



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Trabalho, Questão Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Movimentos Sociais e Serviço Social.

### PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Andrea de Lima Aragao<sup>1</sup>

Kayara da Silva Oliveira<sup>2</sup>

Paula Tatiana Carvalho de Oliveira<sup>3</sup>

**Resumo:** A reestruturação produtiva do capital, os impactos no mundo do trabalho e o desmonte das políticas de saúde balizaram o olhar para a violência obstétrica. A supervisão de estágio em Serviço Social em uma maternidade pública do Estado do Pará constatou a violência obstétrica vinculada à mercantilização da vida, resultado de ações fragmentadas e excludentes nos atendimentos institucionais de mulheres.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; precarização; saúde pública.

**Abstract:** The productive restructuring of capital, the impacts on the world of work, and the dismantling of health policies marked the outlook for obstetric violence. Supervising a traineeship in Social Work at a public maternity hospital in the State of Pará found obstetric violence linked to the commodification of life, the result of fragmented and exclusive actions in the institutional attendance of women.

**Keywords:** obstetric violence; precariousness; public health.

### INTRODUÇÃO

Percorrer a história da construção da política de saúde a partir dos marcos da reforma sanitária como guia de alicerces do Sistema Único de Saúde-SUS, no contexto da contrarreforma neoliberal do Estado, que desmonta o campo da seguridade social, configurou-se como desafio ao guiar a escrita a partir das experiências de estágio em Serviço Social no interior de uma das maiores maternidades públicas do Estado do Pará, que aqui chamaremos de MPP.

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail:<andreaservicosocial23@gmail.com>.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail:<andreaservicosocial23@gmail.com>.

<sup>3</sup> Profissional de Serviço Social. Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. E-mail:<andreaservicosocial23@gmail.com>.

O processo de reestruturação produtiva do capital, os impactos no mundo do trabalho e a precarização instaurada no setor público de saúde ganham contornos de violência institucional. A mulher grávida, com seus determinantes objetivos e cuidados necessários, é o alvo da violência obstétrica, constituindo como mais uma expressão da “questão social” na sociedade capitalista, em especial na sociedade brasileira.

Os desmontes da saúde pública se arrastam na história da política brasileira e se intensificam a partir do governo Fernando Henrique Cardoso- FHC em uma linha de construção política que nos dias atuais institucionalizam os modelos mais aprimorados das políticas neoliberais e privativas, com congelamento no financiamento na saúde entre outras políticas sociais. O processo de reestruturação produtiva e as transformações nos processos de trabalho rebatem nas condições de vida da classe trabalhadora.

A negação do direito das mulheres durante a vida gestacional, caracterizada como violência obstétrica, é o foco da pesquisa, relacionada aos processos de reestruturação produtiva, um contexto que afeta a vida e saúde dos trabalhadores que praticam a violência obstétrica. Parte da pesquisa descreve dois relatos de mulheres em trabalho de parto e no pós-parto, dentre as vastas experiências vivenciadas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social no interior da MPP.

Vários autores fundamentam este trabalho, possibilitando a compreensão do processo histórico de precarização do trabalho na saúde e seus rebatimentos na violência obstétrica no decorrer da experiência de estágio na MPP. As fontes utilizadas para alicerçar o percurso teórico foram: Bravo (2009) e Machado (2012), que sustentaram a interlocução da política de saúde e seus determinantes para a reforma sanitária; Antunes (2015) e Pires (2000), que exemplificam de forma consistente o processo de reestruturação produtiva e seus rebatimentos nos processos de trabalho na vida da classe trabalhadora; e Duarte (2013), que finaliza

o estudo dando ênfase à violência obstétrica como evidente negação e violação dos direitos da mulher.

## **1.OS DETERMINANTES DA REFORMA SANITÁRIA NA CONSTRUÇÃO DO SUS: EVIDÊNCIAS DA CONTRARREFORMA NEOLIBERAL**

Durante a década de 1980, a área da saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, deixando de estar reservada somente a técnicos e profissionais do ramo Bravo (2009); para essa autora, entre os sujeitos envolvidos nas reivindicações relacionadas à saúde nesse período estão: profissionais de saúde, o movimento pela reforma sanitária, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos.

