

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

WARLEN RIBEIRO DA CRUZ OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE
PARTURIÇÃO: O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA
MATERNIDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES**

**VITÓRIA-ES
2024**

WARLEN RIBEIRO DA CRUZ OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE
PARTURIÇÃO: O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA
MATERNIDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Graduação em Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Leyla Marcia Kill Souza

VITÓRIA-ES
2024

WARLEN RIBEIRO DA CRUZ OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: O DEBATE DO
SERVIÇO SOCIAL EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE
VITÓRIA-ES**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Graduação em Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em ____ de _____ de 2024.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Leyla Márcia Kill Souza

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Orientadora

Prof.^a Adriana Mendes

Assistente Social Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV

(Banca Externa)

Prof.^a Ma. Flaviane Cristina de Oliveira Ferreira Delanos

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

(Banca Interna)

AGRADECIMENTO

A conclusão deste trabalho não seria possível sem o suporte e a contribuição de várias pessoas e instituições, às quais expresso meu mais sincero agradecimento.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força e sabedoria concedidas ao longo desta jornada.

À minha família, especialmente aos meus pais Dannel e Irlani pelo amor incondicional, paciência e incentivo em todos os momentos.

A minha orientadora, Leyla Márcia Kill Souza, pela orientação, paciência e valiosos ensinamentos que me guiaram durante a realização deste TCC. Sua dedicação e conhecimento foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores e funcionários da EMESCAM, pela qualidade do ensino e pelo suporte oferecido durante todo o curso. Em especial, agradeço as professoras Fabricia Milanezi, cujas aulas de pesquisa I foram primordiais para a construção dessa pesquisa, a Flaviane Delanos por seu acompanhamento e incentivos que contribuíram significativamente para minha formação acadêmica e pessoal e a Coordenadora do Curso de Serviço Social, Maria de Fátima por todo suporte e incentivo ao desenvolvimento dessa pesquisa.

As minhas colegas de curso, pela amizade, colaboração e pelos momentos compartilhados ao longo dessa jornada acadêmica. Suas presenças tornaram essa caminhada mais leve e prazerosa.

Aos meus amigos, pela compreensão e apoio nos momentos mais desafiadores, e por celebrarem comigo cada pequena conquista.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Cada gesto de suporte e cada palavra de incentivo foram essenciais para a concretização deste projeto.

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica é um fenômeno grave e complexo que vem recebendo cada vez mais atenção por parte de pesquisadores, profissionais de saúde e movimentos sociais. A violência obstétrica reflete as desigualdades de gênero e poder presentes na sociedade e nos sistemas de saúde. **Objetivos:** Esta pesquisa se concentra na violência obstétrica no processo de parto, abordando o debate no Serviço Social. O estudo visa entender o contexto histórico, identificar os determinantes sociais e o perfil das vítimas, discutir o papel do Serviço Social, definir a violência obstétrica e explorar os direitos e legislações para gestantes. **Método:** Utilizou-se o método crítico dialético para aproximação da realidade concreta. Em relação as técnicas de pesquisa, foi pesquisa de campo, de natureza básica, caráter descritivo, abordagem qualitativa e revisão bibliográfica com autores dos últimos 10 anos. Os procedimentos teórico-metodológicos incluíram a busca e seleção criteriosa de fontes relevantes, a leitura crítica, análise dos artigos selecionados. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista com perguntas semiestruturadas fechadas e abertas, contendo 3 (três) questões sobre a temática e traçando o perfil destas participantes. Após aprovação pelo Comitê de Ética da instituição, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado e deverá ser arquivado. O Lócus da pesquisa é uma Maternidade Filantrópica no município de Vitória, onde realizou-se a coleta de dados no período entre fevereiro e maio de 2024. A amostra foi alocada aleatoriamente em um quantitativo de 30 (trinta) puérperas. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de dados foi através da análise de conteúdo baseando-se nas categorias escolhidas aleatoriamente. **Resultados:** Conclui-se então que o perfil das mulheres propensas a sofrerem violência obstétrica é formado por entre 18 e 29 anos, grande parte cursaram no máximo o ensino médio, pretas/partas, solteiras, com renda familiar de até 2 salários-mínimos. Essa informação afirma a hipótese inicial da pesquisa que as mulheres que têm menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Serviço Social. Direitos. Saúde

