



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: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade

Sub-Eixo: Ênfase em Gênero

A COLONIZAÇÃO DO PARTO E A CONFIGURAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ABORDAGEM HISTÓRICO-CRÍTICA PARA UMA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL PROPOSITIVA

Lara De Souza Tonin¹
Luísa Costa Teixeira Roque²

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar a Violência Obstétrica em seus determinantes históricos, resgatando a trajetória do conhecimento sobre o parto e a construção da medicina contemporânea. Trata-se de um ensaio teórico que discute o tema a partir da realidade brasileira com uma aproximação com o Serviço Social, com vistas a contribuir com o diálogo na profissão para a defesa do parto humanizado.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto Humanizado; Serviço Social.

Abstract: The objective of this article is to analyze the Obstetric Violence in its historical determinants, recovering the trajectory of knowledge about childbirth and the formation of contemporary medicine. It is a theoretical essay that discusses the theme from the Brazilian reality with an approximation with the Social Work, looking to contribute with the dialogue in profession for the defense of humanizing childbirth.

Keywords: Obstetric Violence; Humanizing Childbirth; Social Work.

INTRODUÇÃO

Para se pensar a Violência Obstétrica na totalidade é preciso, antes de tudo, contextualizar historicamente a medicina contemporânea e, em seguida, compreender a trajetória do conhecimento sobre o parto. São dois caminhos relativamente separados que se imbricam na era moderna com o fortalecimento do patriarcado, uma vez que é com ele que os processos fisiológicos femininos ganham caráter patológico. Isso se intensifica com o crescimento da indústria farmacêutica que direciona a medicina para a remediação de doenças, retirando sua visão integrativa.

O momento histórico apreendido remete à expansão do capitalismo, que se valeu da exploração, perseguição e expropriação de sujeitos coloniais para construir as bases valorativas que perpetuam hoje. Para tanto, tendo como metodologia o materialismo histórico dialético, partiremos de uma perspectiva decolonial, para a qual a colonização política, social e cultural por parte dos homens brancos europeus colonizou também a

¹ Estudante de Graduação, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, E-mail: lstonin_@hotmail.com.

² Estudante de Graduação, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, E-mail: lstonin_@hotmail.com.

subjetividade dos povos dominados, refletindo nos dias de hoje (QUIJANO, 1992). Dessa forma será possível visualizar o espaço que o parto e seus desdobramentos ocupam dentro de um capitalismo patriarcal racialmente estruturado, compreendendo as condições que levam à realização dessa violência.

As práticas de violência - termo que pode ser definido por sua origem latina, *violentia*, com o significado de abuso de força, e *violãre*, que remete à transgressão do respeito devido a uma pessoa (MARCONDES FILHO, 2001), são visíveis em diversos contextos da sociedade capitalista e especialmente aplicadas contra as minorias. Neste trabalho em questão, a expressão da violência a ser analisada é a violência contra a mulher gestante e seus familiares no pré-parto, trabalho de parto e puerpério. É possível observar, no caso da Violência Obstétrica, que tais práticas estão extremamente enraizadas na sociedade e em seus agentes violentos, fazendo com que ações desumanizantes sejam aplicadas enquanto protocolo de atendimento, sendo totalmente naturalizadas. Tendo em vista essas concepções e os desdobramentos que podemos verificar no mundo contemporâneo e em especial no Brasil, resultado de uma longa história de colonização, é possível apontar possibilidades de superação.

Nós, assistentes sociais, comprometidas/os com a superação de todas as formas de opressão e exploração, temos o dever ético-político de estarmos alinhadas/os na defesa da humanização do parto, nos munindo de material teórico e consolidando nosso debate interno para uma atuação crítica e responsável. O presente trabalho visa proporcionar uma aproximação com o tema, mas ressalta-se a importância de volumosos estudos e diálogos na formação acadêmica e continuada.

