio.

2.1 Trajetória do Serviço Social: dos primórdios da profissão ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina

O Serviço Social surgiu no início do século XX, em meio a um processo de industrialização e urbanização no país, ligado a uma conjuntura econômica que foi estabelecida nesse período, em um contexto de mudanças sociais, políticas, que impactaram significativamente a vida das pessoas. Nesta época, as indústrias dos grandes centros urbanos começaram a necessitar de mão de obra qualificada e, com isso, durante o processo de industrialização, observa-se, cada vez mais, o aumento da qualificação e da força de trabalho (REISDÖRFER, 2013).

Posto isto, surgem às máquinas, que irão fabricar produtos em um menor tempo de produção e grandes quantidades, ou seja, havendo uma troca do homem em relação à máquina, pois as máquinas irão trabalhar para fabricar um maior número de produtos e o trabalhador passa a desempenhar somente um papel de coadjuvante, sendo um mero “operador de máquina”. Sendo assim, este trabalhador não perde seu lugar, mas se coloca a serviço da máquina onde passa a ser uma mão de obra massificada e explorada. Por meio disso, na medida ao qual este trabalhador desempenha essa função, surge então um aumento significativo de pessoas com mão de obra explorada, e enquanto outras a procura de empregos, pois exige do indivíduo conhecimento e qualificação para a fabricação de determinados produtos (REISDÖRFER, 2013).

> [...], parte da mão de obra passa a ser supérflua porque, com o trabalho potenciado, a parcela da classe trabalhadora em atividade torna-se suficiente para efetuar a massa de trabalho anteriormente produzida por toda a mão de obra empregada. [...], a diminuição do trabalho [...] significa a criação de uma super população crescente, desprovida não só de todos os recursos, mas também dos meios de procurar trabalho. Não podendo sobreviver de seu trabalho, enquanto está impossibilitada de realizá-lo, sua

> existência passa a depender da renda de todas as classes (IAMAMOTO, 2005, pág. 71-72).

Com o aumento do desemprego, a classe operária ficou à mercê dos problemas, como por exemplo, pela falta de condições mínimas de sobrevivência, sem acesso a saúde, a educação, habitação, alimentação, dentre outras, ocasionando um nível de pauperização que era latente na época. É nesse contexto que os movimentos sociais começam a se apresentar, surgem como segmentos do mundo do trabalho, que logo após torna-se uma ameaça para o capital, criando uma certa resistência através de várias ondas de manifestações em prol de melhores condições de vida e trabalho, impactando diretamente o Estado que precisou pensar em políticas sociais, como forma de desenvolver ações e oferecer benefícios que pudessem diminuir essas desigualdades estruturais causadas por esse processo, com uma perspectiva de diminuição dessas reivindicações e para manter o "controle social" (YASBEK, 2021, pág. 19). Além disso, Netto (2010, pág. 143) afirma que:

> [...] começam a cristalizar-se reivindicações referenciadas a categorias específicas (negros, mulheres, jovens), à ambiência social e natural (a cidade, o equipamento coletivo, a defesa dos ecossistemas), a direitos emergentes (ao lazer, à educação permanente, ao prazer) etc. Nas suas expressões menos consequentes, estes movimentos põem em questão a racionalidade do Estado burguês e suas instituições; nas suas expressões mais radicais, negam a ordem burguesa e o seu estilo de vida. Em qualquer dos casos, recolocam em pauta as ambivalências da cidadania fundada na propriedade e redimensionam a atividade política, multiplicando os seus sujeitos e as suas arenas.

É lógico que, com o aumento dos movimentos sociais, fez-se necessário a atuação de profissionais que atendessem as demandas apresentadas, pois surgem problemas de ordem social, como: a exploração de mão de obra, miséria, crescimento da pobreza, dentre outros. Destarte, o Serviço Social nasce ligado ao modo de produção capitalista a partir da exploração de trabalho, fundada como uma forma de apropriação da riqueza totalmente produzida pelo proletariado, onde produzem a riqueza e os capitalistas se apropriam dela, sem ao menos usufruir de melhores condições de trabalho e de vida, tornando o seu trabalho uma forma de sobrevivência, transformando-o em um cenário de desigualdades sociais e que deixam de forma ainda mais latente as expressões da questão social (SANTOS *et al.,* 2013).

> O Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento Industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes - a constituição e expansão

> do proletariado e da burguesia Industrial - e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder do Estado em conjunturas históricas específicas. É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada “questão social”, a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, pág. 83).

Diante deste cenário, a massa trabalhadora que enfrentava essas desigualdades começou a realizar várias manifestações. Essa luta estava centrada em salários dignos, proibição do trabalho infantil, diminuição da jornada de trabalho, direito as férias e seguro contra acidentes, deste modo, pelo reconhecimento do valor do trabalho, fato que, consequentemente, se tornou uma possível ameaça ao capital por conta das reivindicações.

Assim, o Estado precisou urgentemente se posicionar frente a essas greves e manifestações buscando uma forma de controle social. A criação de políticas sociais e de instituições assistenciais foi uma estratégia para diminuição desses conflitos de classe como parte da ação do Estado para responder a “questão social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005). Os autores ainda pontuam que:

> A exploração abusiva a que é submetido- afetando sua capacidade vital- e a luta defensiva que o operariado desenvolve desaparecerão, em determinado momento, para o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça aos seus mais sagrados valores, “a moral, a religião e a ordem pública”. Impõe-se, a partir daí, a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, pág. 134).

O Serviço Social teve suas origens no contexto do desenvolvimento capitalista e do agravamento da expressão da questão social. Nesse contexto, uma série de medidas foram implementadas como uma forma de enfrentamento dessas expressões. Foram implantadas políticas sociais ligadas à previdência social e a reorganização dos serviços tais como: saúde, educação, habitação e assistência. Posto isto, o trabalho do assistente social era desenvolver sua prática profissional com vistas a atender as necessidades da classe operária (MONTIBELLER, 2017).

Assim, a gênese do Serviço Social remonta a uma prática da assistência social voltada a ações filantrópicas, com características de trabalho assistencialista, voltadas à caridade. Pode-se dizer que a profissão surge vinculada no seio da Igreja Católica com uma visão assistencialista e de caráter conservador. Visto isso, o Serviço Social, então, se institucionaliza como profissão a partir do momento em que se acentuam os problemas surgidos com a industrialização e o capitalismo. As

tensões sociais se tornam mais graves, gerando altos níveis de desigualdades sociais e econômicas, relacionado com os efeitos políticos, sociais e populistas do governo de Getúlio Vargas (REISDÖRFER, 2013).

Na década 1930, sob o Governo de Getúlio Vargas, o Estado assume um papel de regulador das “questões sociais” que surgiram com este processo de urbanização e industrialização. Cabia ao Estado assegurar o “bem-estar” da sociedade como forma de manutenção e legitimação do próprio poder instituído. Assim sendo, a intervenção utilizada pelo Estado, segundo a teoria keynesiana, se constituía no “Estado de Bem-Estar - *Welfare State* baseado no pleno emprego e na igualdade (ou seja, os direitos sociais de cidadania).” (BRANDÃO, 1991, pág. 90).

Sob o governo de Vargas (1930-1945) “inaugurou-se a nova fase na relação Estado-sociedade, privilegiando o papel do Estado como garantia do bem comum” (AGGIO, BARBOSA, 2002, pág. 21). Houveram mudanças na forma de atuação do Estado, onde foram implementadas políticas sociais que tinham como objetivo atender às demandas da população. Este período se constituiu como um período pós-revolucionário, onde se baseava em um Estado de compromisso. Mas é importante também destacar, que o governo de Vargas foi um período de total incerteza para a população brasileira, primeiro porque começa democratico, mas logo após torna-se ditatorial.

O governo criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e a Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), ampliando os direitos da classe trabalhadora. Nessa época foram criadas também os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), baseadas na lógica do seguro, como uma forma de proteção a este trabalhador e sua família (REIS *et al.,* 2010).

Desta maneira, surge o Serviço Social no Brasil, como uma ferramenta de controle do proletariado, sendo assim, nasce como uma resposta aos problemas sociais decorrentes do processo de industrialização e urbanização. É com o processo que o Serviço Social começa a atuar, como “agente” no enfrentamento da “questão social”.

Posto isto, pensar na gênese do Serviço Social e no trabalho profissional requer uma profunda pesquisa sobre a gênese e consolidação da profissão, que Conforme Netto (2011, pág.17) “sempre é encontrado na literatura que se refere ao surgimento do Serviço Social no Brasil, o vínculo desse surgimento com a questão social”, que segundo Iamamoto e Carvalho (2005, pág. 77) refere-se:

> A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Além disso, os autores ainda pontuam que “para o aparecimento do Serviço Social, enquanto conjuntos de atividade legitimamente reconhecida dentro da divisão social do trabalho, se deverá percorrer um itinerário de mais duas décadas”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, pág. 149).

> Para apreender o sentido histórico do Serviço Social, torna-se necessário analisar, ante o "problema social" e seu aguçamento, o posicionamento e ações assumidos e desenvolvidos pelos diferentes grupos e frações dominantes e pelas instituições que mediatizam seus interesses ante a sociedade; ações e posicionamentos determinados no quadro mais amplo das contradições geradas pelas formas específicas através das quais se aprofunda internamente o capitalismo e a vinculação da economia ao mercado mundial (IAMAMOTO; CARVALHO, pág. 136).

Na medida em que o capitalismo exerce o poder sobre esse proletariado, fica ainda mais latente o reconhecimento da questão social, onde o seu desenvolvimento aparece claramente nas condições de vida e de trabalho dessa determinada classe trabalhadora, a partir da intensificação dos seus mecanismos de exploração. O exemplo disso eram as condições de vida e de trabalho, onde os salários eram baixos, havia frequentes acidentes de trabalho, jornadas de serviços elevadas e o aumento do trabalho infantil, conforme aponta Santos (2013). Além disso:

> As condições nas quais o pauperismo foi alçado de fenômeno social circunstanciado às injustiças morais, privadas e sazonais dos modos de produção precedentes a de componente intrínseco ao processo de produção e apropriação privada da riqueza social que particulariza o sistema metabólico do capital, foram desveladas por Marx em sua análise de “Lei Geral da Acumulação Capitalista” (ALMEIDA, 2017, pág. 79).

Assim, compreende-se também que o Serviço Social surgiu como consequência do desenvolvimento do sistema capitalista e das forças produtivas. Então, o Estado se responsabilizou por cuidar da reprodução da força de trabalho, que segundo Iamamoto (2011, pág. 175) denomina de “protoformas do Serviço Social”. Além disso, o Serviço Social enquanto profissão e como ensino especializado, beneficiou-se com esses elementos históricos conjunturais, visto que ao mesmo tempo em que se ampliava o mercado de trabalho, criavam-se as condições para uma expansão rápida das escolas de Serviço Social.

> Na década de 1930, o Serviço Social surge no Brasil intimamente vinculado às iniciativas da Igreja Católica, parte das estratégias de qualificação do laicato, especialmente sua parcela feminina — por meio dos movimentos da

> ação social e da ação católica —, em sua missão de apostolado junto à família operária. Registram-se, nas origens da profissão, fortes influências do Serviço Social francês e belga (IAMAMOTO, 2017, pág. 23).

Portanto, é importante mencionar que o Serviço Social brasileiro foi inicialmente inspirado pelo modelo norte-americano, porém rapidamente desenvolveu uma abordagem própria, influenciada pelo pensamento católico da época. Neste percurso, a igreja cumpriu sua função no processo de formação das primeiras assistentes sociais. Surgem então as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil. Nesse contexto, a caridade e a filantropia eram as ações utilizadas pelo Estado e pela Igreja para dar respostas a essas expressões da questão social (REISDÖRFER, 2013). Nesse contexto:

> O posicionamento e a atuação da Igreja Católica frente à "questão social" expressavam parte de seu esforço em recuperar sua hegemonia no campo moral e intelectual, posicionando-se numa zona de confronto com as influências do Liberalismo, presente na conformação do Estado e do Ideário comunista difundido por parcela do movimento sindical (ALMEIDA, 2017, pág. 83).

Nesse contexto, em 1936 surgiu então a primeira Escola, chamada de Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) em São Paulo, ligada estreitamente à Igreja Católica, com grande influência das encíclicas Rerum Novarum e Quadragesimo Anno. Desta maneira, era necessário formar profissionais que atendessem às demandas que surgiram com o capitalismo, no auge do período de urbanização e industrialização (SILVA, 2007). Além disso, Iamamoto e Carvalho (2005, pág. 179) trazem que:

> O objetivo do CEAS será o de "promover a formação de seus" membros pelo estudo da doutrina social da igreja e fundamentar a sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos "problemas sociais", visando "tornar mais eficiente à atuação das trabalhadoras sociais" e "adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social".

No CEAS foi realizado o primeiro curso Intensivo de Formação Social para moças e foi ministrado pela Assistente Social belga *Adele de Loneaux.* Já a segunda escola no Rio de Janeiro foi criada em 1936. Ambas vinculadas à Igreja Católica e norteadas pelos postulados Neotomistas, todas de caráter conservador. O intuito dessas escolas era de desenvolver a ação social junto a estes trabalhadores, onde eram focadas na família e tinham caráter assistencial. Utilizavam de intervenções com ações educativas de cunho moralista, ressaltando a ação ideológica de ajustamento deixando a cargo desses profissionais chamados de "agentes de

transformação” com a função de gerar mudanças nesses indivíduos, pois culpabilizam-os sobre as suas mazelas, conforme aponta Silva (2007).

Segundo Iamamoto (2005, pág. 228), os assistentes sociais neste período tinham como objetivo:

> Teoriza-se assim no sentido da seleção e preparação de uma pequena elite virtuosa, escolhida em meio à boa sociedade, e que vê por missão redimir os elementos decaídos do quadro social. [...] a formação do Assistente Social se dividiria, geralmente, em quatro aspectos principais: científica, técnica, moral e doutrinária.

Com o início do Estado Novo, ainda sob o governo de Getúlio Vargas, surgem as instituições voltadas à lógica do seguro social. Marcado pela implantação em 1937, ano em que se encerra o período de transição, onde tem início com a nova Carta Constitucional outorgada, e logo em seguida o “golpe de Estado”. Assim, o Estado volta-se para esse trabalhador através do reconhecimento legal da sua cidadania, porém de maneira tutelada, como por exemplo, a criação de órgãos e instituições de apoio, a fim de controlar ainda mais essa classe trabalhadora (DA SILVA,2019).

Sendo assim, utilizando-se de uma nova forma para readaptar os mecanismos de exploração e dominação política, com objetivo de aumentar o poder de ação do Estado na Economia. Quanto a isso, Iamamoto e Carvalho (2005) apontam que o desmonte dessa função mobilizadora dos sindicatos, faz emergir a figura do “pelego” (líder sindicalista comprometido com a burocracia do Ministério do Trabalho).

> Forma uma estrutura burocratizada e complexa vinculando as entidades sindicais ao Ministério do Trabalho e à Justiça do Trabalho. A ação direta da classe operária é coibida e reprimida, mas se lhe faculta entrar em dissídio coletivo, entrar em juízo e reivindicar. Seus sindicatos não podem organizar e liderar lutas, mas são crescentemente dotados de equipamentos assistenciais, dentre os quais sobressaem os Departamentos Jurídicos, que velam por respeito aos direitos de seus associados (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, pág. 254).

Visto isso, surgem as instituições direcionadas ao Seguro Social, à Justiça do Trabalho e à Assistência Social, com intuito de ganhar o apoio da população. Já no ano de 1938 é criado pelo Estado, junto ao Ministério da Educação, e Saúde, o Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS, que é um órgão consultivo do governo responsável por estudar os problemas do Serviço Social, porém não chegou a ser atuante (DA SILVA, 2019).

Assim, em 1942 surge a Legião Brasileira de Assistência - LBA, um órgão colaborador a serviço do Estado, que se refere aos serviços de assistência social e que teve uma longa existência e significou um marco na organização da assistência social no Brasil. Inicialmente, a LBA direcionou seus esforços para atender as famílias dos soldados que estavam na Europa com a entrada do Brasil na segunda guerra mundial (REISDÖRFER, 2013).