As propostas e reivindicações defendidas pelo movimento da reforma sanitária e pelos sujeitos envolvidos eram: universalização do acesso aos serviços de saúde, concepção de saúde como direito social e dever do Estado, reordenamento do setor, como uma nova perspectiva sobre a saúde individual e coletiva, criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público, descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, financiamento efetivo, além da participação e controle da população através dos conselhos de saúde (BRAVO, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 em Brasília, foi um marco para o movimento favorável à reforma sanitária que se estendia por toda a década de 1980, ressurgindo a conferência como uma instância privilegiada de descentralização de poder em relação ao debate da saúde pública. Em 1987, foi implantado o Sistema Único e Descentralizado da Saúde (SUDS) que tentou incorporar alguns elementos centrais da proposta de reforma sanitária: universalização, descentralização (estadualização) e democratização das instâncias gestoras.

O processo histórico da reforma sanitária deu frutos a partir de um modelo de saúde oficializado pela Constituição Federal de 1988- CF 88, em que se instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil. O SUS é responsável pela garantia do direito à saúde universalizada oferecida pelo Estado. Assim, a saúde pública foi consagrada como produto social, pois o SUS estabeleceu as bases legais para a municipalização dos serviços e o cofinanciamento pelas esferas estaduais e federais (MACHADO, 2012).

Nos marcos da CF-88, o Brasil viveu uma série de desencontros democráticos; entre 1994 a 2000, Fernando Henrique Cardoso (FHC), governou o Brasil a partir de uma política macroeconômica voltada para as privatizações, cortes de despesas e aumento de impostos, afetando também as políticas de saúde com medidas privatizantes e neoliberais. Segundo Escorsim (2015), o governo FHC teve projetos políticos antagônicos que privilegiavam o setor da burguesia com as reformas neoliberais. Esse período trouxe uma crise de financiamento no setor da saúde, com a incapacidade do governo de remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos, criando assim, em 1997, a Contribuição Provisória para a Movimentação Financeira (CPMF) para financiar o setor da saúde, o que não aconteceu, agravando assim a crise no SUS, principalmente no atendimento hospitalar, com a escassez de leitos nos grandes centros e o difícil acesso de tratamentos médicos para a população, inclusive, como consequência, fazendo com que as Santas Casas de Misericórdia criassem seus próprios planos de saúde. Esse governo significou um período de retrocesso para a política de saúde.

A consagração eleitoral de Luís Inácio Lula da Silva, em 2002, foi uma resposta da população contra o projeto neoliberal, implantado nos anos 1990, no qual se entendia que, se estava elegendo um representante da classe operária brasileira com extensa experiência de organização política (MENEZES, 2014).

Para Demier (2008), o Partido dos Trabalhadores (PT) representou um avanço importante na história da organização política dos/as trabalhadores/as brasileira/s, um partido da classe trabalhadora, contrário às alianças com

representantes das classes dominantes. Partido que propõe organizar politicamente os (as) trabalhadores(as) urbanos e rurais.

Ao longo do governo Lula, os eixos estruturantes do nacional-desenvolvimentismo foram invertidos. O que se constata claramente é: desindustrialização, intensa dependência tecnológica, maior desnacionalização, perda de competitividade internacional, crescente vulnerabilidade externa estrutural, maior concentração de capital e crescente dominação financeira, expressando a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária focada no controle da inflação (GONÇALVES, 2012).

Na passagem do governo de Lula para Dilma em 2011, a presidente “definiu” durante o primeiro mandato alguns de seus objetivos, como: manutenção da estabilidade econômica, a erradicação da pobreza e a criação de empregos. Mas o que foi observado foi uma posição ainda mais privatista e comprometida com a preservação do modelo econômico imposto pela lógica neoliberal (MENEZES, 2014).

Menezes (2014) afirma ainda que todos esses cortes de investimentos na área da saúde, educação, cortes de recursos no programa Minha Casa Minha Vida e transporte, resultaram em reações de diversos grupos sociais, que saíram às ruas deixando nítidas as suas insatisfações frente ao governo. Citando como exemplo o ano de 2013, que foi marcado por manifestações e mobilizações em massa do povo.