2 DESENVOLVIMENTO

Voltemos nossa análise para o que Grosfoguel (2016) nomeia de "o longo século XVI (1450-1650)", seus genocídios/epistemicídios e a estrutura do conhecimento que se formou nas universidades ocidentalizadas, cuja passagem por elas se fez imprescindível para a legitimação médica. Trata-se da construção da ciência moderna na Europa, que se deu a partir da expansão (imposição) mundial do capitalismo, que é sexista e racialmente estruturado. Apesar de ser resultado da expropriação do conhecimento de diversos povos, seu modelo tem caráter ideológico e consolidou-se de forma a legitimar a dominação europeia, sendo imposto ao mundo colonizado.

O autor aponta um privilégio epistêmico e histórico dos homens brancos ocidentais, que silencia o conhecimento produzido por outros corpos políticos, sendo "[...] um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo"

(GROSFOGUEL, 2016, p.25). A forma hegemônica de produção de conhecimento está ligada a um padrão de subjetividade que se construiu durante o processo de dominação europeia sobre a América. O que ocorreu com os universos simbólicos de inúmeros povos não-europeus e também das mulheres (europeias ou não-europeias)? Por que se buscou o esquecimento de parte do conhecimento médico e sobre o parto das mulheres de ambos os povos, enquanto outra parte foi apropriada e refuncionalizada?

O privilégio epistêmico do homem ocidental só é possível devido à vantajosa posição da Europa ocidental no comércio mundial do que Quijano (1992) chama de "novo sistema-mundo", constituído a partir da conquista da América e do genocídio/epistemicídio de sujeitos coloniais. A exploração material e humana do continente permitiu uma grande riqueza e domínio, construindo um novo padrão de poder mundial, que possibilitou também o controle da subjetividade dos povos conquistados. Para tanto, o homem ocidental recorreu, ainda de acordo com Grosfoguel (2016), a quatro genocídios/epistemicídios, dos povos judeu e muçulmano, indígenas, africanos e das mulheres, que serão apresentados brevemente aqui, a título de entendimento, relacionando-os com os saberes medicinais desses povos.

O primeiro refere-se ao genocídio físico e cultural dos povos judeu e muçulmano na conquista definitiva de Al-Andalus pela monarquia cristã europeia, do qual não trataremos aprofundamento nesse trabalho pela maior relevância das discussões seguintes para a realidade brasileira. Posteriormente, com a conquista da América, houve a cristianização dos povos indígenas, cuja questionada humanidade somente era aceita a partir da absorção do pensamento europeu. A cristianização indígena durante a colonização trouxe consigo mecanismos de dominação que perpassavam diversos aspectos subjetivos e objetivos da vida social. Diferente da concepção moderna de espiritualidade, nas cosmovisões dos povos que aqui habitavam não havia separação entre este campo e os demais, como a medicina, as relações e organizações sociais, a alimentação, o nascimento ou a morte. A imposição do cristianismo e dos padrões de pensamento europeus proporcionou uma desarticulação dos saberes tradicionais, dificultando progressivamente a transmissão oral dos conhecimentos médicos e sobre a assistência ao parto.

Ressalta-se ainda que o cenário tem se aprofundado diante do avanço neoliberal e do crescimento da indústria farmacêutica. As práticas médicas tradicionais dos povos indígenas que sobreviveram aos ataques históricos, por exemplo, têm sofrido grande enfraquecimento nas últimas décadas. Como afirma Ferreira (2004), certas práticas tradicionais referentes aos cuidados com a gestação, parto e pós-parto vêm sendo abandonadas no Brasil e substituídas cada vez mais pelo atendimento das mulheres indígenas em postos de saúde e hospitais.