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a serious and complex phenomenon that has been receiving increasing attention from researchers, healthcare professionals, and social movements. Obstetric violence reflects the gender and power inequalities present in society and healthcare systems. **Objectives:** This research focuses on obstetric violence during childbirth, addressing the debate within Social Work. The study aims to understand the historical context, identify social determinants and the profile of victims, discuss the role of Social Work, define obstetric violence, and explore the rights and legislation for pregnant women. **Methods:** The critical dialectical method was used to approach the concrete reality. Regarding research techniques, it is field research, basic in nature, descriptive in character, qualitative in approach, and a bibliographic review with authors from the last 10 years. The theoretical-methodological procedures included the careful search and selection of relevant sources, critical reading, and analysis of the selected articles. For data collection, an interview form with closed and open semi-structured questions was used, containing three questions on the topic and outlining the profile of these participants. After approval by the institution's Ethics Committee, we presented the Free and Informed Consent Form (TCLE), which was signed and must be archived. The locus of the research is a Philanthropic Maternity Hospital in the city of Vitória-ES, and data collection was conducted between February and May 2024. The sample was randomly allocated, consisting of 30 postpartum women. The interviews were recorded and fully transcribed. Data analysis was carried out through content analysis based on randomly chosen categories. **Results:** It is concluded that the profile of women prone to experiencing obstetric violence is composed of those aged between 18 and 29 years, most of whom have at most completed high school, are black/brown, single, with a household income of up to two minimum wages. This information supports the initial hypothesis of the research that women with less access to information and education may be the most vulnerable to obstetric violence.

Keywords: Obstetric violence. Social Work. Rights. Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Faixa etária	26
Tabela 2 - Estado civil	27
Tabela 3 - Número de gestações	27
Tabela 4 - Trabalho	29
Tabela 5 - Renda Mensal	29
Tabela 6 - Beneficiária	30
Tabela 7 - Residência	30
Tabela 8 - Município de residência	31
Tabela 9 - Acompanhante	31

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ES - Espírito Santo

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPS - Política Nacional de Promoção a Saúde

SUS - Sistema Único de saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2.PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	10
3.REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 O SERVIÇO SOCIAL.....	13
3.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	14
3.2.1 Os determinantes sociais da violência obstétrica	15
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	16
3.4 AS LEGISLAÇÕES E DIREITOS DAS GESTANTES	19
3.5 A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.	21
4. ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	25
4.1 O PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS	25
4.2 RELATOS DO PROCESSO DE PARTO.....	32
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	44
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	47

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objeto de estudo a violência obstétrica no processo de parturição¹: o debate do Serviço Social em uma Maternidade Filantrópica no Município de Vitória - ES, para que esse objeto seja apresentado temos como objetivo geral apresentar o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição e objetivos específicos conhecer o contexto histórico da violência obstétrica, identificar os determinantes sociais que contribuem para incidência da violência obstétrica, identificar o perfil das mulheres vítimas de violência obstétrica, apresentar debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, o papel do Serviço Social frente a essa expressão da Questão social, identificar a definição de violência obstétrica e identificar os direitos e legislações para as gestantes.

A violência obstétrica é um fenômeno grave e complexo que vem recebendo cada vez mais atenção por parte de pesquisadores, profissionais de saúde e movimentos sociais. De acordo com Diniz et al. (2014), a violência obstétrica consiste em um conjunto de práticas rigorosas, invasivas e muitas vezes dolorosas que são realizadas sem o devido consentimento ou informação adequada por parte das mulheres, violando assim seus direitos humanos e reprodutivos.

As consequências da violência obstétrica para a saúde e bem-estar das mulheres e seus bebês são graves, como apontado por alguns estudos (Diniz et al., 2015; Bohren et al., 2015). Além disso, a violência obstétrica reflete as desigualdades de gênero e poder presentes na sociedade e nos sistemas de saúde, conforme observado por Silva et al. (2015).

Dada a importância e complexidade do tema, essa pesquisa se propõe a apresentar o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, a fim de contribuir para o aprofundamento do debate em relação à saúde das mulheres.

¹ O Dicio (Dicionário Online de Português) define Parturição como “Ato de dar à luz”.

Os procedimentos metodológicos incluíram a busca e seleção criteriosa de fontes de informação relevantes, a leitura crítica e análise dos artigos selecionados, e a elaboração de uma síntese dos principais documentos pesquisados. A Hipótese elaborada foi que as mulheres que têm menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica, pois a falta de conhecimento sobre seus direitos e sobre o processo de parto pode torná-las menos propensas a questionar ou confrontar as práticas abusivas ou desatualizadas.