A estrutura da LBA foi organizada como o Ministério ou subsecretaria, abarcando serviços da assistência social à saúde, à educação, habitação, da pesquisa social, a propaganda, ou seja, atuando em diferentes frentes de ação que foram prioritárias durante o governo de Vargas voltados para as famílias desses soldados (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005). Em relação às técnicas de Serviço Social no interior da LBA, eram desenvolvidas: visitas domiciliares inquérito sociais, a pesquisa social e entrevista, utilizou-se também o Serviço social de “métodos de casos” para decisão quanto auxílios financeiros, encaminhamento para serviços médicos, regularização de documentos e obtenção de empregos (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005).

A terceira instituição foi criada ainda no ano de 1942, chamada Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI, visou a organização de escolas para a formação e qualificação profissional. As práticas realizadas pelo assistente social no interior dessa instituição tinham como objetivo o ajustamento do trabalhador a ordem capitalista, através de encaminhamentos a outras entidades, orientação familiar, organização de passeios culturais, readaptação profissional, encaminhamentos (médicos dentistas e nutricionistas) e a organização de associação de alunos (CARDOSO, 2016).

A quarta instituição criada em 1946, foi o Serviço Social da Indústria - SESI, com intuito de oferecer melhores condições de vida aos trabalhadores da indústria. Eram utilizadas estratégias adotadas pela burguesia industrial para o enfrentamento da questão social, onde apoiavam às famílias dos trabalhadores, com tais serviços: a prestação de serviços assistenciais aos operários e suas famílias, incluindo lazer, educação popular, atendimento médico, odontológico, assistência alimentar e habitacional, pensando sempre no trabalhador produtivo (CARDOSO, 2016).

Outra instituição criada foi a Fundação Leão XIII, no ano de 1946, que surgiu como uma primeira instituição assistencial voltada para aquelas pessoas mais vulnerável, como moradores de favelas e de centros urbanos industriais, com o

desenvolvimento de atividades para a sociedade de cunho filantrópico. As bases de atuação do Serviço Social nesta instituição estão centradas nos casos individuais, na educação popular e formal, em lazeres educativos, como uma forma de diminuir esses problemas sociais (CARDOSO, 2016)

E por fim, o seguro social começa a ser implantado nesse período, com a primeira lei de previdência social brasileira, chamada de Lei Elói Chaves, estabelecida pelo decreto legislativo 4.682/1923, com o objetivo de atender a essa massa trabalhadora a partir dos seguintes serviços ofertados: medicina curativa, aposentadoria por invalidez, por idade, ou por tempo de serviço e pensões para dependentes e ajuda funerais, porém de cunho contributivo, pois só tinham acesso a esse serviço se houvesse a contribuição (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983).

> A importância dessa caracterização se origina no fato de que a implantação e desenvolvimento das grandes instituições sociais e assistenciais criarão as condições para a existência de um crescente mercado de trabalho para o campo das profissões de cunho social, permitindo um desenvolvimento rápido do ensino especializado de Serviço Social. Paralelamente, implicará um processo de legitimação e institucionalização da profissão dos profissionais do Serviço Social. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, pág. 263).

Assim, o Serviço Social se desenvolve a partir da identidade atribuída pelo capitalismo e pela igreja, identidade esta diz politizada e desprovida de consciência social. Posto isto, se configura como um fetiche da prática (esse modo de trabalho se caracterizava por um agir imediato alienante e alienado). Pode-se afirmar também que a legitimação e institucionalização do Serviço Social ocorreram juntamente ao desenvolvimento das instituições assistenciais (LIGABUE, 2016).

Posteriormente, as políticas sociais implantadas pelo governo vão se tornando cada vez mais presentes, isso na medida que os trabalhadores vão se manifestando em prol de reconhecimento de direitos. Segundo Iamamoto (2005, pág. 09):

> As políticas sociais se subordinam aos interesses políticos e econômicos das instituições que são responsáveis por sua administração. Entendendo, por sua vez, que tais instituições estão subordinadas aos interesses das classes dominantes, conclui-se, que as políticas sociais servem ao propósito de garantirem a reprodução da força de trabalho necessária à ampliação do capital

Nessa época, o Serviço Social aproximou-se da burguesia e se afastou da classe trabalhadora, pois as suas ações atingiram muito mais aos interesses do capital do que às reivindicações da classe trabalhadora que visavam à manutenção da ordem social. Demandando desses profissionais a ocupação destes novos espaços sócio ocupacionais exigindo do Assistente Social um novo perfil

profissional, um perfil que não estivesse totalmente comprometido com as bases confessionais do Serviço Social tradicional e que voltasse a sua atenção para uma atuação mais tecnocrática, uma atuação capaz de atender às exigências do desenvolvimentismo (SOARES,2012).

Os congressos e seminários foram marcos importantíssimo para o amadurecimento da profissão que ocorreram no período de 1945 a 1961. O primeiro Congresso Pan-Americano de Serviço Social ocorreu no Chile em 1945, onde marcou a influência norte-americana na América Latina, representando como uma linha de continuidade para outros países (ANDRADE, 2008).

No Brasil, o primeiro congresso ocorreu em 1947, organizado pelo Centro de Estudo e Ação Social - CEAS, envolvendo vários representantes ligados às entidades privadas e governamentais ligadas diretamente ao Serviço Social, cujo seu objetivo era prepará-los para o próximo congresso. O segundo congresso Americano de Serviço Social ocorreu no Rio de Janeiro no ano de 1949, com objetivo de criar um profissional mais secularizado e menos apostolado, com olhar para as técnicas, valorizando os métodos de caso grupo e comunidade, conforme pontuam Iamamoto e Carvalho (1983)

Visto isso, Iamamoto e Carvalho (1983, pág. 354) afirmam que “esses três congressos que se realizam na segunda metade da década de 1940 apresentam alguns elementos comuns, que os caracterizam. Elementos estes que, sob aparências diversas, reaparecerão frequentemente”. Contudo, foi a partir do segundo Congresso Brasileiro em Serviço Social realizado em 1961 que ocorreu no Rio de Janeiro em Petrópolis que os assistentes sociais passaram a participar efetivamente do projeto desenvolvimentista (ANDRADE, 2008).

> Com um intervalo de quatorze anos em relação ao último congresso, este segundo encontro abrangente do meio profissional dos assistentes sociais irá ocorrer numa conjuntura bastante modificada. Após mais de uma década de “desenvolvimentismo” sustentado em estratégias políticas populistas, a vitória do Janismo representava a possibilidade de um novo começo. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, pág. 365).

Dessa forma, o Serviço Social atingiu seu auge em termos de desenvolvimento, passando por transformações e modernizações. Entretanto dando ênfase no desenvolvimento da comunidade e nos métodos de trabalho e engajamento profissional nas propostas desenvolvimentistas, sob a égide do crescimento econômico como forma de combater os problemas sociais que acarretou na reiteração do clientelismo, onde houve o incentivo à participação

popular do desenvolvimento social. Porém, aqui ainda não é o marco para a erosão do Serviço Social tradicional, é apenas o início de um longo processo de reconfiguração da prática profissional, que somente alcançará o seu amadurecimento a partir da chamada Intenção de Ruptura (ROCHA, 2018).

Portanto, logo após vários encontros e debates sobre a profissão, foi se percebendo que era chegado o momento de reatualização da profissão, que veio acontecer a partir de 1960, em um processo identificado com o Movimento de Reconceituação. A partir desse período, o Brasil passa por várias transformações, sendo possível destacar um deles: Ditadura Militar (1964-1989), que ocorreu em 1964, onde surgiu para reprimir a população e destruir a organização social e política, conquistada até aquele momento pelos trabalhadores (VIANA *et al,* 2015).

Assim, o Movimento de Reconceituação rompe com o Serviço Social tradicional e conservador. Desta maneira, busca uma nova identidade profissional com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora (VIANA *et al,* 2015). Segundo Netto (2005, pág. 06) a prática do Serviço Social tradicional era:

> [...] a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal-burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da "questão social" sobre indivíduos e grupos sempre pressupostas à ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável.

Entretanto, essa ruptura com o Serviço Social "tradicional" e conservador não acontece por completo, pois o Brasil vivia em meio a ditadura militar, dificultando os avanços. Assim, a partir da década de 1964, ano em que se instaura o golpe militar, os assistentes sociais iniciam uma forte discussão sobre o seu exercício profissional. É durante o período ditatorial que o Serviço Social brasileiro passa pela sua mais profunda transformação, pois ocorre o processo de renovação da profissão. Pode-se afirmar que esses processos marcam o fim do Serviço Social baseado na caridade e na filantropia e inicia um Serviço Social crítico (VIANA *et al.,* 2015).

Ainda sob o período da ditadura militar, o Estado deixa de ser uma organização populista e torna-se centralizado em seus atos e decisões. Com o golpe, os serviços sociais básicos que foram implementados pelo Estado fez com que diminuíssem ainda mais a oferta mínima de serviços nas áreas da educação, habitação, saúde, assistência social, a fim de reprimir e a negar os direitos da população. Nesse momento, a população fica estagnada e a classe proletária se vê submetida aos arrochos salariais que diminuem cada vez mais o poder de consumo da população.

Todas essas questões do governo autoritário refletiram-se nos campos social, cultural, econômico e religioso do país (REISDÖRFER, 2013).

No caso do Serviço Social, os reflexos foram percebidos em sua atuação, sendo que os profissionais passaram a ser mais solicitados pelas instituições do Estado. Cabe destacar que o regime ditatorial trouxe consequências ao mundo educacional e cultural do país, porém, por outro lado, possibilitou a percepção crítica da realidade e também da profissão.

> [...] É elemento constitutivo da renovação do Serviço Social a emergência, notadamente a partir de meados da década de setenta, de elaborações teóricas referidas à profissão e de um significativo debate teórico metodológico. Este elemento está diretamente vinculado à inserção profissional no circuito universitário: a pesquisa e a investigação que subjazem àquele debate seriam impensáveis sem as condições próprias do trabalho acadêmico [...], suas resultantes conformaram espaços de reflexão que foram ocupados e utilizados para gestar uma massa crítica [...]. (NETTO, 2017, pág. 129).

Desta maneira, a formação em Serviço Social, estaria sob orientação da autocracia burguesa, onde é a partir deste período que profissão não terá mais ligação com a igreja Católica. Assim, a autocracia burguesa cria condições que levaram a intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, propiciando o surgimento de bases novas à formação e ao exercício profissional e a necessidade de uma fundamentação teórico-metodológica para a profissão (ROCHA, 2018). E, consequentemente, para um novo perfil profissional. Assim, a renovação é:

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

Esse contexto de grandes mudanças no país, também marca o início de um processo de mudanças no interior da profissão. Esse movimento tenta romper com a suposta neutralidade da gênese do Serviço Social e com o conservadorismo presente na profissão. De acordo com Netto (2005, pág.152), no processo de renovação existiam três vertentes de reconceituação do Serviço Social brasileiro que direcionaram o exercício profissional aos quais eram: a “perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura”.

A primeira, a perspectiva modernizadora, se consolida no seminário de Araxá (1967) e o de Teresópolis (1970), que resultou nesses dois importantes documentos,

onde conduz a mudança para erradicar a pobreza, mediante o aumento dos níveis de bem-estar social. A partir dos debates realizados pelos assistentes sociais acerca do direcionamento da prática profissional, resultado das novas demandas que surgiram ao Serviço Social no contexto da autocracia burguesa, vários eventos foram realizados pela categoria e promovidos pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social – CBCISS (SILVA, 2017).

A segunda direção, a reatualização do conservadorismo onde surge como uma nova proposta, como uma prática interventiva, sob-bases da fenomenologia, onde o seu perfil profissional expressava-se em padrões totalmente tradicionais e conservadores e o exercício do Serviço Social era sustentado pela ajuda psicossocial do indivíduo, influencia da Igreja Católica (SILVA, 2017). Segundo Netto (2011, pág.157) “como sendo a mais impermeável às mudanças, pois recupera traços da atuação profissional vinculados ao pensamento católico tradicional, mas com uma nova imagem ou nova roupagem”.

E por fim, a terceira e última, a intenção de ruptura, que é a construção de um novo perfil profissional. Iniciou-se em 70, quando passou a conhecer a teoria marxista, essa vertente foi possibilitada pela aproximação do Serviço Social com o marxismo. Foi um enfrentamento das perspectivas modernizadoras e reatualização do conservadorismo. Tendo como Construção o método BH que foi o primeiro documento construído no país sob a autocracia burguesa de uma proposta profissional alternativa ao tradicionalismo e preocupada com a profissão teórica-metodológica e interventiva voltada para as classes subalternas. Com a intenção de romper com o passado conservador do Serviço Social. (Viana et al, 2015).

Ao longo das décadas 1970 e 1980, esse movimento ganhou força e um novo percurso foi traçado, a partir de uma identidade mais próxima das classes populares, as alianças com a classe trabalhadora marcam uma nova fase para o Serviço Social. Segundo Braz (2006, pág. 12) um marco importante para o Serviço Social nesse processo de ruptura foi “O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS que ocorreu em 1979, na cidade de São Paulo, quando a mesa que sempre era composta por representantes militares foi destruída e ocupada por representantes dos trabalhadores”. Esse marco ficou conhecido como “O Congresso da Virada”, que reafirmou os interesses da categoria em mudanças de posturas e a organização frente a um novo projeto profissional.

Assim, considera-se que o processo de renovação do Serviço Social é muito complexo, visto que há fatores que conduziram à crise do Serviço Social modernizador, remetem ao amadurecimento profissional, possibilitando o rompimento com as bases do catolicismo e o envolvimento com movimentos sociais. Assim, tornar-se esse profissional moderno exigiu do Estado mudanças referentes ao ensinamento utilizado na formação do assistente social. Essa formação ficou encarregada da política educacional da ditadura (VIANA *et al.,* 2015).

Por fim, um novo perfil profissional foi adotado pelo Serviço Social, sob uma visão crítica, que só foi possível através do processo da renovação da profissão, tendo como protagonista deste processo, a intenção de ruptura. Este projeto de um profissional crítico, surgiu na década de 1970, e se desenvolveu na década de 1980 e amadureceu no ano de 1990. Sendo relevante frisar que este resultado é de uma luta da categoria na negação das práticas conservadoras que esteve presente no decorrer do Serviço Social até a década de 1970 (VIANA *et al.,* 2015).

Nessa trajetória histórica de construção, o ponto mais avançado de definição de um padrão de políticas sociais, nos moldes do “bem-estar social”, deu-se com a promulgação de 1988. Enfim, a Constituição Federal de 1988 foi um marco importantíssimo para a profissão e para a definição das diretrizes e princípios na área da seguridade social, tratando-se da área da assistência social (REISDÖRFER, 2013).

Frente ao exposto neste tópico, o Movimento de Reconceituação surge nesse panorama como um importante marco de mudança na trajetória do Serviço Social, pensando em um profissional mais moderno e crítico, onde estabelece novas bases teórico-metodológicas para o seu agir profissional (VIANA *et al.,* 2015). Posto isto, pensar nessas transformações que ocorreram na sociedade e também na profissão implica também refletir sobre um profissional que rompe com as práticas antigas, como eram desde a gênese do Serviço Social. Assim, na atualidade, a categoria estabelece uma atuação mais dinâmica e mais compromissada com a classe trabalhadora, tornando-se um profissional antenado e preparado para as intervenções que são postas do cotidiano.

2.2 A profissão na contemporaneidade: competências e atribuições a partir da década de 1990.

Considerando os pontos destacados no tópico anterior, cabe continuar a discussão, considerando o período temporal a partir da Intenção de Ruptura. Destacando o primeiro momento ao qual o Serviço Social rompe com o conservadorismo, que foi durante o processo de reconceituação da profissão, onde se aproximando do marxismo durante o período de luta pela redemocratização do país, posto que as discussões se dão sobre as relações de produção e reprodução social, manifestadas pelas relações de poder que se estabelecem na sociedade (VIANA *et al.,* 2015).

Segundo Netto (1989, pág.97) a aproximação do Serviço Social à tradição marxista realizou-se: “sob exigências teóricas muito reduzidas – as requisições que a comandavam foram de natureza, sobretudo ideopolítica, donde de um cariz fortemente instrumental nessa interlocução”. Assim, foi sob o legado deixado por essa tradição, denominado segundo Netto (1991), de intenção de ruptura que o Serviço Social está pautado no pensamento de Marx, por entender o ser social como um sujeito marcado pelas questões do capitalismo, tanto na sua forma de viver, quanto na forma de pensar o mundo material e intelectual.