Já aos povos africanos não foi dada a possibilidade de "humanização", sendo escravizados e acusados de inferioridade epistêmica, ou seja, falta de inteligência. Deles foi roubado, juntamente com sua liberdade, as condições objetivas de desenvolvimento das suas medicinas tradicionais e também da própria vivência da maternidade/paternidade. Schwarcz e Machado (2016) apontam que o corpo da mulher escravizada foi duplamente apropriado, tanto para a geração de riquezas por meio do trabalho como para a reprodução da escravidão. É uma história que envolve violências sexuais e a impossibilidade de atuação como mães, sendo-lhe negados os direitos de amamentar, cuidar e zelar de seus filhos e filhas, assim como foi impedida aos homens escravos a vivência da paternidade.

Por fim, a história apresenta um longo período de genocídio das mulheres europeias que se iniciou na Baixa Idade Média, mas intensificou-se no século XVI. A caça às bruxas tinha por objetivo suprimir o conhecimento indo-europeu e xamânico de tempos ancestrais que essas mulheres transmitiam de geração para geração. Não haviam livros para serem queimados, uma vez que o conhecimento era passado de forma oral, então "os 'livros' eram os corpos das mulheres e [...] elas eram queimadas vivas" (GROSFOGUEL, 2016, p. 42).

No seu livro *Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva*, Federeci (2004) afirma que, historicamente, a figura da bruxa era atribuída à parteira, médica, advinha ou feiticeira do vilarejo, apesar de que frequentemente a perseguição estava relacionada à proteção da propriedade privada em crescimento, à expropriação dos bens materiais das mulheres, principalmente as viúvas, à punição pela "conduta leviana", entre diversos outros motivos, sendo reduzido o número das que não se enquadravam nas acusações. Essas curandeiras reconhecidas como bruxas não raro obtinham grande reputação e respeito da população, ocupando papéis disputados pelo homem europeu, principalmente em nome do cristianismo que buscava sua expansão mundial. Não é possível, portanto, estabelecer uma separação entre a caça aos conhecimentos médicos femininos e a expansão do capitalismo patriarcal de base cristã.

Quijano (1992) aponta que uma vez estabelecidas as relações globais de dominação baseadas em raça e em gênero, a efetivação desse privilégio epistêmico perpassa a colonização não apenas das relações materiais, mas do imaginário dos povos, construindo as relações de colonialidade que perpetuam até hoje. O controle da subjetividade iniciou-se com a expropriação dos descobrimentos culturais, mas apenas aqueles que serviam ao desenvolvimento do capitalismo e que beneficiavam a dominação patriarcal europeia. Depois, houve a repressão das crenças, ideias, imagens, símbolos ou conhecimentos, impondo os padrões que interessavam para a perpetuação da dominação. É nesse contexto que se desenvolve a ciência moderna e onde ganha forma a medicina contemporânea,

absorvendo e ressignificando os conhecimentos expropriados das mulheres e dos povos colonizados e construindo padrões de legitimação do novo sistema-mundo. Todo o processo epistemológico de legitimação da dominação europeia, articulado aos quatro genocídios/epistemicídios apresentados, "[...] trouxeram à tona a criação do poder racial e patriarcal e as estruturas epistêmicas em escala mundial emaranhadas com o processo de acumulação global capitalista" (GROSFOGUEL, 2016, p. 42).

É fato que esses corpos políticos foram expropriados de patrimônios de saberes empíricos, passados de geração para geração, que perderam legitimidade com o novo modelo de construção do conhecimento que se formava com o Iluminismo. Dussel (1995) disserta sobre a base cartesiana da ciência moderna e a busca pela universalização de suas respostas, inferiorizando qualquer forma de produzir conhecimento que não siga seus pressupostos. Dessa forma, os saberes curativos e aqueles relacionados ao parto foram colonizados, ressignificados e transferidos progressivamente para o espaço universitário, que era ocupado por homens brancos europeus. Esse processo

[...] abriu o caminho para uma nova forma de cercamento: o surgimento da medicina profissional, que, apesar de suas pretensões curativas, erigiu uma muralha de conhecimento científico indisputável, inacessível e estranho para as "classes baixas" (EHRENREICH, ENGLISH, 1973; STARHAWK, 1997, apud FEDERECI, 2004)