No dia 12 de maio de 2016, as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas afastaram Dilma Rousseff da presidência da república alegando que a mesma cometeu crime de responsabilidade fiscal. Após o *impeachment*, assumiu o cargo de presidente do Brasil, Michel Temer, que, segundo o documento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2016), representa os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira, apontando a intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado, configurando

uma nova fase de contrarreformas estruturais, privatizações que atacam os direitos da classe trabalhadora<sup>4</sup>.

Atrelado ao processo de investida do grande capital, hoje uma das consequências do processo de *impeachment* de 2016, temos a eleição de Bolsonaro, um governo nefasto, ultraneoliberal, instalando a nova barbárie, um Estado de armas, a serviço da elite conservadora brasileira, que, em um dos seus atos institucionais no ministério da saúde, negou o uso do termo violência obstétrica, alegando que os/as profissionais de saúde não têm intenção de praticar a violência obstétrica nas rotinas institucionais da saúde, contrariando a luta dos movimentos de mulheres e dos órgãos que apuram denúncias de violência obstétrica. Um cenário de grandes perdas das políticas sociais inspira grandes lutas; somente a classe que vive do trabalho pode olhar para a história para demarcar suas lutas e inspirar transformações.

## **2A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DETERMINANDO OS PROCESSOS DE TRABALHO (A) TRABALHADOR (A)BRASILEIRO (A)**

A categoria trabalho nas obras marxistas é traduzida como fruto da riqueza e transformação da espécie humana, porém o processo de intensificação da exploração da classe trabalhadora faz com que o trabalho vire sobrecarga física e psíquica.

Segundo Pires (2000), vivemos em uma sociedade em que o trabalho é processo decorrente das relações sociais do sistema capitalista, influenciando assim o aumento da exploração do trabalho humano, a consequente acumulação da riqueza e aumento da desigualdade social.

---

<sup>4</sup>Estamos vendo a privatização com a entrada do capital estrangeiro, redução dos gastos com a saúde pública, desmonte do SUS, fomentando as terceirizações (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

Para Antunes (2015), as transformações ocorridas no capitalismo impactaram profundamente o mundo do trabalho através da estagnação e pela crise de acumulação taylorista e fordista, caracterizando uma crise estrutural do sistema do capital, alterando também de forma significativa a composição da classe trabalhadora em escala global fortemente enraizada no capital financeiro.

Ainda nos estudos de Antunes (2015), no Brasil, particularmente na década de 1990, as transformações geradas pela crise foram de grande intensidade, uma vez que a superexploração da força de trabalho está associada: aos baixos salários, ritmos de produção intensificados, jornadas de trabalho prolongadas, trabalhadores submissos às diferentes formas de exploração, desorganização do movimento operário e sindical, trabalho terceirizado, alta incidência de acidentes de trabalho e a profunda precarização das condições de trabalho na vida da classe trabalhadora brasileira.

No modo de produção capitalista, as mudanças contribuem para o aumento do desemprego e a intensificação do trabalho precarizado. É possível observar que no sistema capitalista contemporâneo há uma múltipla processualidade: de um lado, verifica-se uma desproletarização do trabalho industrial fabril, diminuindo a classe operária tradicional e, por outro lado, o crescimento do trabalho assalariado. (ANTUNES, 2006).

Antunes (2015) evidencia que, no Brasil, nas últimas décadas do século XX, ocorreu uma verdadeira epidemia capitalista, que contaminou a indústria, os serviços, a agricultura, o serviço público, por meio das mais distintas modalidades de terceirização, com novas condições de trabalho que definem trabalhadores (as) de “primeira” e “segunda” categoria, o que revela a distinção ou a condição de inferioridade e desigualdade no interior da classe trabalhadora<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Para Antunes (2015) temos: jornadas de trabalho mais prolongadas, alta de rotatividade, salários reduzidos, condições de insegurança, insalubridade, aumento da fragmentação da classe trabalhadora, concorrência entre os que trabalham no mesmo espaço produtivo, pulverização dos sindicatos e diversos setores terceirizados.

A precarização é, por um lado, um fenômeno intrínseco à sociabilidade construída sob o signo do capital, por outro lado, uma forma particular assumida pelo processo de exploração do trabalho sob o capitalismo em sua etapa de crise estrutural (ANTUNES, 2015).