A trajetória histórica do Serviço Social envolve o conhecimento teórico metodológico da profissão, uma vez que a prática profissional é sistematizada a partir do conhecimento teórico em consonância com a compreensão da realidade. Os assistentes sociais fazem parte de uma categoria profissional que, como poucas profissões, atua nos bojos da sociedade burguesa e com as múltiplas e complexas mazelas sociais criadas por esta ordem societária. Tornando-se necessário consolidar um Serviço Social crítico e maduro (SILVA, 2007).

Conforme sinalizado nos tópicos anteriores, a história do Serviço Social remonta a uma prática de ações filantrópicas voltadas a caridade com características de trabalho voluntário e de cunho assistencialista, mas a partir de 1930, o Estado assume um papel de regulador das questões sociais que surgiram com o processo de urbanização e industrialização.

Dessa forma, cabia ao Estado assegurar o “bem-estar” da sociedade como forma de manutenção e legitimação do próprio poder instituído. Desta maneira, durante este processo, com o aumento das desigualdades sociais e o aguçamento das expressões da questão social, fez-se necessário surgir a profissão, tornando-se enquanto objeto de trabalho do assistente social o enfrentamento da questão social (REISDÖRFER, 2013).

Os profissionais precisam identificar como se dão as relações de produção e reprodução social e que geram tantas desigualdades sociais que se expressam na questão social. Essas desigualdades se apresentam nas mais diversas áreas, como: saúde, educação, habitação, assistência social, emprego, dentre outras. Sendo assim, para Iamamoto (2005, pág. 27):

> A questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Portanto, para a autora, a questão social se expressa pelas desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, deriva do caráter coletivo da produção, à apropriação privada da própria atividade humana, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, tendo alcançado a plenitude de suas expressões e matizes em tempo do capital fetiche (TOMAZ, 2013).

Para Netto (2001), há importantes momentos para compreender a questão social. Dessa maneira, a primeira delas é que a expressão “questão social” surge para dar conta do pauperismo decorrente dos impactos da primeira onda industrialização, a designação desse pauperismo relacionava-se diretamente aos seus desdobramentos sociopolíticos, pois desde a primeira década até a metade do século XIX seu protesto tomou as mais diversas formas numa perspectiva efetiva de uma versão da ordem burguesa.

Além disso, Netto (2001) defende a tese de que não se trata de uma nova questão social uma vez que a emergência de novas expressões da questão social é decorrente da ordem do capitalismo. Assim, para ambos, a questão social é objeto de ação moralizadora, o enfrentamento de suas manifestações deve ser função de um programa de reformas que preserve a propriedade privada dos meios de produção.

Assim, os assistentes sociais ainda se deparam com as questões sociais que estão mais visíveis e emergentes na sociedade, como situações de violência, miséria, desemprego, conflitos familiares etc. O Serviço Social, então, se vê na condição de levantar propostas que possam mediar essas relações em busca de novas possibilidades e perspectivas em prol do desenvolvimento integral dos sujeitos envolvidos no processo. Trata-se de um desafio, cada vez maior, desenvolver a atividade profissional frente às transformações que vêm ocorrendo na

sociedade, pois as relações sociais estão baseadas na condição de exploração e dominação, o que coloca alguns indivíduos subjugados ao poder de quem detém os meios de produção da vida material (REISDÖRFER, 2013).

É importante destacar os principais avanços em termos de entendimento que a profissão passa a ter no que se refere ao posicionamento frente à ordem vigente. Nesses termos o debate a princípio se deu em torno da Ética profissional e dos projetos societários. Segundo Netto (2005), esse processo refere-se aos avanços profissionais ainda na década de 1980, na consolidação de ruptura teórica com o conservadorismo profissional. Nesse contexto, houve uma superação das fragilidades do Código de Ética de 1986 que vai ser objetificado em 1993, onde passa a ser reelaborado, marcando um avanço teórico na profissão com a aprovação do Código de Ética de 1993.

Visto isso, a década de 1990 foi um marco importante para o Serviço Social, possibilitando a superação das dificuldades encontradas na década de 1980. Sendo assim, serão superadas principalmente as diferenças de ligação acerca dos fundamentos filosóficos da ética do ser social.

Destarte, é a partir dessas publicações com direcionamento crítico que o método crítico-dialético de Marx e seus signatários foi consolidado no âmbito da profissão. A consolidação desse amadurecimento será amplamente sistematizada difundida entre a categoria em 1990, a partir da promulgação dos documentos normativos necessários nesse modelo de sociedade, a fim de garantir os direitos e deveres dos profissionais. (REISDÖRFER, 2013).

> De modo diverso, os seminários nacionais que precederam a aprovação do Código de ética, entre 1991 e 1993, já tendem para a mudança. Tratam a ética em seus fundamentos filosóficos, em sua configuração histórica na sociedade burguesa e na realidade brasileira, para, então, discutir a questão da ética profissional e seus rebatimentos no Código de ética (BARROCO, 2004, pág. 34)

O Serviço Social constrói um Projeto Ético Político (PEP) comprometido com a classe trabalhadora e com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Esse posicionamento está expresso na Lei de Regulamentação da profissão em 1993 no código de ética de 1993, nas diretrizes curriculares de 1996. Dessa forma a profissão debateu, elaborou e legitimou junto a categoria a estrutura necessária para a consolidação hegemônica desses novos rumos (PIANA, 2009). Assim, será a partir do código de ética de 1993 que o projeto profissional ganha visibilidade nacional como PEP.

O PEP da profissão busca um sentido e uma direção ao exercício profissional, respeitando sua dinamicidade, seu caráter complexo e proporcionando a construção coletiva da identidade da profissão. Em outros termos, ele propõe a construção de uma nova ordem societária, sem dominação e exploração de uma classe sobre a outra (TEIXEIRA, 2009). Revelam também seus valores e princípios norteadores, suas funções e seus requisitos. Além disso, a sua materialização está disposta na nas Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional em Serviço Social – ABEPSS/1993, na Lei de Regulamentação da Profissão - Lei n. 8.662/93 e no Código de Ética Profissional de 1993.

Posto isto, o atual Código de Ética profissional direciona o seu exercício profissional, direciona quanto as relações deste no espaço sócio ocupacional, orienta quanto a sua postura no sentido de mobilizar a participação, a capacitação e a ampliação do debate acerca da sua postura profissional, segundo os seus princípios éticos e políticos da profissão, voltadas para o seu agir profissional (CFESS, 1993). Portanto, o marco legal da profissão e as diretrizes são uma fortaleza desse projeto e se constituem como essência da profissão, bem como os órgãos representativos (ABEPSS, CFESS/ CRESS e ENESSO), bem como nos princípios éticos, nos fundamentos teóricos e metodológicos estabelecendo-se como uma expressão do avanço profissional.

Contudo, dentre os avanços ocorridos na profissão em 1993, sendo de relevância destacar os fundamentos do trabalho do Serviço Social entendidos na perspectiva das Diretrizes Curriculares, ao afirmarem que a intervenção do assistente social deve ser composta de três dimensões: ética-política, teórico - metodológica e técnico - operativa (ABEPSS, 1996).

Quanto à primeira dimensão, a ético-política, sabe-se que corresponde à superação da neutralidade profissional, inserindo os profissionais da luta juntamente com os trabalhadores. Na dimensão teórico-metodológica, com Código de 1993, a ampliação da ética marxista que se baseou fundamentalmente no entendimento crítico e histórico da prática ética política. Na dimensão técnico-operativa, a conquista de direitos, dever do assistente social sintonizado nesses novos rumos consolidados pelo Código de ética de 1993 (PIANA, 2009).

A Lei de Regulamentação da Profissão se consolida enquanto questão ética política da profissão e traz em seu conteúdo as formas legítimas para a atuação do profissional e tem como função assegurar o exercício legal da profissão, bem como

determina as penalidades ao profissional que não cumprir as exigências previstas em lei. Destarte, a lei que regulamenta a profissão apresenta, em seus artigos 4º e 5°, as competências e atribuições do Assistente Social expostos no seu Código de Ética profissional[2]: No Artigo. 4º Constituem competências do Assistente Social:

> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
> II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
> III - 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;
> VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
> VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
> VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
> IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
> X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
> XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 1993, s.p).

Estas competências estão relacionadas aos espaços institucionais em que o profissional irá atuar e desenvolver suas atividades. Isto significa que cada espaço profissional poderá estabelecer uma forma de atuação, com competências específicas na área pública ou privada, de acordo com os objetivos de cada instituição. No art. 5º são determinadas as atribuições privativas do assistente social:

> I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
> II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
> III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
> IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
> V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
> VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

[2] Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em: 26/04/23.

> VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
> VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
> IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
> X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
> XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federais e Regionais;
> XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
> XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS, 1993, s.p).

É importante mencionar a respeito das diferenças entre o que são as competências e o que é de atribuição privativa do assistente social. Primeiramente, as competências são nada mais do que as ações que o (a) assistente social pode desenvolver, todavia também outros profissionais podem realizar, embora não sejam de exclusividade da profissão. Já a atribuição privativa são ações que somente o (a) assistente social está apto para realizar, assim, são aquelas que se referem diretamente à profissão, de forma particular, ou seja, exclusivo da profissão.

Diante do exposto, cabe destacar também acerca dos princípios fundamentais que norteiam a profissão são eles:

> I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
> II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
> III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
> IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
> V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
> VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
> VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
> VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
> IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

> XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993, s.p).

Os princípios fundamentais que norteiam a profissão do assistente social são importantes, pois as práticas profissionais orientam o trabalho do assistente social em relação aos direitos humanos, à justiça social, à equidade e à ética. Esses princípios incluem a defesa dos direitos humanos, a promoção da justiça social, o respeito à dignidade humana, a autonomia e a participação dos indivíduos e comunidades nos processos de mudança social (PIERITZ, 2015).

Assim, esses princípios são fundamentais para garantir que o assistente social atue de maneira crítica e reflexiva para compreender e transformar a realidade social, contribuindo para uma sociedade mais justa e igualitária. Estes princípios do código de ética estabelecem padrões para o comportamento ético e moralmente responsável dos profissionais em sua área de atuação.

Além disso, eles fornecem diretrizes para a conduta profissional em relação aos usuários, colegas de trabalho e empregadores, em geral. Sendo assim, garante que os profissionais trabalhem com integridade, honestidade e respeito, apoiando uma cultura de ética e responsabilidade no seu local de trabalho. Tornando-se fundamental para a construção de um profissional comprometido com o seu código de ética profissional (PIERITZ, 2015).

Por fim, compreender de fato a atuação do assistente social na sociedade capitalista, requer a relação da teoria e da prática, sendo fundamental para garantir um exercício profissional que não reproduza o passado da profissão, no bojo da caridade, como era visto na gênese da profissão. Desta maneira, o profissional deve estar pautado no seu Código de Ética, assumindo o seu compromisso com uma ação voltada para a defesa de direitos, equidade e justiça social. A seguir será debatido acerca dos aspectos sócio históricos de desigualdade das mulheres brasileiras, e assim, será debatido acerca das realidades das maternidades e da incidência de Violência Obstétrica.

3 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DE DESIGUALDADE DAS MULHERES BRASILEIRAS: um olhar voltado à Violência Obstétrica

O intuito deste capítulo é entender sobre os aspectos sócios históricos que permeiam as desigualdades de mulheres brasileiras que são muitas e variadas. Visto isto, torna-se necessário fazer um recorte histórico sobre a desigualdade de gênero, com um olhar voltado para a VO que é um problema persistente em todo o mundo, que afeta milhares de mulheres gestantes todos os anos e é uma das formas de desigualdade e discriminação que ganha destaque atualmente. Posto isto, para compreender a origem da violência obstétrica, é preciso entender as raízes históricas da desigualdade de gênero no Brasil.

3.1 Maternidade no Brasil e Violência Obstétrica

A maternidade no Brasil ainda enfrenta muitos desafios e um deles é a Violência Obstétrica (VO). Historicamente, no Brasil, houve uma distinção entre hospitais gerais e maternidades. Essas instituições foram criadas para oferecer um ambiente mais adequado ao parto, com equipamentos específicos e profissionais especializados. Com o tempo, os hospitais gerais foram se especializando em outras áreas, deixando as maternidades cada vez mais isoladas, conforme sinaliza (ZANARDO *et al.,* 2017).

As maternidades, por exemplo, são equipadas com todo o suporte necessário para garantir que a gestação, o parto e o pós-parto ocorram de forma segura e tranquila, além de contar com profissionais capacitados e treinados para lidar com as particularidades do corpo feminino. Entretanto, essa divisão não foi suficiente para garantir uma experiência positiva para as mulheres durante o parto (ZANARDO *et al.,* 2017).

Posto isto, destaca-se a VO afeta muitas mulheres no Brasil, principalmente aquelas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, essa violência surge dentro do âmbito da saúde, sendo exercida especificamente pelos profissionais, que se deixam levar pelas práticas rotineiras do ambiente hospitalar. Práticas essas que transformam um momento que deveria ser de felicidade, em vivências traumáticas, e em alguns casos ocasionando até a morte do bebê ou até mesmo da mãe (MAGALHÃES, 2020).

> O ambiente doméstico, aconchegante e acolhedor, foi substituído pelo espaço hospitalar, um lugar frio, solitário e muitas vezes hostil, contribuindo para que as mulheres rapidamente perdessem o seu protagonismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias. Muitas das rotinas e práticas estabelecidas pelas equipes de saúde nos hospitais não levam em conta a autonomia da mulher e a saúde do conjunto mamãe-bebê, mas sim a eficiência e a rapidez em realizar partos e liberar leitos. Essas situações podem ser comparadas a uma espécie de linha de montagem na atenção ao parto, expondo as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas e levá-las a situações que podem ser caracterizadas como violência obstétrica (CORREA; TORRES, 2021, pág. 92).

Diante desse cenário, é fundamental investir em melhores condições de trabalho no âmbito da saúde, principalmente nas maternidades públicas e investimento na capacitação de profissionais de saúde, para que o parto seja visto como um momento de amor, cuidado e respeito às mães e seus bebês. Ainda hoje, muitas gestantes enfrentam dificuldades para encontrar hospitais e maternidades que ofereçam um atendimento humanizado e respeitoso durante o parto (SOUZA *et al.,* 2011).

Assim, cabe destacar que há uma grande necessidade de buscar uma forma de conscientizar esses profissionais da saúde para garantir que a experiência do parto seja segura e acolhedora. O fato é que a VO em algumas maternidades acaba sendo naturalizada, pois a mulher acaba não reconhecendo que está sendo vítima de uma violência. Dessa forma, é considerada uma violação dos direitos da mulher, fazendo com que ela perca sua autonomia e decisão sobre o seu próprio corpo (ZANARDO *et al.,* 2017).

> O sistema Capitalista propicia a mercantilização da vida, das relações sociais, apregoa uma homogeneidade da sociedade civil, que resulta em ações fragmentadas, excludentes e desumanas. Os atendimentos nas unidades de saúde a cada dia se reveste de um praticismo imbricados no saber empírico produzido no cotidiano. A naturalização da violência é comum em espaços institucionais, principalmente nas de atendimento a gestantes e parturientes que vê seu corpo, seus direitos violados sem nenhuma cerimônia, vítima de mais um processo de patologização da vida. (DELFINO, 2016, pág.09).

Visto isso, destaca-se a necessidade de mudanças nas práticas que envolvem esse tipo de violência, buscando uma forma de reduzir essas intervenções desnecessárias que afetam diretamente os direitos dessas parturientes. Algumas medidas precisam ser tomadas para combater essa problemática, como a criação de políticas públicas específicas e a conscientização desses profissionais de saúde com um olhar voltado para a importância do respeito aos direitos das gestantes e

parturientes. Destarte, ainda há muito a ser feito para garantir uma maternidade mais humanizada e segura no Brasil (MACHADO, 2006).

A atenção pré-natal, parto e pós-parto é fundamental para a saúde da gestante e do recém-nascido. A atenção humanizada deve incluir ações voltadas para a prevenção e erradicação desta problemática, com intuito de reduzir os índices de violência obstétrica e principalmente de mortalidade materna e infantil. É importante conceituar que o parto humanizado consiste em uma prática mais humana e acolhedora, voltada para a gestante no momento do parto, onde a mulher passa a ser protagonista e não mais uma vítima com seus direitos violados, conforme apontam Martins *et al.,* (*2*019).