As universidades, onde são produzidos os conhecimentos legitimados na modernidade e cuja passagem por elas se faz necessária para atuação médica, reproduzem o modelo patriarcal eurocêntrico por estarem inseridas no contexto da colonialidade. Por muito tempo, seu acesso foi restrito a homens brancos de classe alta, o que fortaleceu seu caráter colonizador. Foi no decorrer desse longo processo que as mulheres de ambas as raças foram excluídas do cenário do parto e seus conhecimentos foram expropriados e readaptados para as necessidades da medicina contemporânea, que reproduz os moldes racistas e patriarcais e está inserida num sistema capitalista, cuja lógica consumista é determinante para o modelo de atenção ao parto.

Os quatro genocídios/epistemicídios descritos acima estão na base da expansão do capitalismo, que só foi possível com a colonização desses povos. Dessa forma, não é possível analisar o modelo de assistência ao parto sem considerar seus determinantes econômicos e os valores construídos historicamente nesse sistema. A lógica do capital invade as salas de parto e todo o imaginário social sobre o processo gestacional, principalmente em relação à busca por cesárias sem indicações reais, que se configura uma forma de Violência Obstétrica muito naturalizada que traz inúmeros impactos para a saúde da mulher e da criança.

Por parte das instituições, busca-se um parto rápido que libere as vagas hospitalares e também que permita que o médico atenda uma quantidade maior de pacientes em procedimentos mais lucrativos. Por outro lado, a praticidade e aparente ausência da dor proporcionadas pela cirurgia tornam-se atraentes para uma sociedade de consumo que busca soluções rápidas e superficiais. O corpo é coisificado e afastado dos processos mentais e emocionais, com a negação de qualquer sensação de dor ou desconforto e a ideia de que a tecnologia poderia substituir nossos processos naturais. Socializadas na sociedade de consumo e influenciadas ou até coagidas pelo discurso médico, as mulheres têm buscado cada vez mais a cesárea eletiva.

Além disso, o modelo fordista de produção exerce também grande influência nesse cenário. Gramsci (1976) demonstra que os novos métodos de trabalho advindos com o fordismo são indissociáveis do modo de viver, pois a constituição desse novo indivíduo é necessária para que o mesmo se adeque ao novo ritmo de trabalho e sua racionalização. Sendo então naturalizada, a produção em massa se expressa em diversos espaços, mesmo que não seja realmente funcional. O filme *O Renascimento do Parto* (2013) demonstra que, no cenário do parto, diversas intervenções são realizadas sem evidência científica e em sua grande maioria atrapalham o desenvolvimento do trabalho, levando a novas intervenções que aumentam o sofrimento físico e emocional, exigindo maior esforço da mulher, da criança e da equipe, assim como uma série de complicações no pós-parto. São padrões que coisificam corpos e relações humanas ao dispensar a particularidade das pessoas envolvidas, seguindo uma lógica de linha de produção em massa que não funciona quando se trata de seres humanos.

Une-se a isso a busca pelo controle dos processos naturais que é marca da ciência moderna. Segundo o obstetra Jones, no mesmo filme, o momento do nascimento conjuga morte, vida e sexualidade, os três eventos mais temidos da humanidade. Para se tentar produzir uma ideia de controle diante desse assombro, são criados certos rituais que, apesar de não apresentarem efetividade na prática, passam maior sensação de segurança.

A violência obstétrica acontece tanto de forma física quanto verbal, incluindo negligência na assistência, discriminação social, violência verbal – tratamento grosseiro, ameaças, humilhação, etc. -, violência física e também o uso inadequado de tecnologias, o abuso de medicalização e realização de procedimentos desnecessários e contrários às evidências científicas existentes (SENA, 2016). Os agentes violentos não se reduzem a cargos específicos e nem necessariamente são profissionais da saúde, realizando a violência muitas vezes por falta de conhecimento, rotina ou para atender ao sistema, como é o caso da industrialização no modelo fordista, e, portanto, desumanização, do parto, demonstrado também no filme *O Renascimento do Parto* (2013).