Os processos decorrentes da base estrutural do sistema geram uma série de desconfigurações dos laços humanos, entre elas os diversos tipos de violência, a condição de classe deveria ser o viés da interlocução nos processos instituídos, mas não é isso que se observa no interior institucional.

### **3.A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO NEGAÇÃO DE DIREITOS DE USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

A partir dos anos 80 do século XX, o enfrentamento da violência passou a ser um dos objetos de reivindicação dos movimentos de mulheres, na medida em que os índices de mulheres agredidas por seus maridos ou companheiros aumentaram de modo significativo. Tal tema passou a ser uma das prioridades em âmbitos nacional e internacional, passando a integrar a agenda internacional de prioridades para a proteção e promoção dos direitos das mulheres. (COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996).

Atualmente, a violência contra a mulher apresenta várias faces. Dentre as inúmeras manifestações de violência de gênero encontra-se a denominada violência obstétrica:

A violência institucional na assistência ao parto, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em instituições de saúde, no momento do atendimento pré-natal, ao parto ou aborto. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, às vezes explícitas, às vezes veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.29).



Segundo Duarte (2013), a violência por si só é condenável e uma das piores formas de violência é a violência obstétrica, pelas seguintes razões:

Atinge dois seres que estão vulneráveis, e ao mesmo tempo: a mãe e o bebê. Às vezes atinge também o acompanhante, em geral o pai do bebê; É perpetrada por um grupo que tem o domínio (equipe profissional) em seu próprio campo de batalha (o hospital, a sala de parto); Muitas vezes não tem testemunha (a equipe se cala, o acompanhante muitas vezes foi impedido de assistir o parto); Não é reconhecida pela sociedade, que entende que os profissionais sempre estavam fazendo o seu melhor e que provavelmente a mulher é quem não colaborou/se comportou; Tem quase 100% de impunidade, pois as poucas denúncias recaem nos conselhos profissionais com sindicâncias intermináveis; Pode causar graves sequelas físicas e psicológicas, e em raros casos, a morte; Atinge um número absurdo de mulheres em nosso país, se considerarmos todas as suas formas. Podemos estar chegando perto de 100% de mulheres que foram ou serão submetidas a violência obstétrica durante seus partos(DUARTE,2013,p.1).

Duarte (2013, p.1) afirma ainda que os atos de violência obstétrica são:

Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência; Tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva, não empática, grosseira; Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; Submeter a mulher a procedimentos dolorosos desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas; tirando-lhe a liberdade de telefonar, usar celular, caminhar até a sala de espera ETC; Fazer graça ou recriminar por qualquer característica ou ato físico,; Fazer graça ou recriminar por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha entre outras; Fazer qualquer procedimento sem explicar antes o que é, sem pedir permissão; Submeter a mulher a mais de um exame de toque (ainda assim quando estritamente necessário), especialmente por mais de um profissional, e sem o seu consentimento; Cortar a vagina (episiotomia) da mulher quando não há necessidade (discute-se a real necessidade em não mais que 5 a 10% dos partos); Subir nabarriga da mulher para expulsar o feto (manobra de Kristeller ); Submeter uma mulher a uma cesariana desnecessária; Dar bronca, ameaçar, chantagear ou cometer assédio moral contra morais de qualquer pessoa da equipe; Submeter bebês saudáveis a aspiração de rotina, injeções e procedimentos na primeira hora de vida, antes que tenham sido colocados em contato pele a pele e de terem tido a chance de mamar; Separar bebês saudáveis de suas mães sem necessidade clínica.

No Brasil, desde 2007, a Lei nº 11.634 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS); os serviços de saúde deviam garantir à mulher o leito obstétrico no momento de seu processo de parto. A precarização da assistência, juntamente com as desigualdades sociais e a flexibilização no desmonte das políticas públicas, torna-se evidente, principalmente pela falta de investimentos na saúde da mulher, o que inviabiliza a construção de novas maternidades e a ampliação e adequação daquelas existentes, resultando na dificuldade das unidades hospitalares em acolher essas mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2015).

É importante considerar que, ao mesmo tempo em que se dispõe de políticas que fundamentam e redirecionam o modelo de atenção à saúde na perspectiva da qualidade e humanização, a realidade não demonstra a efetivação de tais direitos, expressando a precarização dos serviços que reforçam a violência obstétrica.