> O excesso de intervenções no parto no Brasil tem sido reportado como violência obstétrica e contribui para os índices elevados de morbi-mortalidade materna e neonatal. A violência obstétrica foi reportada por 12,6% das mulheres e associada ao estado civil, à menor renda, à ausência de companheiro, ao parto em posição litotômica, à realização da manobra de Kristeller e à separação precoce do bebê após o parto (LANSKY *et al.*, 2019, pág. 2811).

Posto isto, faz-se necessário trazer à tona a estimativa de maternidade e partos no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2020 foram realizados cerca de 3,03 milhões de partos no Brasil (BRASIL, 2020). Esses dados podem ser encontrados em relatórios oficiais divulgados pelo governo, como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). É importante lembrar que esses números podem sofrer variações de acordo com fatores como políticas públicas de saúde e taxas de fertilidade da população. É importante ressaltar que esse número pode variar de ano para ano e depende de diversos fatores, como políticas públicas de saúde, acesso a métodos contraceptivos e taxas de fertilidade da população.

Torna-se necessário compreender que as maternidades, instituições e clínicas, sendo públicas ou privadas, também podem cometer violência institucional quando produzem práticas que dificultam ou negam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, exemplo disso é a negação de acompanhante, cobrança indevida de taxas, a demora nos atendimentos ou até mesmo uso de intervenções desnecessárias como uma forma de “apressar” o parto (MARQUES, 2020). Quanto a isso, Marques *et al.,* (2020, pág. 104-105) salientam que:

> A pesquisa Nascer no Brasil, revela que, de um total de 23.940 mulheres puérperas estudadas, em diferentes regiões do país, apenas 5,6% tiveram o parto normal assistido sem nenhuma intervenção, e em 45,5% das mulheres foram realizadas cesarianas, apesar de 56,8% terem sido consideradas

> como casos de risco habitual. Essa pesquisa também revela que, em 70% das mulheres, foi realizada punção venosa; cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto; e 30% receberam analgesia raqui/peridural. Em relação às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37%; e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos.[3]

Salienta-se que os dados expostos acima, são extremamente importantes e surpreendentes que merecem atenção, além da violência que ocorre com muitas mulheres no momento do parto e puerpério. Outro cenário destacado são os excessos de partos cesáreos, que muitas vezes submetem a gestante a um procedimento cirúrgico desnecessário. De acordo com Sauaia e Serra (2016, pág. 130):

> os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que têm maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não possuem condições de arcar com os custos vultuosos de uma cesariana.

Outro fato importante é que muitas gestantes sentem medo do parto normal, por ser um processo doloroso e de certa forma arriscada, que gera um momento de dor e sofrimento à parturiente. Este seria também um dos fatores que mais influenciam para a configuração desta problemática. Não que a cesárea não gere também esses fatores, contudo torna-se uma forma mais rápida de apressar o parto. Diniz (2005, pág. 231) traz que:

> No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introduzam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.

Dessa forma, durante o parto, as formas da VO são a recusa de admissão na maternidade, gerando uma peregrinação por leito; negação de direito a um acompanhante, aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de kristeller; cesáreas eletivas; impedir ou retardar o

[3] Fundação Oswaldo Cruz (BR). "Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas." (2014). Disponível: https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas Acesso em: 05/05/2023.

contato do bebê com a mãe logo após o trabalho de parto; além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários (BALOGH, 2016).

No que corresponde aos casos de aborto, a violência pode ser percebida pela negação de atendimento ou até mesmo a demora a mulher ser atendida, questionamento à mulher quanto à causa (se intencional ou não), realização de procedimentos invasivos sem explicação, e acusação e culpabilização da mulher. (PONTES; SOARES, 2018).

Considerando que a VO é um tipo de violência que muitas mulheres enfrentam durante o parto e pós-parto, envolvendo ações ou omissões dos profissionais de saúde que causam dor física, sofrimento mental e dano emocional. Isso pode incluir intervenções desnecessárias, falta de informação sobre os procedimentos, falta de consentimento informado, humilhação, coerção e até mesmo abuso físico e verbal (ZANARDO *et al.,* 2017). Infelizmente, muitas vezes as vítimas não sabem que estão sendo vítimas de violência obstétrica ou têm medo de denunciar.

> O termo “violência obstétrica” foi criado pelo Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, e desde então nomeou as lutas do movimento feminista pela eliminação e punição dos atos e procedimentos tidos como violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto. Enquadram-se no conceito de violência obstétrica todos os atos praticados no corpo da mulher e do bebê sem o consentimento da mulher, além de procedimentos já superados pela medicina, porém ainda muito utilizados, principalmente no atendimento realizado pelo SUS, como a episiotomia (corte na região do períneo) e a manobra de kristeler (quando a barriga é empurrada por enfermeiras), o enema (lavagem intestinal) uso da ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), da anestesia, do fórceps, o jejum de comida e água, exames de toque frequentes (usados para conferir a dilatação e a descida do bebê), o rompimento artificial da bolsa e a posição horizontal da mulher. (MARIANI; NETO, 2016, pág. 49).

Além disso, torna-se necessário mencionar que:

> A violência obstétrica é uma questão de saúde pública com largo alcance no Brasil. Trata-se de um conjunto de ações praticadas principalmente por profissionais de saúde no contexto da atenção à gestação, parto, nascimento ou abortamento, que ferem a integridade da mulher.

Portanto, as mulheres ainda enfrentam muitos desafios para garantir acesso a direitos iguais em todas as áreas da vida, tais como; saúde, educação, trabalho. Desta maneira, durante muito tempo, as mulheres foram relegadas a um papel secundário na sociedade, visto como “inferior” ao dos homens. Na área da saúde, essa visão patriarcal e sexista também se manifestou, com a medicalização

excessiva do parto e a desvalorização do conhecimento e experiência das mulheres em relação ao próprio corpo e ao processo de gestação e parto (MAGALHÃES, 2020).

Embora a VO possa afetar mulheres de todas as origens socioeconômicas, há evidências de que as mulheres mais pobres e marginalizadas são as mais vulneráveis a esse tipo de violência. Isso ocorre em parte porque muitas dessas mulheres não têm acesso à informação sobre seus direitos e aos cuidados de saúde de qualidade, conforme salientam Zanardo *et al.,* (2017). Esse tipo de violência se manifesta através das relações de poder e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres.

> Relativamente à violência contra a mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, em seu art.1o trata como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada". E no art. 6o determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade e subordinação. (PONTES; SOARES, 2018, pág. 02).

Assim, enfatiza-se que a VO é uma problemática antiga, que apenas recentemente passou a ser pauta de discussões. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de formas variadas, tais como: abusos verbais e humilhações, violência física, ausência de consentimento, procedimentos médicos desnecessários, falta de privacidade, recusa de medicamentos, negligência, dentre outros (PONTES; SOARES, 2018).

Segundo o *site* Parto do Princípio– Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (2015) trata-se de Violência Obstétrica quando a gestante ou parturiente não é informada sobre os procedimentos médicos que serão realizados durante o parto e não tem tempo para decidir se concorda ou não, como realizar intervenções desnecessárias, a exemplo disso é procedimento médicos invasivos realizados sem justificativa clínica, como episiotomias, cesarianas, manobra de kristeller[4] (ao ponto

[4] É uma técnica obstétrica obsoleta executada durante o parto. Consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

de machucar a gestante e o bebê), o uso excessivo de fórceps[5] e uso de medicamentos como a aplicação de ocitocina[6].

Outra forma de violência é a negação de atendimento à gestante até mesmo o abuso verbal, quando profissionais de saúde insultam, humilha ou intimidam a mulher antes ou durante o trabalho de parto. A restrição de movimento também se caracteriza como VO, quando a mulher é impedida de se mover livremente durante o parto ou é amarrada à mesa de parto sem necessidade.

> A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher é uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do feto. (SAUAIA; SERRA, 2016, pág. 137).

Nesse sentido, é fundamental o papel das instituições de saúde, bem como dos profissionais, em reconhecer a dimensão da violência obstétrica e em desenvolver medidas efetivas para preveni-la e combatê-la. Além da conscientização da sociedade em geral sobre os direitos das mulheres e a importância do respeito às escolhas e sua autonomia em relação ao próprio corpo (ZANARDO *et al.,* 2017).

Portanto, a maternidade no Brasil apresenta diversos desafios significativos, especialmente quando se trata sobre a violência obstétrica. Posto isto, é fundamental que haja um maior investimento em políticas públicas para garantir o direito à saúde e à maternidade mais segura para as mulheres. Além disso, é necessário continuar combatendo a violência obstétrica por meios de canais de denúncias e repasse de informações acerca dos direitos das mulheres enquanto gestantes, para que assim possam ter uma experiência de parto de forma saudável e respeitosa.

3.2 Recorte e levantamento de dados referentes à Violência Obstétrica no Brasil

A Violência Obstétrica é um problema que pode afetar mulheres de todas as classes e raças, sendo uma das formas de desigualdade e discriminação que ganha

[5] É um instrumento cirúrgico utilizado para auxiliar no parto normal e facilitar a passagem da cabeça do bebê pelo canal vaginal. É uma pinça arredondada, desenvolvida especialmente para segurar a cabeça do recém-nascido, na altura das orelhas.

[6] A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, entretanto, o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina artificial, que é ministrada em forma de “soro” e usada de forma indiscriminada, tem papel de acelerar o trabalho de parto. Sem indicação correta, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada, pode causar sérias complicações para a mulher e o feto.

destaque atualmente. Desta maneira, torna-se necessário destacar que as mulheres negras, pardas, indígenas e as menos instruídas são as que mais sofrem esse tipo de violência durante o parto. Isso ocorre devido à grande parte de desigualdades sociais e raciais existentes na sociedade brasileira. No Brasil, as mulheres negras apresentam uma taxa maior de mortalidade materna, em comparação a mulheres brancas (LIMA *et al.,* 2021).

> Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade Materna (SIM, 2021) mostram que, no ano de 2019, mulheres brancas, negras e indígenas tiveram taxa de mortalidade materna por causas obstétricas diretas.[7] de 29,3%, 66,4% e 1,6%, ao mesmo tempo. Note-se que as mulheres negras tiveram uma taxa aproximadamente duas vezes maior do que a das mulheres brancas, apesar dos dois grupos constituírem respectivamente 49,73% e 48,69% da população feminina brasileira (IBGE, 2010, *online*).

Infelizmente, as mulheres negras sofrem violação de direitos no SUS no Brasil, visto essas mulheres têm menos acesso a serviços de saúde, a um pré-natal de qualidade, muitas vezes enfrentam discriminação racial e de gênero por parte de profissionais de saúde e são submetidas a tratamentos inadequados ou negligenciadas.

Isso se deve em grande parte às desigualdades sociais e econômicas que afetam as mulheres negras, bem como à falta de políticas efetivas de igualdade racial e de gênero no sistema de saúde (LEAL *et al.,* 2017). Como resultado, as mulheres negras são mais vulneráveis a doenças e condições de saúde precárias. Posto isto, é importante promover a igualdade de acesso à saúde para todas as mulheres, independentemente de classe e raça/etnia. (CURI *et al.,* 2020).

A violência contra a mulher, sendo uma forma de violência de gênero, afeta mulheres pelo simples fato de serem do sexo feminino. Esse tipo de violência é decorrente de uma cultura patriarcal, resultado de uma criação que tratava a mulher como inferior, sem escolha para a prática de seus atos, submetendo-se a sua figura patriarcal. Essa violência baseada em gênero reflete relações de poder historicamente desiguais (VIGANO; LAFFIN, 2019).

> As desigualdades constituem fontes de conflitos, em especial quando tão abissais como no Brasil. Em casos como este, e eles existem também em outras sociedades, as desigualdades traduzem verdadeiras contradições, cuja superação só é possível quando a sociedade alcança outro estado, negando, de facto e de jure, o status quo. Neste estágio superior, não

[7] Morte materna é todo óbito ocorrido durante a gestação ou após 42 dias do seu término, independentemente da duração da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação, podendo ocorrer por causas obstétricas diretas (complicações em razão de tratamento inadequado e omissões) ou indiretas (doenças preexistentes à gestação ou desenvolvidas durante este período, mas sem relação com as causas obstétricas diretas).

> haverá mais as contradições presentes no momento atual. No entanto, podem surgir outras no processo do devir histórico. Numa sociedade como a brasileira, com clivagens de gênero, de distintas raças/etnias em interação e de classes sociais, o pensamento, refletindo estas subestruturas antagônicas, é sempre parcial (SAFFIOTI, 2004, pág. 40).

Outra forma de violência é a discriminação por raça. No Brasil, ocorre principalmente contra a pessoa negra. Segundo os estudiosos a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica. Nesse sentido, as maiores vítimas dessa violência obstétrica são mulheres menos instruídas e negras, praticada por profissionais da saúde ou até mesmo outros profissionais dentro das maternidades públicas. (MAGALHÃES, 2020).

Portanto, é de relevância discutir sobre a interseccionalidade, que considera como diferentes formas de opressão como o racismo e o sexismo, se entrelaçam e afetam indivíduos de maneiras diferentes, criando múltiplas camadas de discriminação (SANTOS *et al.,* 2016). As mulheres negras, por exemplo, enfrentam a desigualdade em vários aspectos da vida, incluindo o acesso à saúde e cuidados médicos adequados. É importante reconhecer essas complexidades para garantir que todas as mulheres recebam atenção e cuidado de qualidade durante a gravidez e parto.

> A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, pág. 7)

A interseccionalidade é um conceito que reconhece que as pessoas possuem diferentes identidades, como gênero, raça, classe social, orientação sexual e outras, que se intersectam e interagem para moldar a sua experiência de vida e as suas oportunidades na sociedade. Isso significa que, por exemplo, uma mulher negra enfrenta desafios específicos que não são compartilhados por uma mulher branca ou um homem negro. É importante entender que essas identidades não podem ser separadas e precisam ser consideradas juntas para se compreender a complexidade das desigualdades que afetam diferentes grupos de pessoas. (Crenshaw, 2002).

> Nesse sentido, o grupo de mulheres negras é o que mais sofre discriminação nas atuais estruturas da sociedade. As desvantagens persistem tanto na vida profissional quanto na financeira. Além de vivenciar a falta de representatividade na política, as mulheres negras sofrem com a violência contínua (SILVA, 2022, s.p).

A interseccionalidade é uma ferramenta que pode ser utilizada para entender como as desigualdades se cruzam e se reforçam, criando opressões múltiplas em determinados grupos de pessoas. Ao considerar as diferentes formas de opressão que uma pessoa pode enfrentar, é possível desenvolver soluções mais eficazes e inclusivas para abordar as desigualdades que existem em nossa sociedade. (CRENSHAW, 2002).

> Assim, enquanto no passado a diferença entre mulheres e homens serviu como justificativa para marginalizar os direitos das mulheres e, de forma mais geral, para justificar a desigualdade de gênero, atualmente a diferença das mulheres indica a responsabilidade que qualquer instituição de direitos humanos tem de incorporar uma análise de gênero em suas práticas (CRENSHAW, 2002, pág. 172).

Quando aplicada à questão da violência de gênero e obstétrica contra mulheres negras, a interseccionalidade nos permite entender como essas mulheres estão sujeitas a uma opressão específica que resulta da combinação de sua identidade racial e de gênero. As mulheres negras enfrentam uma série de desafios únicos quando se trata de violência de gênero e obstétrica (CURI *et al.,* 2020). Por exemplo, elas são mais propensas a sofrer violência sexual e doméstica do que mulheres brancas, devido à interseção de preconceitos racistas em relação a elas.

Visto isto, é de relevância falar sobre a formação sócio-histórica brasileira, trazendo marcos que influenciaram o olhar que a sociedade tem sobre as mulheres negras. Desta maneira, fez-se necessário trazer à tona a trajetória histórica da mulher negra no Brasil. Portanto, essa trajetória foi marcada pelo sistema escravocrata, que as obrigou a trabalhar em condições desumanas. As mulheres negras foram submetidas a estupros, violências e humilhações durante o período de escravidão (PONTES; PRUDENCIO; SANTOS, 2022).

> As pessoas negras foram transformadas dentro dessa ideia de poder, em objetos, posse do comprador, para que assim os europeus colonizadores, tivessem controle e domínio sobre os seus corpos e, para servir de mão-de-obra nas colônias. Assim tornaram-se comercializadas como coisas. Não eram vistos como seres humanos e, por isso, destituídos de direitos (PONTES; PRUDENCIO; SANTOS, 2022, pág. 07).