Segundo pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pelo Sesc e pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma a cada quatro mulheres brasileiras declara ter sofrido essa expressão da violência. Porém, é sabido que a invisibilidade em relação ao tema é alta e, desta forma, há possibilidade de haver mulheres que desconhecem que foram vítimas. Assim como já discutido, a cristianização foi um movimento intenso no Brasil que tem reflexos enraizados ainda hoje. A Rede Parto do Princípio divulgou um dossiê titulado “Violência Obstétrica: Parirás com dor” (2012), no qual é possível observar que alguns dogmas estão arraigados e são transmitidos, muitas vezes, sem crítica. A partir disso, um exemplo retirado da Bíblia Sagrada, livro dos Gênesis, capítulo 3, versículo 16: “Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos”, traz um trecho que foi a resposta ao pecado cometido pela mulher e, atualmente, pode ser interpretado como a única forma de parir naturalmente, ou seja, com dor. A grande dificuldade que dogmas como este carregam é a legitimação da violência enquanto necessária ou única opção possível, ou até o aumento do desejo por cesarianas com a finalidade de “fugir” dessa dor.

Além de a Violência Obstétrica poder ser classificada como violência contra a mulher, ela não é a única atingida. Sua família, acompanhantes e principalmente as/os recém-nascidas/os são afetadas/os. Em matéria publicada em Brasil de Fato, de acordo com fala de Daphne Rattner, professora de medicina na Universidade de Brasília, em audiência pública “O parto e a saúde integral da mulher e da criança” realizada no dia 19 de junho de 2019, as cesáreas apresentam risco sete vezes maior de recém-nascidas/os desenvolverem doenças respiratórias. Informações como esta são tantas vezes omitidas que muitas mulheres são submetidas a cirurgia sem ter conhecimento dos riscos para ela e para o bebê. É importante o entendimento de que a cesárea é necessária e indispensável em certos casos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda sua realização em até 15% dos partos em que há riscos que justifiquem a cirurgia. Porém, no Brasil, devido a uma série de fatores históricos e sociais supracitados, essa taxa é exageradamente maior, podendo chegar a 57%, segundo alerta do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), revelando um número que inclui milhares de cesáreas não indicadas, sendo classificado como o segundo país com maiores índices do procedimento (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2017).

A realização de procedimentos cirúrgicos ou não, sem evidências científicas e desnecessários como o caso do uso liberal da cesariana, uso rotineiro da episiotomia, Manobra de Kristeller - sendo estes já apontados como práticas no parto normal que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (BRASIL, 2001) - ou aplicação de ocitocina sintética, está relacionada com a necessidade de rápida produção do

sistema industrial e lucro. A cesárea é um procedimento muitas vezes efetuado com dia e horário agendados, tendo maior incidência na rede privada, para que assim os médicos possam realizar a cirurgia e partir para compromissos mais lucrativos em outros espaços. Já a episiotomia, é utilizada como uma forma de agilizar o trabalho de parto natural. De acordo com dossiê “Violência Obstétrica: Parirás com Dor” da rede Parto do Princípio (2012), em 2006 chegaram a acontecer em 94% dos partos normais em maternidades brasileiras, sendo realizada, muitas vezes, sem o conhecimento da parturiente. A crítica proferida por Diniz, em 2005 é a seguinte:

No Brasil, aí se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser prevenido, por meio de uma cesárea eletiva. (DINIZ, 2005, p.629)

Considerando a análise de Diniz, pode-se concluir que a cesárea eletiva é uma forma de fugir da dor e trauma da episiotomia, justamente pela naturalização de tal procedimento que não tem justificativa, porém faz parte do “pacote do parto normal” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A violência obstétrica, como um tema extremamente complexo, caracteriza-se sim pelos procedimentos já citados, porém expressões puramente discriminatórias e preconceituosas também ocorrem. Não é incomum o

Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas. (Diniz et al., 2015, p.3).