### **3.1 A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA MPP BALIZANDO O OLHAR PARA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A experiência vivida no campo de estágio supervisionado em Serviço Social na MPP durante 3 semestres balizou o diálogo teórico sobre a precarização do trabalho na saúde e o debate da violência obstétrica, construído pela luta incessante do profissional de Serviço Social na garantia de direitos dos/das usuário/as dos serviços.

A área hospitalar aponta a fragilidade do/a outro/a, exige a dimensão humana, o olhar para o sofrimento; as situações encontradas nos hospitais mostram o quanto a pessoa internada está sujeita a experiências dolorosas que cerceiam sua liberdade, invadem sua privacidade, impedem de realizar atos comuns do dia a dia e levam à perda da consciência de si mesma, ficando à mercê da ação do/a profissional de saúde.

As experiências vividas apontam para uma realidade complexa com várias demandas. É possível, por meio da formação acadêmica ofertada aos trabalhadores

da área de saúde, desenvolver competências que favoreçam a intervenção nas mais variadas expressões da “questão social” impostas pela atual conjuntura?

Vejamos o que o real nos impõe: a faixa etária das mulheres atendidas estão entre 13 a 22 anos, em sua grande maioria são adolescentes, mulheres que possuem pouca informação sobre sexualidade, e nem ao menos ouviram falar em planejamento familiar<sup>6</sup> para prevenir gravidez indesejada, muitas não fazem exames ginecológicos de rotina. A renda familiar da maioria dessas mulheres é inferior a um salário mínimo; quanto à profissão/ocupação não exercem atividade remunerada, seus companheiros trabalham muitas vezes de forma esporádica e também possuem baixa escolaridade.

No período de internação, as acompanhantes geralmente são suas genitoras, são visíveis as diversidades de demandas atendidas, mulheres com variadas referências: raça/etnia, religião, mulheres em situação de rua, dependência química, casadas, solteiras, que iniciaram o pré-natal com idade gestacional entre 14 e 17 semanas. Muitas dessas mulheres nem fazem o pré-natal, por morarem longe das unidades municipais de saúde, ou por não conseguirem vaga para esta modalidade de atendimento em outras instituições públicas. Mulheres com um percurso de violações dos seus direitos de toda ordem.

Na relação de poder estabelecida entre profissional e usuário/a, essas mulheres acham que não possuem conhecimento, e devem aceitar o que a instituição oferece, sentindo-se inferior ao profissional pelo fato dele ser o detentor do conhecimento, impondo uma relação de poder entre usuária e profissional da saúde, permeado pelo sucateamento e precarização do sistema de saúde.

Durante atendimento na triagem obstétrica<sup>7</sup>, observou-se um grande caos, onde mulheres grávidas estão em busca de atendimento sem retorno imediato, devido à superlotação; elas, por vezes, aguardam horas sentadas em cadeiras

---

<sup>6</sup>É o controle do número de filhos e intervalos entre gestações. Tem o objetivo de garantir o bem-estar da criança e do casal, pois podem escolher o momento propício para a chegada dos filhos.

<sup>7</sup>A triagem obstétrica é a porta de entrada da MPP.

desconfortáveis na recepção da triagem para depois se dirigirem a uma sala de observação, tendo que esperar novamente, para então, subir para a sala de parto (se for o caso).

Além disso, foi observado que muitas mulheres não têm nenhuma informação sobre os procedimentos que seriam realizados nelas. Devido à precarização no sistema, existem poucos profissionais, e os que estão atuando já estão totalmente sobrecarregados, por vezes não realizam falas importantes com as usuárias dos serviços.

A passagem das pesquisadoras pelo setor PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), e pelo CO (Centro Obstétrico), onde são realizadas as cesárias, aponta vários fatores que correspondem ao estudo aqui proposto acerca da violência obstétrica. Na equipe multiprofissional deste setor foi observada a falta de informação para a usuária, sobre o seu estado, antes, durante e depois do parto. Verificou-se que os procedimentos como a episiotomia, segundo os (as) profissionais são para facilitar o parto, mas, na verdade, quando é feito de forma errada traz vários malefícios para a mulher e vários riscos à saúde do bebê. Outro fator observado foram os maus tratos e grosserias por parte de alguns profissionais da área de enfermagem, tanto com a usuária quanto com os seus familiares, principalmente no centro obstétrico (CO), pois o acompanhante só pode entrar na hora do parto e depois sair, enquanto isso o mesmo passa por constrangimentos e grosserias para ter uma possível informação do estado de saúde da usuária que ainda se encontra no centro obstétrico, na espera de leito para o ALCOM (Alojamento Mãe-Bebê). Nessa espera, a mulher passa 48 horas após o parto para possíveis procedimentos de rotinas, como exames, vacinas, orientações da equipe médica, orientações sociais e cuidados até sua possível alta hospitalar.