Após a abolição da escravatura, as mulheres negras continuaram a viver em situação de opressão e marginalização social. Por outro lado, a mulher branca teve uma trajetória histórica diferente. Ainda que enfrentasse desigualdades de gênero, ela sempre teve acesso aos recursos financeiros, educacionais e políticos. A mulher

branca pode reivindicar seus direitos e conquistar espaços na sociedade, enquanto a mulher negra ainda luta por igualdade (PONTES; PRUDENCIO; SANTOS, 2022).

> Dispersas entre os homens, ligadas pelo habitat, pelo trabalho, pelos interesses econômicos, pela condição social a certos homens – pai ou marido – mais estreitamente do que as outras mulheres. Burguesas, são solidárias aos burgueses e não das mulheres e proletárias; brancas, dos homens brancos e não das mulheres pretas. […] O laço que a une a seus opressores não é comparável a nenhum outro (BEAUVOIR, 1961, pág, 13).

Diante disso, a mulher negra ainda sofre com a violência, o racismo e a falta de oportunidades. A luta pela igualdade, no entanto, deve ser vista como uma luta coletiva e interseccional, que envolve uma série de fatores como classe, raça e gênero. Desta maneira, a mulher negra além de lidar com o racismo estrutural presente na sociedade, ela enfrenta ainda mais desigualdades quando se trata de cuidados durante a gestação e parto.

Muitas vezes, a mulher negra é vista apenas como um corpo reprodutivo, sem autonomia para fazer escolhas sobre seu próprio corpo e saúde. Ela é mais propensa a sofrer intervenções médicas desnecessárias, como cesarianas e episiotomias, e a receber menos analgesia durante o trabalho de parto (CURI; RIBEIRO; MARRA, 2020). Além disso, muitas mulheres negras relatam serem tratadas de forma desrespeitosa e violenta pelas equipes médicas, sofrendo discriminação racial e cultural. Isso pode levar a traumas psicológicos e físicos, afetando sua saúde mental e física a longo prazo.

Em um estudo realizado na Fiocruz (2019), sobre dados referentes ao atendimento de mulheres gestantes, afirmam que “as mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, realizando menos consultas do que o indicado pelo Ministério da Saúde; têm maior peregrinação entre maternidades, buscando mais de um hospital no momento de internação para o parto; e frequentemente estão sozinhas, com ausência de acompanhante durante o parto”[8] (FLAESCHEN 2020, s.p).

> A justiça reprodutiva está ligada ao conceito do bem viver. Que é a capacidade das mulheres negras de se apropriarem das decisões sobre os seus
> corpos, da sua sexualidade, da reprodução, de ter acesso aos recursos materiais e políticos que são distribuídos desigualmente na sociedade brasileira. E que vai afetar não somente os indivíduos, mas toda a comunidade e famílias inteiras (PONTES; PRUDENCIO; SANTOS, 2022, pág. 32).

Essas práticas são, muitas vezes, motivadas por preconceitos de gênero e racial e a ideia de que as mulheres devem ser submissas e obedecer às decisões dos profissionais de saúde (ZANARDO *et al.,* 2017). Além disso, a falta de informação e conscientização sobre os direitos das mulheres no processo de parto, pós-parto ou até mesmo de aborto também contribui para o aumento desse tipo de violência.

A VO se configura, nesse processo, como mais um tipo de violência contra a mulher, não só por desigualdade de gênero, mas também por fatores econômicos e raciais, onde a mulher tem seus direitos violados durante ou após o parto, tendo como sequelas danos físicos e psicológicos, ao ponto da mulher não reconhecer que está sendo vítima de uma violência (DELFINO, 2016).

Visto isto, quando falamos em violência obstétrica e mulheres negras, não podemos deixar de falar sobre o abortamento. A VO não ocorre somente no momento do parto ou no puerpério, mas estende-se tanto ao momento que o antecede quanto àquele que o sucede. Sendo considerado o momento em que mais ocorre violação de direitos e até causas de mortalidade materna, principalmente de mulheres negras.

Desta maneira, falar de mortes maternas por abortos é falar das questões concernentes aos direitos humanos, sexual e reprodutivo das mulheres, das desigualdades sociais econômica, étnica e de gênero é também falar do quanto o Estado negligencia o seu dever de proteger a vida e a saúde das mulheres (SANTOS; SILVEIRA, 2017).

> O fato é que as maiorias das mulheres que engravidam estão sujeitas a alguma forma violência obstétrica – seja na gestação, no parto e pós-parto ou mesmo nas situações de abortamento – nos serviços de saúde. Isso se deve ao fato de ainda termos um modelo institucionalizado de assistência bastante intervencionista e medicalizado, que perpetua e reforça opressões e hierarquias de gênero, raça e classe (LIMA *et at.,* 2021, pág. 4916).

Ademais, enfatiza-se que falar sobre a importância da saúde da mulher é falar sobre seus direitos reprodutivos e do quanto torna-se relevante debater sobre esta temática, que segundo Ventura (2009, pág. 19), os direitos reprodutivos são:

> São constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza.

Posto isto, esses direitos incluem o acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, como contraceptivos, planejamento familiar, exames ginecológicos, tratamento de infecções do trato genital, entre outros. A promoção da saúde da mulher é fundamental para garantir seus direitos reprodutivos. Isso significa que as mulheres devem ter acesso a serviços de saúde de qualidade, que respeitem suas necessidades e garantam seu bem-estar físico e emocional. Também envolve o combate à violência contra a mulher, que pode afetar negativamente sua saúde reprodutiva e sexual (MATTAR, 2013).

Além disso, é importante destacar que os direitos reprodutivos da mulher também estão ligados a questões sociais, econômicas e políticas, como desigualdades de gênero, acesso à educação e emprego, políticas públicas de saúde e direitos sexuais. Garantir o exercício desses direitos é fundamental para promover a igualdade de gênero e a justiça social. Que segundo (ÁVILA, 2003, pág. 468):

> A relação entre saúde e direitos reprodutivos e sexuais nos leva a pensar sobre essa relação com base nas necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade. Dito de outra maneira, a reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje estão colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nestes campos os meios de promover bem-estar, de prevenir contra morbi-mortalidade e de assegurar tratamentos e curas necessários. Esse bem-estar diz respeito ao estado de saúde física e mental.

Lima (2021) afirma que há certa contradição quando se fala sobre a equidade de gênero, pois pensar em uma equidade diante de um cenário onde se presencia vários tipos de violações de direitos contra a mulher, dentre eles como já foi citado, “a violação dos direitos reprodutivos da mulher”, principalmente sendo uma mulher negra. {...} “No entanto, no que se refere às mulheres negras, há no mínimo uma interseção de dois eixos: raça e gênero” (LIMA *et al.,* 2021, pág. 4916).

> O tema da violência obstétrica é frequentemente absorvido pela concepção de gênero. Assim, quando não destacamos que as mulheres negras estão mais sujeitas aos riscos de violências no parto e de mortes maternas em nosso país, ocorre o que a autora chama de um problema de superinclusão. A raça e as formas correlatas de vulnerabilidade interseccional contribuem para a expressividade da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. (LIMA *et al.,* 2021, pág. 4916).

Dessa forma, o gênero assume papel enquanto marcador das diferenças sociais entre homens e mulheres. Portanto, é importante que as instituições de

saúde pública implementem políticas e programas que promovam a igualdade e o respeito no atendimento obstétrico (SANTOS *et al.,* 2017). Enquanto isso não acontece, é fundamental que a sociedade se conscientize e busque formas de defender os direitos das mulheres negras, garantir sua segurança e prevenir a violência obstétrica.

Além disso, as mulheres negras frequentemente enfrentam discriminação e negligência por parte dos profissionais de saúde durante o parto, o que pode resultar em complicações graves e até mesmo morte materna. De acordo com um levantamento de dados realizados pelo Painel de Monitoramento de mortalidade materna no Brasil em 2022, apontam que: "A grande maioria das vítimas de violência obstétrica no Brasil são as mulheres negras. A pesquisa foi feita com base nos dados do Ministério da Saúde e mostra que 61,3% das vítimas são as gestantes negras"[9].

Em vista disso, salienta-se que debater sobre o recorte de violência obstétrica contra mulheres negras é de extrema importância para entendermos como a discriminação racial afeta diretamente os cuidados de saúde dessas mulheres durante a gestação, parto e pós-parto. É fundamental que haja uma conscientização por parte dos profissionais de saúde para que não ocorra nenhum tipo de negligência, desrespeito ou abuso com essas mulheres. Além disso, também é necessário destacar a importância da luta pelo fim da violência obstétrica, garantindo o acesso aos direitos das mulheres e uma assistência digna durante esse momento tão importante na vida.

[9] Disponivel em: https://noticiapreta.com.br/violencia-obstetrica-61-das-vitimas-sao-mulheres-negras/ Acesso em: 29/05/2023.

4 ASPECTOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL QUE CONTRIBUEM NO COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O intuito deste capítulo é debater sobre a atuação do assistente social no combate a Violência obstétrica. A VO, conforme vem sendo discutida ao longo deste estudo, é um fenômeno preocupante que ocorre durante o processo de gravidez, parto e pós-parto, afetando a saúde e o bem-estar das mulheres. Nesse contexto, salienta-se que o assistente social desempenha um papel fundamental no combate à VO, atuando como um agente de transformação social.

Posto isto, a atuação do assistente social no combate à VO baseia-se em princípios éticos e direitos humanos, buscando garantir o respeito à dignidade, autonomia e integridade das mulheres durante o processo de gestação, parto e pós parto. Assim, este capítulo está dividido em quatro tópicos; o primeiro está relacionado a pesquisa de campo que foi realizada com a assistente social que atua em uma maternidade pública. O segundo tópico será abordado sobre relatos de mães que sofreram algum tipo de violência dentro da instituição de saúde.

O terceiro tópico será discutido acerca da atuação do assistente social como parte de uma equipe multidisciplinar, na promoção de uma assistência integral e humanizada. E por fim, no último tópico, iremos apresentar gráficos relacionados a uma pesquisa colhida do formulário elaborado com perguntas voltadas à experiência de parto de mulheres nas maternidades.

4.1 Desenho metodológico da pesquisa de campo

Considerando o objetivo geral da pesquisa, que busca identificar os aspectos da intervenção profissional do assistente social que contribuem no combate à Violência Obstétrica no âmbito das instituições de saúde. Posto isto, foi realizada uma pesquisa de campo com a assistente social de uma maternidade pública com intuito de entender como se dá a sua atuação no combate a VO dentro da instituição de saúde.

Primeiramente, a ferramenta metodológica que foi utilizada na pesquisa de campo com a profissional entrevistada foi o roteiro de entrevista semiestruturada, onde foram elaboradas perguntas relacionadas a essa problemática, sendo possível

identificar os aspectos e estratégias da intervenção profissional no combate e na e erradicação dessa violência dentro do âmbito de trabalho. Esse tipo de entrevista, segundo Tartuce (2015, pág. 425): “é uma técnica de coleta de dados altamente flexível e adaptável, que pode ser usada em diferentes contextos de pesquisa, desde a abordagem exploratória até a análise de questões específicas".

No que se refere à realização da pesquisa, a entrevista foi realizada no dia 13 de Junho de 2023, de forma *online* via *Google Meet*. A principal dificuldade enfrentada durante a entrevista foi a falha da internet, ocasionando uma falha no entendimento de ambas as partes, contudo, durante a conversa foi possível compreender perfeitamente sobre a temática. Assim, a Assistente Social será identificada ao longo do estudo como “AS 01”.

Ao analisar as respostas e diálogos com a assistente social, foi refletido em adicionar mulheres que passaram pelo processo de parto, para trazer um viés reflexivo, e assim, foi utilizado outro instrumento de coleta de dados: o formulário. O formulário foi elaborado através do *Google Forms*, onde houve algumas perguntas gerais acerca da temática, partindo disso, ao analisar as respostas de forma geral, uma última pergunta foi destinada para saber se essas mulheres/mães vivenciaram algum tipo de VO durante este ciclo. Este processo de coletar informações do formulário ocorreu entre os dias 12 e 13 de junho de 2023.

Dessa forma, este formulário foi divulgado através do *Instagram*, onde se obteve 52 respostas. Após analisar todas as respostas, foi observada a última pergunta, que se voltou para identificar se essas mães/ mulheres vivenciaram algum tipo de VO, conforme mencionado anteriormente, e assim, obteve-se 10 respostas. Contudo, considerando o tempo para realização da pesquisa, apenas 03 mães participaram de forma aprofundada na pesquisa. A conversa aprofundada com essas mães ocorreu entre os dias 14 a 16 de junho de 2023.

4.1.2 Perfil das mães entrevistadas

Aborda-se neste tópico acerca do perfil das mães entrevistadas. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas com 03 (três) mães que aceitaram relatar um pouco sobre a sua experiência com parto e com a instituição de saúde. A seguir destacamos o perfil dessas mães para a melhor compreensão:

Quadro 01 - Perfil das mães entrevistadas

NOME	IDADE QUE SOFREU A VO	INSTITUIÇÃO QUE SOFREU A VO	DENUNCIOU A VO?	RELATOU A AMIGOS E FAMILIARES SOBRE?	POSSUI SEQUELAS DO OCORRIDO?
Entrevistada 1	26	Maternidade Privada	Não	Sim	Não
Entrevistada 2	28	Maternidade Pública	Não	Não	Sim
Entrevistada 3	26	Maternidade Pública	Não	Não	Sim

Fonte: Pesquisa de campo (2023).

A entrevistada 1 possui 31 anos, do sexo feminino, raça negra. A VO ocorreu quando a mesma tinha 26 anos. Além disso, ainda relatou que teve sua filha em uma maternidade privada ao qual possuía plano de saúde. Relatou também que não conseguiu denunciar, pois estava com o psicológico abalado e não teve suporte e direcionamento para realizar a devida denúncia. Ao sair do hospital a mesma relata que comunicou o ocorrido aos seus familiares, porém preferiram não voltar mais na instituição.

A entrevistada 2, possui 35 anos, sexo feminino e de raça negra. A mesma relata que sofreu VO nos dois partos que teve. O primeiro ocorreu quando tinha 16 anos e o segundo com 28 anos. A mesma relata que os 02 partos foram traumáticos, um em hospital público e o outro em um hospital privado. Relata que não denunciou, pois não havia um suporte, pois estava sem acompanhante nos dois partos e não sabia das devidas informações e dos canais de denúncia. Ao chegar em sua residência, a mesma relata que não conseguiu falar sobre o ocorrido com os seus familiares.

Além disso, a entrevista 02 ainda afirma ter sequelas do segundo parto que foi em uma maternidade privada. Relatou que durante o trabalho de parto teve uma laceração perineal e precisou ser ponteada, porém os médicos deram alta e se negaram a fazer o procedimento, onde até hoje possui o corte perineal devido a não reparação do procedimento.

A entrevistada 3, possui 26 anos, sexo feminino e de raça branca. A mesma relata que sofreu a VO na maternidade pública e ainda relata que não conseguiu

denunciar, pois foi um momento traumático e optou por não falar mais sobre o assunto. A mesma relata também que tem depressão por conta do evento traumático que passou.

Pôde-se observar através da entrevista que a VO pode ocorrer com mulheres de todas as idades, incluindo mulheres negras e brancas de diversas classes sociais, revelando um quadro alarmante e preocupante. Durante as entrevistas, as mães compartilharam experiências traumáticas relacionadas ao seu parto, que vão desde a falta de informação e consentimento até intervenções desnecessárias e tratamento desrespeitoso por parte dos profissionais de saúde. Essas práticas prejudicam não apenas a integridade física e emocional das mulheres, mas também comprometem a confiança no sistema de saúde e na saúde materna como um todo. Cabe salientar que os relatos e fragmentos das conversas com essas mães serão expostos no tópico 4.3.

4.2 A atuação do Assistente Social como parte de uma equipe multidisciplinar, na promoção de uma assistência integral e humanizada.

A atuação do assistente social no combate à Violência Obstétrica é abrangente e variada, visto que este profissional desempenha um papel essencial na promoção dos direitos das mulheres e na busca por uma assistência obstétrica humanizada e livre de violência. Assim, o assistente social trabalha de forma interdisciplinar, colaborando com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e psicólogos, para oferecer um atendimento humanizado.