Por serem atitudes baseadas em estereótipos simplesmente, mulheres têm sofrimentos aumentados por terem pedidos por alívio da dor por analgesia, por exemplo, negados por serem consideradas mulheres com mais força, ou que já passaram pela experiência do parto outras vezes. Frases de cunho violento, xingamentos, ameaças, entre outras agressões verbais, são proferidas por toda a equipe do parto em ocasiões de mulheres que estão fora dos atributos considerados positivos, como já citado. A equipe, por sua vez, totalmente despreparada e alienada da questão da violência obstétrica, reproduz conceitos que lhe foram ensinados e que fazem parte de séculos de construção da cultura patriarcal e capitalista. É nesta perspectiva que se vê a necessidade urgente de romper com toda essa construção.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No entanto, à contramão das perspectivas deterministas, os corpos dos sujeitos coloniais foram e são também espaços de resistência, pois, como aponta Quijano (2005), a modernidade também gera um horizonte de libertação para as pessoas dominadas. Grosfoguel (2016) propõe o termo exterioridade relativa para os pensamentos de indígenas, negras/os, mulheres, muçulmanas/os e judias/judeus críticas/os que, mesmo não fugindo em absoluto da modernidade eurocêntrica, continuam vivos e representam seu grito de libertação. Esses povos, mesmo perseguidos, mortos, cristianizados ou escravizados, não se deixaram possuir completamente. As expressões culturais, religiosas e linguísticas que persistiram à repressão são exemplos disso, juntamente com diversos conhecimentos sobre a saúde integral ou os processos do parto.

É diante disso que, apesar da predominância do saber médico masculino, eurocentrado e aparentemente vitorioso e em oposição às práticas de Violência Obstétrica, em especial com o aumento exorbitante das indicações de cesárea sem evidências científicas no Brasil, tem ganhado força o movimento de humanização do parto. A luta é para que a mulher volte a assumir o controle de seus processos reprodutivos, hoje apropriados pelos profissionais de saúde, compreendendo que seu corpo guarda um conhecimento natural e ancestral que, unido a saberes tradicionais e baseado em evidências científicas pode, numa gravidez de risco habitual, minimizar em grande parte a necessidade de intervenções médicas. Junto às demais lutas feministas, defende o respeito ao corpo feminino, nossa individualidade e decisões, devendo articular-se também aos demais movimentos emancipatórios, como o indígena, negro e anti-capitalista. Ademais, resgata os conhecimentos femininos ancestrais que sobreviveram às diversas perseguições e continuam gravados em nossos corpos.

Diante da conjuntura acima analisada, pode-se fazer a relação do tema com o exercício profissional da/o assistente social - assim como de uma equipe interdisciplinar, porém no trabalho em questão, será destacado o papel das/os assistentes sociais - buscando possíveis intervenções. Ao assumir o compromisso com o projeto ético-político do Serviço Social e seu código de ética, é necessário o debate aprofundado na categoria sobre a Violência Obstétrica, considerando esta como uma expressão da “questão social” a ser combatida. O Serviço Social tem um compromisso com a classe trabalhadora, apoiando os processos emancipatórios em busca de uma sociedade igualitária.

É dever do assistente social defender intransigentemente os direitos humanos e a cidadania e contribuir para a consolidação dos mesmos, conforme previsto no código de ética e qualificados enquanto “princípios fundamentais” (CFESS, 1993). Além disso,

segundo o Artigo 5º da Constituição Federal de 1988, Inciso III, “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988). De acordo com as análises e informações disponibilizadas neste artigo, é evidente a violação deste direito constitucional citado, portanto, é de fundamental importância que as/os assistentes sociais façam as devidas orientações às mulheres e familiares acerca de seus direitos.