Durante o estágio foi possível perceber, em alguns atendimentos, relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica, porém nem sabiam que tais procedimentos se caracterizavam por violência obstétrica. Um dos principais relatos que chamaram atenção, registrado no diário de campo, segue abaixo:

Uma usuária relatou ter chegado à MPP com perda de líquido, ficou esperando na triagem, a mesma ia toda hora perguntar por que ainda não tinha ido para a sala de parto, a resposta era sempre a mesma, que o hospital estava lotado, e a prioridade era para quem estava com dor ou estado mais grave, no seu caso era “só” perda de líquido, foi então que, depois de horas aguardando, a usuária foi para a sala de observação depois subiu para a sala de parto, no PPP aplicaram 3 medicamentos para induzir a dor, quando as contrações surgiam a paciente repassava para a equipe, que dizia que era normal e a gestante deveria caminhar no quarto, que agora era com ela, a usuária relatou que já estava cansada demais e sentia que seu filho estava nascendo, e nada da equipe dar a devida atenção; partindo de contrações extremamente fortes ela deu início ao parto, um médico se aproximou e falou que só ia trocar de roupa para retornar e “fazer o parto”, foi quando ali sozinha e desesperada entrou em trabalho de parto, e pariu sozinha. Nessa cena, aproximou-se um estagiário de medicina, ficando perplexo com o ocorrido, pois o bebê já estava na cama por alguns segundos, o estagiário então teve a ação de pegar o bebê. A mãe relatou ainda que sua decisão era por um parto cesáreo, mas que não ia contra o médico que viu possibilidade do parto “humanizado”; devido à demora e todo o ocorrido seu bebê teve que ir para a UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), deixando-a aflita e preocupada.<sup>8</sup>

Outro relato foi de uma usuária que estava com dor e o médico fez o procedimento de toque, detectando que a mesma estava com 05 centímetros de dilatação, sendo que o normal é 12 cm, então o médico pediu para que ela esperasse um pouco mais, porque ainda “não estava na hora”, mas a usuária insistia que estava entrando em trabalho de parto, o médico ignorou tal fala, e ela sentiu vontade de ir ao banheiro, e viu seu filho nascer, desesperada e sem ação percebeu, que seu bebê havia caído dentro do vaso sanitário, chamou a sua acompanhante que ajudou a tirá-lo, depois apareceu toda a equipe pedindo mil desculpas, como se isso resolvesse o caso. Os maiores casos de violência são a negligência, a negação de informação por parte da equipe médica, em que as mulheres sofrem intervenções desnecessárias, sem consentimento, sendo informadas depois, infringindo o direito da mulher de ser atendida com respeito e dignidade.

---

<sup>8</sup> Depoimento realizado na MPP, dia 21/09/2017.

Com a experiência de estágio, foi possível observar o desconhecimento e, por vezes, até a naturalização de alguns profissionais que compõem a equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro obstetra, assistente social, entre outros) em torno da violência obstétrica; muitos não sabem lidar com esta demanda, não constroem estratégias de informação, diálogo e enfrentamento, muitas vezes vendo como única solução a denúncia para a ouvidoria do hospital, isso quando o fato já ocorreu.

Os desafios ao (a) profissional de Serviço Social em tempos de contrarreforma do Estado, em tempos de reestruturação produtiva, remetem ao campo das lutas coletivas, de firmeza teórica e metodológica, ética e política, e técnica operativa, em que o senso crítico e a consolidação de parcerias com outros/as profissionais possam ir em direção à luta por um projeto social hegemônico vinculado à classe trabalhadora.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer do estágio supervisionado houve a oportunidade de observar a existência da violência obstétrica no interior institucional da MPP. O desconhecimento, por grande parte dos profissionais de saúde se vincula ao fato de que a demanda e a sobrecarga de trabalho são determinantes para institucionalizar processos de desumanização no atendimento a mulheres em trabalho de parto. A precarização na saúde é o grande obstáculo à efetivação da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, uma vez que viola diversos direitos da gestante e do recém-nascido.