Visto isto, durante a entrevista da pesquisa de campo, a primeira pergunta realizada para a assistente social que trabalha em uma maternidade pública de Paço do Lumiar, foi acerca da sua atuação no combate a VO e de que forma pode auxiliar essas mulheres vítimas de violência obstétrica no acesso aos serviços de saúde e na busca por reparação dos danos causados. Quanto a isso, coletaram-se algumas respostas que podem ser vistas abaixo:

> **AS 1:** Na verdade, o enfrentamento a VO tem sido um obstáculo muito grande, principalmente acerca da conscientização, pois ainda não temos uma legislação de fato que fale sobre a VO, os danos causados e de que forma essa violência pode ser combatida. No entanto, no meu ambiente de trabalho, a estratégia que utilizamos é a orientação, a partir do primeiro contato com a paciente. Orientamos acerca dos seus direitos durante o trabalho de parto e pós-parto. Orientamos também a respeito dos

> procedimentos que são considerados desnecessários, como a episiotomia, a manobra de kristeller e a aplicação de ocitocina. Atualmente na maternidade ao qual trabalho são poucos e raros os casos de realização de procedimentos desnecessários. Voltando acerca da orientação, essa paciente precisa estar ciente sobre os seus direitos, por exemplo, o direito de ter um acompanhante durante todo o seu processo de parto e pós-parto, que é um direito garantido por lei, dentre outros. Sendo assim, trabalhamos mesmo na forma de orientar e conscientizar essa paciente.

É fundamental ressaltar que a atuação do assistente social no combate à VO não se restringe apenas ao âmbito individual, mas também na busca por transformações estruturais e políticas. Além disso, a VO pode acontecer durante a gravidez, no parto ou no puerpério, e cabe enfatizar, que algumas mulheres podem não compreender que sofreram esse tipo de violência e que tiveram seus direitos violados (DOS SANTOS *et al.,* 2018).

Diante disso, uma das principais ações do assistente social se dá a partir da conscientização e educação das mulheres sobre seus direitos reprodutivos e orientações acerca do reconhecimento da VO, a partir do primeiro contato com essa usuária dentro da instituição de saúde. Essa orientação envolve informar as gestantes sobre os tipos de VO, como o desrespeito às escolhas da mulher, a realização de procedimentos invasivos sem consentimento, a falta de informação adequada e a negligência no atendimento, dentre outros. Delfino (2016, s.p) aponta que:

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

Além disso, o assistente social atua no acolhimento e escuta das mulheres que foram vítimas de VO, oferecendo suporte emocional, orientação jurídica e encaminhamento para serviços de saúde especializados. Esse profissional também pode auxiliar na documentação e registro dos casos de violência obstétrica, contribuindo para a construção de evidências e canais de denúncias (OLIVEIRA *et al.,* 2018).

> No que concerne ao Código de Ética do/a Assistente Social a consolidação dos direitos humanos e da cidadania é um dos grandes desafios do Serviço Social. Em tempos de naturalização das expressões da Questão Social e a emergência de novas expressões, necessita-se refletir sobre a realidade

> social e lutar na “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (BRASIL, 2012, pág. 23).

A segunda pergunta que foi realizada voltou-se para a equipe multidisciplinar, tais como os enfermeiros, médicos dentre outros. Se esses profissionais estão preparados caso ocorra a VO e qual é o papel do assistente social nesse processo. Abaixo pode-se observar a resposta coletada:

> **AS 1:** A atuação com a equipe multi se dá através da conscientização educativa. Por exemplo, em um dia na maioria dos hospitais tem um selo chamado “iniciativa hospital amigo da criança e da mulher”, onde promove um cuidado da mãe e do bebê que se insere tanto no processo de parto, como pós-parto, visando a prevenção e minimização de ações e práticas desnecessárias tais como mencionei anteriormente. Nossa atuação é muito na via de conscientizar, através de palestras, rodas de conversas, com os profissionais, como também com os acompanhantes.

Outra importante contribuição do assistente social dentro do seu espaço de trabalho é na sensibilização dos profissionais de saúde envolvendo as práticas que configuram a VO, através de realização de palestras e espaços de reflexão que visam a prevenção e a erradicação da VO. Através de palestras e de espaços de reflexão envolvendo as práticas que se configuram como VO. Trazendo à tona a importância do respeito aos direitos das mulheres e de abordagens humanizadas nos cuidados obstétricos, lutando por políticas públicas que garantam o acesso a um atendimento de qualidade e livre de violência.

> Acredita-se que a falta de informação e a ausência de políticas públicas voltadas à demanda contribuem para o aumento dos casos, perpetuando a prática e gradativamente naturalizado na sociedade. A escuta social e o acolhimento pela equipe multiprofissional às vítimas contribuiu para as formas de enfrentamento da violência obstétrica (PANTOJA *et al.,* 2021, s.p).

Nesse contexto, é de relevância enfatizar que a atuação do assistente social dentro da instituição de saúde, sendo ela pública ou privada, é voltada para as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que afetam a vida das pessoas. Seu papel dentro da instituição de saúde é fundamental, pois o profissional usa seu principal instrumento de trabalho para orientar as mulheres sobre seus direitos e a importância de denunciar qualquer forma de violência que venham a enfrentar durante o período de parto e pós-parto (SODRÉ, 2010).

> Sendo um profissional da saúde, o Assistente Social se relaciona com o Projeto Ético-Político, com a Reforma Sanitária e com a garantia dos direitos sociais, de forma ampliada e universal. Requerendo desta forma um

> profissional crítico e compromissado com a demanda, abrangendo todos os direitos garantidos na Constituição Federal de 1988 (PANTOJA *et al.,* 2021, s.p).

Assim, a atuação do assistente social no combate à VO dentro da instituição de saúde é fundamental, e assim, é necessário que ele esteja preparado para atender as vítimas e intervenha junto à equipe de saúde, orientando-os sobre o tratamento digno e humanizado que deve ser dado às mulheres gestantes e parturientes, além de orientá-las sobre a importância de denunciar qualquer forma de violência obstétrica. Posto isto, o assistente social:

> Em consonância com os Parâmetros, como atendimento direto ao usuário o documento conceitua como aquele que se dá em diversos espaços de atuação profissional, desde a atenção básica, até os serviços de média e alta complexidade e as ações predominantes no atendimento são as socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas que não ocorrem de forma isolada, mas na integração de um processo coletivo de trabalho em saúde e são complementares e indissociáveis. Para realização destas ações é primordial a investigação, que é transversal ao trabalho profissional, planejamento, mobilização e participação social, assessoria, etc. O eixo é subdividido em três subeixos que são: ações socioassistenciais, articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas (PAIVA, 2022, pág. 81).

A terceira pergunta feita para a profissional está relacionada com a rede de proteção e de que forma essa rede pode ser mobilizada para prevenir a VO e como o assistente social pode atuar nesse contexto. Observa-se a resposta coletada:

> **AS 1:** Esse processo deve começar desde o pré-natal da paciente, principalmente em relação ao seu plano de parto, priorizando o seu desejo desde a primeira consulta. É um trabalho que deve ser em rede, pois a partir do momento em que a paciente adentra o hospital, a equipe multiprofissional como os médicos, nutricionista, psicólogos, enfermeiros, dentre outros. devem estar aptos para dar um atendimento de qualidade para essa paciente, tudo isso também em parceria com o acompanhante, pois a mulher durante e após o parto não está com condição de dar respostas por conta do processo doloroso que é o parto. Em relação a VO, essa gestante deveria ser informada desde o seu pré-natal, porém a falta da inserção do assistente social dentro da UBS ainda é uma problemática, causando assim também essa desinformação acerca da VO.

Assim, enfatiza-se que o papel do assistente social no combate à VO é de suma importância, tanto para proteger os direitos das mulheres como também para garantir a humanização dos cuidados obstétricos e promover uma cultura de respeito, igualdade e dignidade no processo de gestação, parto e pós-parto.

> É patente o fato de que somente o esforço dos assistentes sociais não é suficiente para a erradicação da violência obstétrica. No entanto, os profissionais de serviço social são qualificados e capacitados para participar do enfrentamento a esse tipo de violação de direitos. Os assistentes sociais podem se articular com os demais profissionais das equipes de saúde, realizando e participando de pesquisas sobre o assunto e, principalmente,

> oferecendo um atendimento de qualidade às mulheres, desde o planejamento familiar, passando pelo pré-natal até o pós-parto, para que elas possam obter informações de qualidade sobre seus direitos no contexto do parto e nascimento (CORREA; TORRES, 2021, pág. 9).

E por fim, a última pergunta realizada voltou-se para os principais desafios enfrentados pelo assistente social no enfrentamento da VO e como esses profissionais podem se capacitar para melhor atuar nessas situações? Abaixo foi possível verificar a resposta coleta:

> **AS 1:** Temos que continuar lutando por uma legislação de fato que fale sobre a VO, principalmente por ser uma porta de entrada para combatê-la. De uma política pública voltada nessa garantia de direito, para que a paciente conheça do que realmente se trata essa violência. Porque no Brasil ainda é um termo novo e infelizmente são técnicas ainda utilizadas pelos médicos, principalmente nos interiores, que são vistos como “procedimentos normais”. Então a nossa intervenção é voltada nesse processo da conscientização. Temos que ter conhecimento acerca dessa prática, porque só vamos combatê-la se tivermos conhecimento de fato de como essa violência se caracteriza. Temos também que conhecer o ambiente ao qual estamos inseridos, pois infelizmente são ações que ainda ocorrem, mesmo realizando todas essas intervenções.

Visto isso, a atuação do assistente social como parte de uma equipe multidisciplinar na promoção de uma assistência integral e humanizada é de extrema relevância, visto que contribui para a construção de um atendimento mais acolhedor, considerando as dimensões sociais e estruturais, e promove uma relação de empoderamento, buscando garantir o acesso aos direitos sociais e a melhoria das condições de vida.

Nesse sentido, o trabalho do assistente social vai além da resolução de problemas imediatos, visto que busca identificar e intervir nas causas e determinantes sociais que afetam a saúde e o bem-estar dos usuários, contribuindo assim para uma transformação das condições de vida e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

4.3 “A realidade do ciclo puerperal: depoimentos de mães sobre a violência obstétrica no acompanhamento do parto e pós-parto".

O ciclo gravídico puerperal corresponde a um período que engloba a gravidez, o parto e o puerpério (período após o parto) e é um momento muito especial e delicado na vida de uma mulher. É o período que se inicia após o parto e termina cerca de 40 dias depois. É um período de grandes mudanças para a mulher, tanto

físicas quanto emocionais. No entanto, muitas mulheres sofrem violência obstétrica durante esse período (PARADA, 2008).

Em resumo, o corpo da mulher durante a gravidez passa por diversas transformações, preparando-se para o parto. O útero aumenta de tamanho, as mamas crescem e as alterações hormonais trazem diversas modificações no corpo e na mente da mulher. Posto isto, o parto é o momento de expulsão do feto do útero, podendo ocorrer de diferentes formas. Pode ser normal (vaginal) ou cirúrgico (cesárea), dependendo das condições da gestação e do parto. Já o puerpério é o período de recuperação do organismo da mãe após o parto. É uma fase importante para a adaptação e estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, além da amamentação[10].

Nesse período, é importante que a mulher receba acompanhamento médico e obstétrico adequado, com o objetivo de garantir sua saúde e a do bebê. Também é importante destacar que o ciclo gravídico puerperal é um momento de mudanças significativas e pode ser desafiador para a mulher e sua família, por isso é fundamental que haja suporte emocional e psicológico adequado para as mulheres durante esse processo.

No entanto, cabe ressaltar que a partir do momento em que essa gestante passa por algum trauma, como é o caso da VO, essas práticas podem trazer danos mais graves para a saúde física e mental dessa mulher, além de impactar negativamente no vínculo mãe-bebê e no processo de amamentação. (BESSA, 2022).

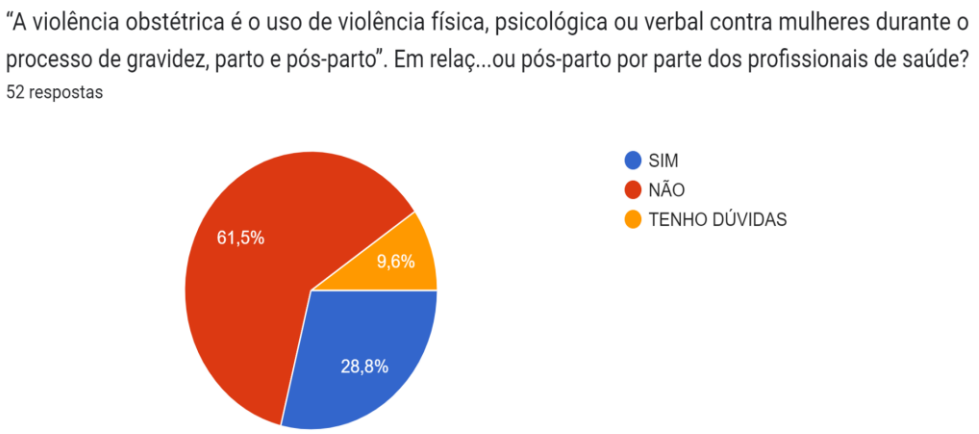
Diante disso, este tópico se voltará para enfatizar a pesquisa de campo realizada através do formulário *Google Forms,* que foi realizado com mães que passaram pelo processo de gravidez, parto e puerpério, com perguntas objetivas acerca da sua experiência com a instituição de saúde. Abaixo foi possível obter resultados através dos gráficos.

A primeira pergunta foi acerca da experiência de parto, se ocorreu algum tipo de prática desnecessária por parte dos profissionais da saúde. Visto isto, pode-se observar através das respostas obtidas no gráfico 1 que 61,5% dessas mulheres afirmam não ter passado por nenhum tipo de violência durante o parto. Sendo 28,8%

[10] Disponivel em: https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1915-cuidado-materno-gestacao. Acesso em 18 de Jun. 23

afirmam ter sido vítimas de VO. Por fim, 9,6% ainda têm dúvidas se sofreu ou não a VO durante ou após o parto.

GRÁFICO 1 - Experiência do parto e participação dos profissionais de saúde

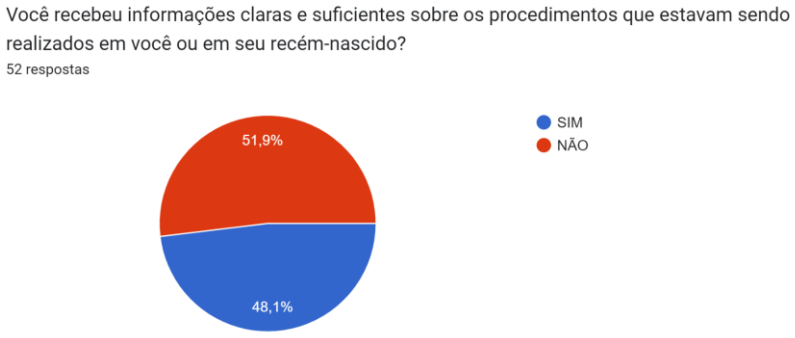


Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Dessa forma, visualiza-se que esses números demonstrados pelos gráficos destacam ainda a existência de casos em que as mães vivenciaram situações de violência durante o parto, evidenciando a necessidade de maior conscientização e medidas preventivas para garantir uma assistência obstétrica respeitosa e livre de abusos.

A segunda pergunta voltou-se para saber acerca das informações repassadas pelos profissionais sobre os procedimentos que iriam ser realizados. Visto isto, pode-se observar, através das respostas obtidas no gráfico 2, que 51,9 % dessas mulheres afirmam que não foram repassadas as devidas informações acerca dos procedimentos realizados durante o parto. Sendo 48,1% afirmando terem sido informados pelos profissionais da instituição de saúde.

GRÁFICO 2 – informações sobre os procedimentos realizados

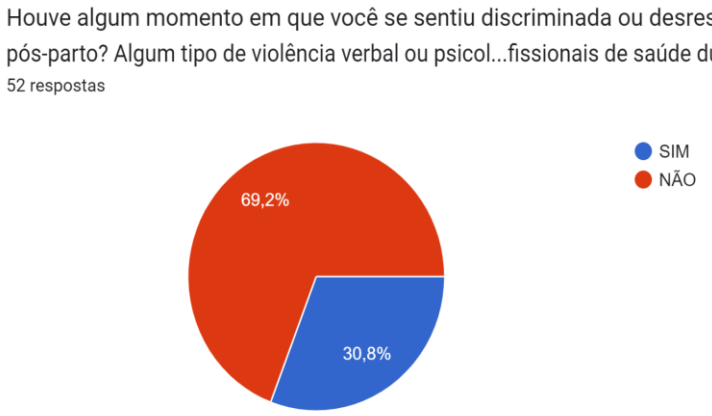


Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Visualiza-se assim, que esses resultados sugerem que há uma divisão na qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e as mães, não sendo devidamente informadas sobre os procedimentos que vão ser realizados. Essa falta de comunicação pode contribuir para sentimentos de desamparo durante o processo de parto, destacando a importância de uma comunicação clara e efetiva entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas.