A luta pela humanização do parto e pelo tratamento adequado a gestantes e puérperas se dá como um caminho para a emancipação das mulheres, que passam a apropriar-se de seus processos fisiológicos e naturais, tomando consciência das evidências quanto ao tema e podendo assim realizar suas escolhas com base em seus conhecimentos e convicções.

A Lei nº 8662 de 1993, declara que a/o assistente social tem o direito à participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais (BRASIL, 1993), fato que traz caráter propositivo à profissão, que é previsto, inclusive, nas diretrizes curriculares do curso de Serviço Social, afim de direcionar a formação das/os estudantes para este perfil. Este aspecto, portanto, tem um alto potencial de intervenção na sociedade, por isso a necessidade de aprofundamento teórico no tema, que é tão invisibilizado, enraizado e naturalizado na academia e no meio profissional.

Deste modo, conclui-se que a categoria profissional tem o compromisso ético-político de trazer propostas de maneira crítica e posicionada contra a opressão e a violência socialmente velada, apoiando uma saúde reprodutiva plena e universal, trazendo à tona e dando visibilidade para o tema no objetivo de romper com a construção dessa expressão da violência que é lucrativa e estratégica. Para tanto, precisa estar alinhada e andando junto aos movimentos organizados contra a Violência Obstétrica e em defesa da humanização do parto. Deve-se assumir a responsabilidade, ainda, de exercitar o resgate e valorização do conhecimento ancestral e feminino, que foi suprimido ao longo do processo sócio-histórico.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018.

BÍBLIA. Português. Bíblia Sagrada. Traduzida por: João Ferreira de Almeida. Versão Almeida Revista e Atualizada. Cap. 3, vers. 16

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. **Manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 21, jun, 2019

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 21, jun, 2019

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8.662**, de 7 de junho de 1993. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 22, jun, 2019

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social e Lei 8662/93**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, ed.10, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 21, jun, 2019

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

_____, Carmen Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v.25, n.3, p.377-384, 2015.

DUSSEL, Enrique. **The invention of the Americas**. Nova Iorque: Continuum, 1995.
FEDERECI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 2004. Tradução de Coletivo Sycorax.

FERREIRA, L. O. **Medicinas Indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. Saúde dos povos indígenas collection.

FERREIRA, L. O. **Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias do Acre e do Sul do Amazonas**. Produto de consultoria Pnud, Projeto Vigisus II. Brasília, 2004.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Brasil, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 17, jun, 2019

GRAMSCI, Antonio. Americanismo e Fordismo. In: **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1976.

GROSFUGUEL, Ramon. A estrutura do conhecimento nas Universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. In: **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, DF. Universidade de Brasília, v.31, n.1, jan/abr 2016.

HERMANSON, Marcos. Cesárea não indicada eleva em seis vezes risco de morte da mãe, diz professora da UnB. **Brasil de Fato**. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/06/19/cesarea-aumenta-em-seis-vezes-o-risco-de-morte-da-mae-diz-professora-da-unb/>>. Acesso em: 21, jun, 2019

MACHADO, M. H.; SCHWARCZ, L. Resumo do livro. In: GOMES, F.; PIMENTA, T. S. (org.). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

MARCONDES FILHO, Ciro. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. In: **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.15, n.2, p.20-27, 2001.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. Brasil, 2017. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>>. Acesso em 20, jun, 2019.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção e roteiro: Érica de Paula. Música: Marcello Dalla, Charles Tôrres. Brasil, 9 ago. 2013 (90 min). QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A Colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade e Modernidade/Racionalidade. In: BONILLO, Heraclio (comp.). **Los conquistados**. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones; FLACSO, 1992, p.437-449. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica: “Parirás com Dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. 2012.