O perfil das mulheres atendidas na MPP dispara os possíveis e futuros estudos sobre a relação de gênero, classe social, raça/etnia e o acesso educacional dessas mulheres, e implica estudos futuros para pensar a violência obstétrica como uma expressão da “questão social”.

Este estudo demarca como essas mulheres são alvos de maus tratos, discriminação nos espaços de saúde, pois o corpo da mulher é visto como objeto que necessita ser controlado pelos profissionais de saúde. A violência obstétrica está permeada de tensões próprias da formação e da prática de violação de direitos, e essas mulheres não enxergam a violência sofrida.

Na realidade, as políticas sociais relacionadas à saúde, tornam-se alvo do mercado. O desmonte da saúde pública afeta a todas; as péssimas condições de trabalho envolvendo a precarização e o sucateamento da instituição, a má remuneração dos profissionais, trabalhador desgastado devido a sua dupla ou tripla jornada de atendimentos e plantões, refletindo inúmeras vezes em um atendimento de má qualidade ao/a usuário/a.

O desafio ao Serviço Social é buscar estratégias/ações junto aos/as usuárias/os dos serviços. Além disso, esse profissional tem a capacidade de problematizar as demandas reais, de construir ações coletivas que visem o debate e a implementação de políticas públicas, a qualificação profissional voltada ao atendimento à classe trabalhadora, desburocratizando o acesso, facilitando as informações, na certeza de implementação do projeto hegemônico da profissão.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R.A sociedade dos adoecimentos no trabalho.2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

\_\_\_\_\_. As metamorfoses no mundo do trabalho:adeus ao trabalho. 11ed. São Paulo: Cortez, 2006.cap. 2, p.49-63.

BRAVO, M. I. S. Serviço social em saúde Formação e trabalho profissional. 2009. São Paulo: CORTEZ, cap. 5, p. 88-110.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará'. São Paulo,1996.Disponível em:  
<[http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7874&revista\\_caderno=161996](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874&revista_caderno=161996)>. Acesso em: 30 SET. 2017.

DEMIER, F. Das lutas operárias às reformas reacionárias: uma proposta de periodização da trajetória do Partido dos Trabalhadores. *In: História e luta de classes*, n.º 5, 2008.

DUARTE, A. C. Violência obstétrica. 2013. Disponível em:  
<<http://estudamelania.blogspot.com.br/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by-ana.html>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ESCORSIM; S.M. Reflexões sobre a Política de Saúde no Brasil após a Constituição de 1988: a caminho do projeto Neoliberal? Londrina. Junho 2015.Disponível:<[http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso\(a\)nais/Trabalhos/eixo1/oral/43\\_reflexoes\\_sobre\\_a\\_politica....pdf](http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso(a)nais/Trabalhos/eixo1/oral/43_reflexoes_sobre_a_politica....pdf)>. Acesso em: 30 out. 2017.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Jul. 2016. Disponível em:<[http://sindsaudepr.org.br/disco\(a\)rquivos/gerenciaarquivos/Documento%20FN CPS % 20Final%20Final.pdf](http://sindsaudepr.org.br/disco(a)rquivos/gerenciaarquivos/Documento%20FN CPS % 20Final%20Final.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

GONÇALVES, R. Novo Desenvolvimento e liberalismo Enraizado. São Paulo, Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2012, n. 112, p. 637-671.



MACHADO, R.R. Políticas de Saúde no Brasil: Um pouco da História. Santa Catarina, v. 5, dez.2012. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/materiais/Anota%C3%A7%C3%B5es%20hist%C3%B3ria%20sus%20VERS%C3%83O%20preliminar.doc>. Acesso em: 27 out. 2017.

MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: Ed. Rede Sirius/UERJ, 2014.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Consequências para o Trabalho em Saúde. Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Pariras com dor”: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

RODRIGUES, D. P. *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.