A terceira pergunta foi sobre as ações realizadas pelos profissionais da saúde. Visto isto, pode-se observar através das respostas obtidas no gráfico 3, onde aponta que 69,2% dessas mulheres afirmam que não se sentiram desrespeitadas durante todo o processo de parto e pós-parto. Sendo que 30,8% afirmam terem sido desrespeitadas pelos profissionais da instituição de saúde.

GRÁFICO 3 - Tratamento profissional durante o parto e/ou puerpério



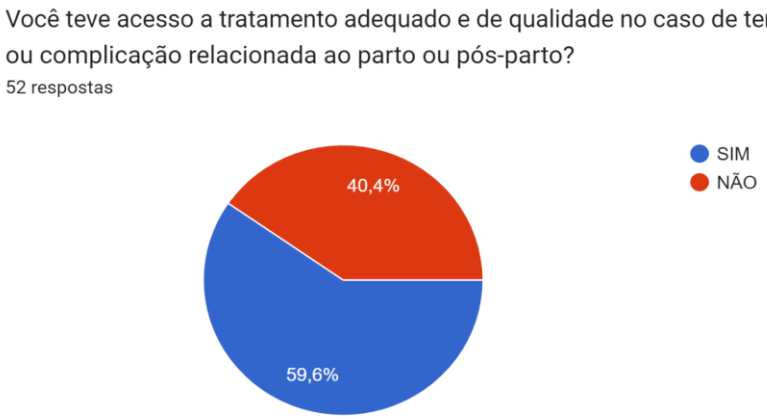
Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Portanto, esses resultados indicam que existe ainda uma porcentagem de mulheres que enfrentaram comportamentos desrespeitosos por parte dos médicos durante o parto, o que pode ter impactos negativos na experiência e no bem-estar das mães. É importante abordar essas questões para garantir um ambiente de parto respeitoso, no qual as necessidades e os direitos das mulheres sejam devidamente atendidos.

A quarta pergunta foi sobre o tratamento por parte dos profissionais da saúde, se foi de qualidade ou não, logo após ter sofrido alguma lesão ou complicação. Visto isto, pode-se observar através das respostas obtidas no gráfico 4 que 59,6% dessas

mulheres receberam um tratamento de qualidade logo após terem complicações no parto. Sendo que 40,4 % afirmam que não receberam um tratamento adequado.

GRÁFICO 4 - Tratamento durante o puerpério

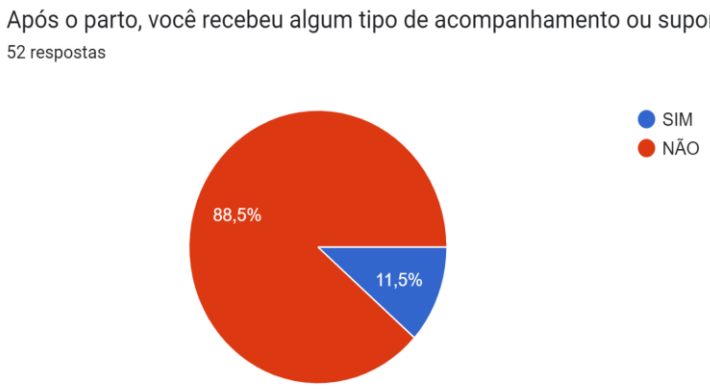


Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Observou-se assim, que esses resultados destacam que uma porcentagem de mulheres não recebeu o cuidado necessário após enfrentar complicações ou lesões decorrentes do parto. Isso ressalta a importância de garantir que todas as mães tenham acesso a um tratamento adequado, independente da ocorrência de complicações, visando a recuperação física e emocional após o parto.

A quinta pergunta voltou-se ao acompanhamento psicológico após o parto. Visto isto, pode-se observar através das respostas obtidas no gráfico 5 que 88,5% dessas mulheres não foram acompanhadas por um psicólogo. Sendo que 11,5 % afirmam terem sido acompanhadas por um psicólogo.

GRÁFICO 5 - Acompanhamento psicológico

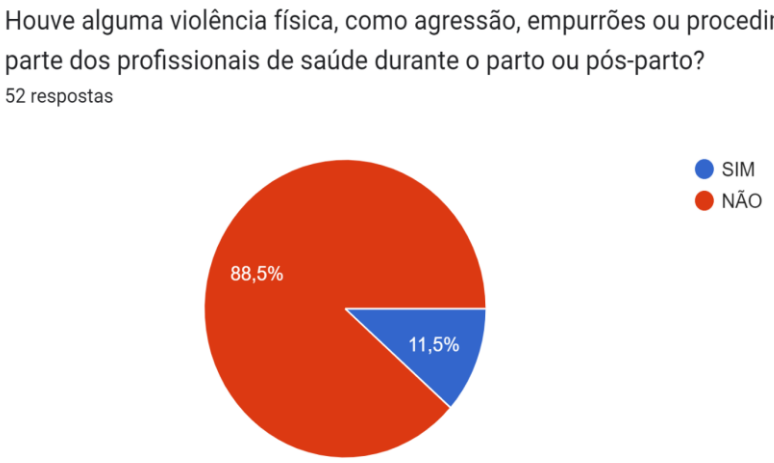


Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Visualiza-se que esses resultados revelam uma disparidade significativa no suporte psicológico oferecido às mães após o parto. A falta de acompanhamento psicológico pode ter consequências negativas para a saúde mental das mães, considerando os desafios emocionais e as alterações hormonais que podem ocorrer nesse período pós-parto. É fundamental garantir que as mães recebam o suporte necessário para lidar com as questões emocionais e ajustes decorrentes da maternidade.

A sexta pergunta refere-se aos procedimentos desnecessários por parte dos profissionais que caracterizam a VO. Visto isto, pode-se observar através das respostas obtidas no gráfico 6 que 88,5% dessas mulheres foram vítimas de VO. Sendo que 11,5 % afirmam terem passado por procedimentos desnecessários dentro da instituição de saúde.

GRÁFICO 6 - Violência física durante o parto e/ou puerpério



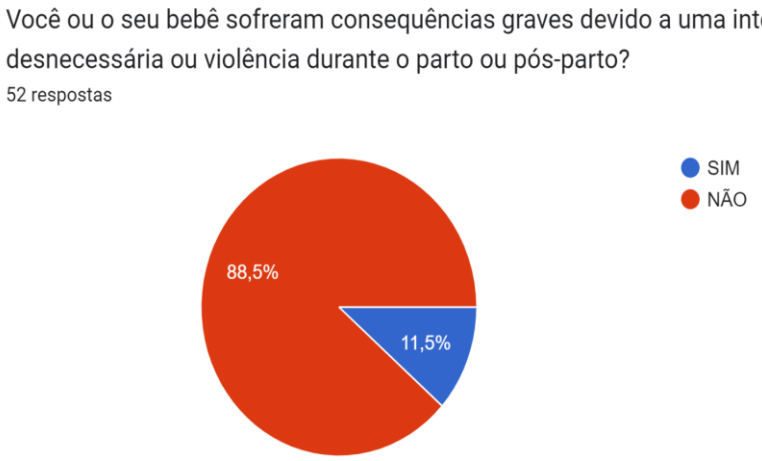
Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Esses resultados indicam que uma parte significativa das mulheres entrevistadas não vivenciou formas de violência durante o parto, o que é um aspecto positivo. No entanto, é preocupante que uma parcela minoritária tenha relatado ter enfrentado violência obstétrica, destacando a importância de conscientizar e prevenir essas práticas abusivas. É fundamental garantir o respeito aos direitos das mulheres

durante o parto, oferecendo uma assistência obstétrica segura, humanizada e livre de violência.

E por fim, o último gráfico aponta que 88,5% não tiveram consequências graves durante o parto e após o parto. Sendo que 11,5 % afirmam terem sofrido intervenções médicas desnecessárias, ocasionando danos graves (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 – Intervenções médicas desnecessárias



Fonte: Pesquisa de campo (2023).

Esses resultados indicam que a maioria das mulheres entrevistadas não experimentou efeitos graves em decorrência da violência obstétrica. No entanto, é preocupante que uma parcela minoritária tenha relatado ter sofrido consequências graves em virtude dessa violência, o que pode incluir traumas físicos, emocionais e psicológicos. Esses dados enfatizam a necessidade de adotar medidas para prevenir a violência obstétrica, garantir a segurança e o bem-estar das mulheres durante o parto, além de oferecer suporte e cuidados adequados às vítimas dessa violência.

Portanto, pôde-se observar com os resultados obtidos no formulário através dos gráficos que a VO ainda ocorre nas maternidades públicas e privadas, sendo que violência obstétrica pode ocorrer em diferentes etapas do ciclo puerperal, desde o acompanhamento pré-natal até o parto e o pós-parto. Infelizmente, muitas mulheres relatam experiências negativas dentro das maternidades, como a falta de informação e de consentimento, realização de procedimentos desnecessários ou invasivos, falta de atenção às suas necessidades e tratamento desrespeitoso por parte dos profissionais de saúde.

A pesquisa tem mostrado que é necessário investir em capacitação de profissionais de saúde, garantir o respeito aos direitos das mulheres e o cuidado digno e humanizado durante todo o ciclo puerperal para prevenir a violência obstétrica.

4.3.1 ***Reflexões de mães que vivenciaram a VO***

Conforme mencionado anteriormente, as entrevistas com as mães ocorreram entre os dias 14 a 16 de Junho de 2023. As entrevistas detalhadas foram realizadas através de conversas pelo *Whatsapp*. Sendo assim, este último tópico está destinado para as entrevistas individuais de cada mãe, sendo possível identificar a VO, através das suas experiências com a instituição de saúde. Assim, cada mãe será identificada ao longo da entrevista como “entrevistada 1”, “entrevista 2” e “entrevistada 3”.

A primeira pergunta foi acerca da experiência de parto com a instituição de saúde. Observa-se a resposta coletada abaixo:

> **ENTREVISTADA 1:** Tive a minha filha em uma maternidade privada. No momento do parto foi tranquilo, tive uma equipe maravilhosa. Todos os procedimentos que ia ser realizado eles me informaram. Antes de ser realizado o parto o médico me perguntou se gostaria de ser transferida para outra unidade, pois estava no quadro de pré-eclâmpsia e no hospital que estava não teria muito assistência, mas optei em permanecer na unidade que estava, pois até ser transferida iria demorar e também por ter que ser feito todo processo de internação novamente e eu já estava sentindo muita dor. Então, o parto foi realizado com toda assistência necessária, e ocorreu tudo bem. Com 24 horas tive alta, porém com 10 dias, minha cirurgia começou a doer e sair uma secreção. Então, retornei ao hospital, e o médico que realizou meu parto estava de plantão, então ele me atendeu, me examinou e devido a secreção fez um curativo e falou que não precisava me preocupar, e pediu que no outro dia eu retornasse para fazer a troca do curativo, e assim eu fiz. No outro dia retornei e o médico plantonista que iria realizar a troca do curativo me informou que iria fazer um procedimento, mas não especificou, só disse que iria causar dor, e assim fez, então ele abriu minha cirurgia, sem o meu consentimento. Somente depois de abrir ele me falou o que teria feito, e foi prescrever exames para ser feito. Logo após, ele passou uma ultrassom em tela, porque a cirurgia estava aberta e solicitou exames de sangue para saber se estava infeccionada, porém o exame deu negativo. Então passei o dia no hospital sem a minha filha, pois o plano não estava aceitando a minha internação. Nesse período foram várias tentativas e enquanto isso as meninas que vinham pra fazer internação precisava sempre tirar uma foto para mandar pra análise. Então, eles passavam o dia tirando e colocando curativo. A noite, logo após a papelada ser resolvida, conseguir ser internada, passei 5 dias com a cirurgia aberta, até o médico que fez o meu parto está de plantão novamente para avaliar e fechar a cirurgia. Todos os dias pela manhã já começava preparar meu psicológico, pois era o horário que os médicos passavam para examinar, então ele tiravam o curativo e espremia para ver a situação da secreção e todos os dias, os médicos que passavam e avaliavam diziam

> que não era para eu estar lá. Mas enfim, o médico realizou o procedimento sem antes ter certeza se era infecção ou não, porque os exames eram pra ter sido feito antes do procedimento que ele realizou.
>
> **ENTREVISTADA 2:** Meu último parto foi o mais traumático. Tive os meus três filhos normais, dois partos pelo público e o último foi particular. No meu primeiro parto, tive a minha primeira filha com apenas 16 anos, isso a 18 anos atrás. Moro em um município pequeno, na época com pouco suporte. Ao entrar em trabalho de parto tive que ser transferida para Fortaleza, porque eu não tinha feito uma ultrassom e os médicos aqui não sabiam em que posição o bebê estava. Me transferiram em uma ambulância apenas com o motorista e uma técnica de enfermeira (também parteira), isso foi traumático pra mim, pois ir para um lugar distante sem conhecer ninguém para ter um bebê sozinha e principalmente sem ter nada para o bebê, mas graças a Deus ocorreu tudo bem. Já no meu segundo parto tive no meu município e tudo ocorreu super bem, não tinha médico na hora, apenas a parteira. Porém já no terceiro parto tive em Fortaleza em um hospital particular, foi traumático, até hoje eu lembro. Fiz tanta força que rompeu embaixo da minha virilha, era pra eles terem ponteado depois, mas se negaram a fazer o procedimento e até hoje nunca voltou ao normal. Nesse mesmo dia colocaram um suporte embaixo do meu bumbum para esperar a placenta sair (uma paradeira), assim que a placenta saiu o médico foi embora e eu fiquei lá numa posição horrível com aquele negócio embaixo e simplesmente me esqueceram de mim ali, precisei chamar a minha acompanhante para me ajudar. Tive o bebê às 07:10 da manhã, levaram ele pra fazer exames e só vieram me entregar 12:00 horas. Eu já estava em desespero, e ainda por cima deram um leite a ele que não era o leite materno para recém-nascido.
>
> **ENTREVISTADA 3:** Eu tenho trauma de hospital por isso. Eu fiquei com depressão pós-parto, e ansiedade constantemente, aí então eu mesma fui procurar ajuda, pois passei um mês internada com meu filho e pedindo assistência psicológica, porém nunca atenderam o meu pedido. Tudo isso aconteceu em um hospital que diziam ser a melhor maternidade da cidade, mas do meu ponto de vista foi o pior.

Visto isso, visualiza-se que esses relatos de experiências de parto que envolve violência e a destruição da saúde são preocupantes e destacam a necessidade de uma atenção mais cuidadosa e respeitosa aos direitos e bem-estar das mulheres durante o período do parto. É fundamental garantir um ambiente seguro, onde as mães possam receber o suporte necessário, ter suas escolhas respeitadas e ser tratadas com dignidade durante toda a experiência do parto.

A segunda pergunta foi em relação ao sentimento ao qual se sentiram após serem vítimas da VO. Observa-se a resposta coletada abaixo:

> **ENTREVISTADA 1:** Eu fiquei desesperada, pois corria o risco de ficar internada e não ter quem ficasse com minha filha. E pelo fato de tá tomando antibiótico, estava com medo de não poder amamentá-la.
>
> **ENTREVISTADA 2:** Me senti impotente, sem poder fazer nada.

> **ENTREVISTADA 3:** Me senti péssima. Até hoje guardo traumas devido o parto. Tenho várias crises de ansiedade só de pensar em tudo que eu passei naquele hospital.

Assim, identifica-se que esses relatos revelam o sentimento que essas mulheres sentiram após sofreram a VO, que são sentimentos de raiva, tristeza, impotência, medo, ansiedade, confusão e até mesmo traumas psicológicos. Portando, a violência obstétrica viola a autonomia e a dignidade das mulheres, podendo gerar um impacto profundo em seu bem-estar emocional e mental. É importante ressaltar que o acompanhamento psicológico pós-violência pode ser importante para ajudar essas mulheres a processar suas emoções e superar o trauma causado pela VO.

A última pergunta voltou-se para saber se as mesmas conseguiram denunciar essas práticas. A resposta coletava foi:

> **ENTREVISTADA 1:** Não fiz a denúncia.
>
> **ENTREVISTADA 2:** Não denunciei, como em muitos casos, justamente por falta de informações e suporte necessário, na verdade, eu nem sabia como denunciar.
>
> **ENTREVISTADA 3:** Não denunciei pelo simples fato de não querer mais lembrar do que passei naquele hospital.

Visto as respostas anteriores, é possível identificar que ainda há mulheres que sentem receio em denunciar pelo simples fato de não terem o devido conhecimento dos seus direitos ou por não saberem como e onde denunciar a VO. Posto isto, as mães entrevistadas destacaram a importância da informação e conscientização acerca da VO. Elas enfatizaram ainda, acerca da necessidade de acesso à informação de qualidade sobre os procedimentos médicos envolvidos, os direitos das mulheres durante o parto e os canais de denúncias.

Por fim, durante a realização deste estudo, pôde-se observar que fica evidente que a VO é um problema complexo, que exige uma abordagem abrangente para erradicá-la. Isso inclui a implementação de políticas públicas que protejam os direitos das mulheres, voltada para a conscientização dos profissionais de saúde e de mecanismos eficazes para realizar a denúncia e responsabilizar os responsáveis por essa violência. Sabemos que a luta contra a violência obstétrica é um esforço coletivo que requer a colaboração de profissionais de saúde, governos, organizações da sociedade civil e comunidades (BESSA, 2022).

Portanto, é essencial que as vozes das mães que vivenciaram essa violência sejam ouvidas e que suas experiências sejam levadas em consideração na busca

por mudanças significativas no sistema de saúde. Somente assim poderemos construir um ambiente de respeito e cuidado para todas as mulheres, independentemente de sua origem étnica, classe social ou qualquer outra característica pessoal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando aos objetivos deste estudo, que buscou compreender acerca da atuação do assistente social no combate à violência obstétrica dentro das maternidades, e os principais desafios enfrentados pelos profissionais para a efetiva garantia de direitos. Concluía-se que o papel do assistente social no combate a essa forma de violência é de extrema importância, uma vez que o profissional deve possuir conhecimentos e habilidades necessárias para combater a VO. Portanto, a atuação do assistente social no combate à violência obstétrica é fundamental para promover a conscientização e o acolhimento da gestante durante e pós-parto, com o intuito de prevenir essa violência.

Foi possível compreender que o Serviço Social no Brasil desempenha um papel fundamental na promoção dos direitos humanos, na luta contra as desigualdades sociais e na busca por justiça social. Atualmente, a profissão enfrenta diversos desafios e se adapta às demandas e transformações da sociedade com variados desafios para efetivação de direitos. Em suma, o levantamento sócio histórico do Serviço Social no Brasil revela um percurso de transformações e desafios, marcado pela busca constante por uma prática profissional mais comprometida com a justiça social e a promoção dos direitos humanos.

Além disso, através deste estudo foi possível visualizar e confirmar que as mulheres no Brasil enfrentam desigualdades de gênero que são resultado de estruturas sociais, culturais e econômicas. Posto isto, a Violência Obstétrica é uma forma específica de violência de gênero que afeta as mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Ela está ligada às desigualdades sociais e de gênero.

Assim, mulheres de baixa renda, mulheres negras, mulheres indígenas têm maior probabilidade de sofrer Violência Obstétrica e isso é resultado de desigualdades, como a pobreza, o racismo, a discriminação e a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade. Portanto, é fundamental que a luta contra a violência obstétrica seja articulada com a busca por igualdade de gênero, pois somente através do reconhecimento e enfrentamento das desigualdades estruturais é que poderemos construir um país onde as mulheres tenham seus direitos iguais e respeitados, e sua saúde e bem-estar sejam prioridades.

Quanto à pesquisa de campo, primeiramente, foi possível compreender que a atuação do assistente social se dá através da informação e conscientização sobre os

direitos das mulheres no contexto obstétrico. Isso inclui esclarecer sobre os direitos reprodutivos, autonomia das suas decisões e consentimento. Assim, o assistente social no seu âmbito de trabalho pode desenvolver campanhas educativas, rodas de conversas, palestras para mulheres, famílias, profissionais de saúde e para as comunidades, buscando sempre a prevenção da violência obstétrica de modo a promover uma cultura de respeito aos direitos das mulheres. Além disso, o assistente social desempenha um papel fundamental no acolhimento e escuta das mulheres que sofreram violência obstétrica, podendo também auxiliar na elaboração de denúncias.

Na pesquisa de campo também podemos observar que ainda existem casos da VO. Assim, salienta-se que as entrevistas que foram realizadas com as mães foram essenciais para compreender as experiências pessoais, os traumas emocionais e as consequências físicas e psicológicas causadas pela VO. Esses relatos podem ajudar a identificar padrões, lacunas no atendimento, falhas no sistema de saúde e contribuir para a conscientização e ação em relação ao combate à violência obstétrica. A partir desses relatos, foi possível obter uma compreensão mais profunda dessa problemática, como a falta de informação adequada, o uso excessivo de medicação e a falta de consentimento informado.

Em síntese, a atuação do assistente social no combate à VO é de grande relevância tanto para a profissão quanto para a sociedade. O assistente social contribui para a promoção de uma assistência mais respeitosa, igualitária e centrada nas necessidades das mulheres. Sua atuação fortalece a profissão e colabora para a construção de uma sociedade mais justa e livre de violências. Por fim, o objetivo deste profissional é garantir uma assistência respeitosa e digna para a mulher, promovendo o seu direito à saúde e aos cuidados obstétricos de qualidade. Sendo assim, conclui-se que a violência obstétrica é um problema grave que afeta mulheres em todo o mundo, independentemente de sua idade, raça, classe social ou etnia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGIO, Alberto. BARBOSA, Agnaldo de Sousa. COELHO, Hercídia Mara Facuri. **Política e Sociedade no Brasil (1930-1964).** São Paulo: Annablume, 2002.

ANDRADE, Maria Ângela Rodrigues Alves. O metodologismo e o desenvolvimento no serviço social brasileiro–1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade,** p. 268-299, 2008.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Públic**a, v. 19, n. suppl 2, p. S465-S469, 2003.

BALOGH, G. Hospital proíbe manobra de Kristeller e reconhece violência obstétrica. **Uol Notícias,** 2016. Disponível em: http://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/12/16/hospital-proibe-manobra-de-krilsteller-e-reconhece-violencia-obstetrica/. Acesso em 05 mai. 2023.

BEAUVOIR, S. de. **Deve-se queimar Sade. Novelas do Marquês de Sade.** Tradução Augusto de Souza. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1961.

BENDASSOLLI, Pedro F.; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Significado do trabalho nas indústrias criativas. **Revista de Administração de Empresas,** v. 51, p. 143-159, 2011.

BESSA MOREIRA, MARIANA. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: relação entre a violência feminina e as políticas públicas de defesa à saúde da mulher.** Monografia (Bacharel em Direito) - UniEvangélica: GO, 2022.

BEZERRA, Clara Almeida et al. A origem do serviço social, no mundo e no Brasil. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-SERGIPE**, v. 1, n. 3, p. 151-156, 2013.

BRANDÃO, André Augusto. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 36, p. 92-93, 1991.

BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93, de regulamentação da profissão.- 10ª.ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em 02 abr. 2023.

BRASIL. **Manual Técnico Pré Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em 20 mai. 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei n° 7633/2014** (Do Sr.Jean Wyllys) Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785 Acesso em 20 abr. 2023.

BRAZ, Marcelo. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social. In: Assistente social: ética e direitos. Coletânea de leis e resoluções.** 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª região, 2006.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **Serviço Social & Sociedade**, p. 430-455, 2016.

CORRÊA, Ana Paula Dias; TORRES, Iraildes Caldas. Violência obstétrica: expressão da questão social posta ao trabalho do assistente social. **Argumentum**, v. 13, n. 3, p. 90-102, 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** v. 72, n. SPE, p. 156-169, 2020.

DA SILVA, Artenira; SAUAIA, Silva; DE MESQUITA SERRA, Maiane Cibele. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de direitos humanos e efetividade**, v. 2, n. 1, 2016.

DA SILVA, Maria Jacinta Carneiro Jovino *et al.* **POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA: CONSTRUÇÃO SOCIO-HISTÓRICA E AS MARCAS DO PLURALISMO DE BEM-ESTAR.** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociai, 2019.

DE LIMA, Crislene da Silva *et al.* Assistência de enfermagem frente a mulheres vítimas de violência no Brasil. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 1, p. e40310111861-e40310111861, 2021.

DE OLIVEIRA, Maria Liduína *et al*. **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo.** Cortez Editora, 2017.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica e serviço social: limites e desafios na atualidade.** II Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais do estado do Rio de Janeiro: RJ, 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva,** v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DOS SANTOS, Jessica; FINGER, Michele Aline Pommerening; LOPES, Mirian Cristina. A Atuação do Assistente Social Frente aos Limites e Desafios da Violência Obstétrica. **Humanidades em Perspectivas,** v. 4, n. 2, 2018.

Fundação Oswaldo Cruz (BR). "Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas." (2014). disponível: https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas Acesso em 05 mai. 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade,** p. 13-38, 2017.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** Cortez Editora, 2005.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 33, 2017.

Lesliane. As Diretrizes Curriculares da ABEPSS e os valores éticos e políticos para a formação profissional em Serviço Social. **Temporalis**, v. 16, n. 32, p. 97-121, 2016.

LIGABUE, Helena de Paiva**. A expressão da dimensão educativa no trabalho do assistente social na política de assistência social.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual Paulista, 2016.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 274-279, 2006.

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo. **Violência obstétrica no contexto da violência feminina.** Tese (Doutorado em Direito - Instituto CEUB de pesquisa e desenvolvimento, do Centro Universitário de Brasília, 2020.

MARIANI, ADRIANA C.; DO NASCIMENTO NETO, J. O. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA: BREVES CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS E DO RESPEITO ÀS MULHERES. **Cadernos da Escola de Direito**, v. 2, n. 25, p. 48-60, 10 nov. 2016

Marques, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário 9.1** (2020): 97-119.

MARTINS, Fabiana Lopes *et al.* Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 2, p. 413-423, 2019.

MATTAR, Laura Davis. **Os direitos reprodutivos das mulheres. Manual dos direitos das mulheres.** São Paulo: Saraiva, p. 54, 2013.

MINAS GERAIS. C**uidado Materno Infantil / Gestação.** Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1915-cuidado-materno-gestacao. Acesso em 18 de Jun. 23

MONTIBELLER, Cristiana. **Questão Social e Serviço Social.** Indaial: Uniasselvi, 2017.

Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica/ Hara Flaeschen. **ABRASCO**. Disponivel: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/ Acesso em 05 de mai. 2023

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** Cortez editora, 2017.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** Cortez Editora, 2017.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, v. 26, n. 84, 2005.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes.** Monografia - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, 2018.

PAIVA, Aline de Carvalho. O Serviço Social no combate à violência obstétrica: reflexões a partir das maternidades públicas de Santos/SP. **Repositório Unifesp**, 2022.

PANTOJA, D.S.De *et al.* **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um debate para o serviço social.** In X Jornada Internacional Políticas Públicas, 2021.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 35-46, 2008.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** Editora UNESP, 2009.

PIERITZ, Vera Lúcia Hoffmann; MONTIBELLER, Cristiana. O OLHAR DOCENTE SOBRE O PROCESSO DE ENSINOAPRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA UNIASSELVI. **Maiêutica-Serviço Social,** v. 2, n. 1, 2015.

PONTES, T.C.A.Da.; SOARES, H.C. **UM OLHAR SOBRE AS FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CENÁRIO DOS PARTOS BRASILEIROS.** In VII Seminário Corpo, gênero e sexualidade, 2018.

REISDÖRFER, Lara A.L. **Fundamentos Históricos, teóricos e metodológicos do serviço social.** Indaial: Trabalho de Conclusão de Curso, Uniasselvi, 2013.

ROCHA, FERNANDA PINHEIRO. O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: UM DEBATE SOBRE A PERSPECTIVA DE INTENÇÃO DE RUPTURA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PERFIL PROFISSIONAL. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.

RODRIGUES, Vanda Palmarella et al. Violência de gênero: representações sociais de familiares. **Texto & Contexto-Enfermagem,** v. 25, 2016.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência.** Ministério Público do Estado da Bahia, 2004.

SANTOS, Camila Simões; SILVEIRA, Lia Marcia Cruz da. Percepções de mulheres que vivenciaram o aborto sobre autonomia do corpo feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v. 37, p. 304-317, 2017.

SILVA, José Fernando Siqueira da. O recrudescimento da violência nos espaços urbanos: desafios para o Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, 89, p. 130-154, 2007.

SILVA, Maria de Fátima dos Santos *et al.* **ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS–METODOLÓGICOS E REALIDADE EM UNIDADES DE FORMAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL.** 147f. Dissertação (Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2017.

SILVA, Monalisa Nanaina da **et al.** Representatividade da mulher negra em folhetos educativos sobre saúde da mulher. **Escola Anna Nery,** v. 26, 2022.

SOARES, Morena Gomes Marques *et al.* **Em busca da revolução brasileira: o democrático-popular como expressão político-programática da formação da classe trabalhadora no Brasil.** 131f. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade,** p. 453-475, 2010.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 32, p. 479-486, 2011.

TARTUCE, Flávio. **Metodologia de pesquisa: abordagem teórico-prática.** São Paulo: Atlas, 2015.

TEIXEIRA, Joaquina Barata *et al.* O projeto ético-político do Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. In Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), Brasília: DF, 2009. Disponível em: https://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/522 Acesso em 01 mai. 2023.

TOMAZ, Marianna Andrade. **A questão social no capitalismo: uma análise do seu conceito na contemporaneidade.** In VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís–MA, 2013.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3.ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VIANA, Beatriz Borges; CARNEIRO, Kássia Karise Carvalho; GONÇALVES, Claudenora Fonseca. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. **Repositório UFSC**, 2017.

VIGANO, Samira de Moraes Maia; LAFFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. **História** (São Paulo), v. 38, 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita *et al.* A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade,** p. 5-12, 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA 01.

1. Como o assistente social pode auxiliar as mulheres vítimas de violência obstétrica no acesso aos serviços de saúde e na busca por reparação dos danos causados?
2. Como os profissionais da saúde, incluindo médicos e enfermeiros, estão sendo preparados para lidar com a violência obstétrica e qual é o papel do assistente social nesse processo?
3. De que forma a rede de proteção social pode ser mobilizada para prevenir a violência obstétrica e como o assistente social pode atuar nesse contexto?
4. Quais são os principais desafios enfrentados pelo assistente social no enfrentamento da violência obstétrica e como esses profissionais podem se capacitar para melhor atuar nessas situações?

APÊNDICE B - FORMULÁRIO *GOOGLE FORMS*

1. “A violência obstétrica é o uso de violência física, psicológica ou verbal contra mulheres durante o processo de gravidez, parto e pós-parto”. Em relação a violência obstétrica, você enfrentou algum tipo de violência durante o parto ou pós-parto por parte dos profissionais de saúde?

SIM ( ) NÃO ( ) TENHO DÚVIDAS ( )

2. Você recebeu informações claras e suficientes sobre os procedimentos que estavam sendo realizados em você ou em seu recém-nascido?

SIM ( ) NÃO ( )

3. Após o parto, você recebeu algum tipo de acompanhamento ou suporte psicológico?

SIM ( ) NÃO ( )

4. Houve algum momento em que você se sentiu discriminada ou desrespeitada durante o parto ou pós-parto? Algum tipo de violência verbal ou psicológica por parte dos profissionais de saúde durante o parto ou pós-parto?

SIM ( ) NÃO ( )

5. Você teve acesso a tratamento adequado e de qualidade no caso de ter sofrido algum tipo de lesão ou complicação relacionada ao parto ou pós-parto?

SIM ( ) NÃO ( )

6. Houve alguma violência física, como agressão, empurrões ou procedimentos desnecessários, por parte dos profissionais de saúde durante o parto ou pós-parto?

SIM ( ) NÃO ( )

7. Você ou o seu bebê sofreram consequências graves devido a uma intervenção médica desnecessária ou violência durante o parto ou pós-parto?

SIM ( ) NÃO ( )

8. Você identificou que foi uma vítima de violência obstétrica? Se sim, você toparia participar de uma pequena entrevista relatando de fato o ocorrido? Se sim, deixe seu nome e seu número. (DISCURSIVA).