A pesquisa foi desenvolvida realizando aproximações como método crítico dialético e as técnicas usadas são a pesquisa de campo com revisão bibliográfica, de natureza básica e caráter descritivo com abordagem qualitativa, foi utilizado um formulário de entrevista com perguntas semiestruturadas, fechadas e abertas, sendo apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, estando uma com o participante da pesquisa e uma com o pesquisador que a arquivará por cinco anos. O Lócus da pesquisa foi uma Maternidade Filantrópica no Município de Vitória, a coleta de dados realizou-se após a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética (Número do Parecer: 6.537.811) para garantia das informações do paciente, manteve-se o sigilo profissional. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de dados utilizou a técnica de análise de conteúdo, pois análise dos estudos pode contribuir para a reflexão sobre o debate do Serviço Social frente a esse tema.

2.PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A pesquisa é fundamental para o Serviço Social, pois segundo Bourguignon (2005) a pesquisa é constitutiva e constituinte do fazer profissional, permite a compreensão das demandas e necessidades sociais, assim como a avaliação das políticas públicas e o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes. Bourguignon (2008), ainda expressa que a pesquisa no Serviço Social é uma prática histórica que se relaciona com a perspectiva crítica e transformadora da profissão, sendo uma ferramenta para a análise das condições sociais, políticas e econômicas da população atendida.

Guerra (2009), destaca que a pesquisa também contribui para o desenvolvimento de uma postura investigativa no exercício profissional, essa postura investigativa implica

a capacidade de identificar as demandas sociais, problematizar a realidade, buscar conhecimentos e elaborar estratégias de intervenção que considerem as particularidades dos sujeitos e contextos sociais em questão.

Em relação ao método de pesquisa usou-se o método crítico dialético que é uma importante referência para o Serviço Social, segundo Netto (2009), se relaciona com a perspectiva crítica e transformadora da profissão. Esse método tem como objetivo a compreensão da realidade social, a partir da análise das contradições e conflitos presentes nas relações sociais e nas estruturas sociais. Netto (2009) destaca ainda, que método crítico dialético considera a totalidade social e histórica como objeto de estudo, buscando a identificação de todos os determinantes sociais.

A pesquisa desenvolveu-se realizando aproximações como método crítico dialético e as técnicas usadas foram a pesquisa de campo com revisão bibliográfica, de natureza básica e caráter descritivo com abordagem qualitativa, e utilização de um formulário de entrevista com perguntas semiestruturadas fechadas e abertas, contendo 3 questões sobre a temática e traçando o perfil destas participantes. Foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias, uma com o participante da pesquisa e uma para o pesquisador que será arquivado por cinco anos.

O Lócus da pesquisa é uma Maternidade Filantrópica do Município de Vitória, onde a coleta de dados realizou-se entre o período de fevereiro a maio de 2024 escolhidas aleatoriamente em um quantitativo de 30 (trinta) puérperas. A coleta de dados iniciou após a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética (Número do Parecer: 6.537.811) para garantia das informações do paciente, mantendo o sigilo profissional. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra e tiveram duração de em média 20 minutos para cada participante.

Em relação a natureza de pesquisa, foi básica, pois segundo Gil (2010), a natureza da pesquisa básica é voltada para a busca de conhecimento científico sem a aplicação imediata dos resultados obtidos.

Quanto aos objetivos a pesquisa é descritiva e exploratória, de acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever características de

determinado fenômeno ou grupo, sem realizar interferências. A pesquisa descritiva é realizada por meio da observação sistemática, registro de dados e análise estatística, sendo uma ferramenta importante para o levantamento de informações sobre determinados aspectos da realidade.

Em relação a abordagem de pesquisa, é qualitativa, conforme Dyniewicz (2014) que afirma que a abordagem de pesquisa qualitativa busca compreender e interpretar os significados e as percepções dos indivíduos em relação a determinado fenômeno ou problema de pesquisa.

A autora ainda expressa que a pesquisa qualitativa é conduzida por meio de técnicas como entrevistas, observação participante e análise de documentos, permitindo a obtenção de informações detalhadas e aprofundadas sobre os aspectos estudados. É especialmente útil em áreas da saúde, pois permite a compreensão das experiências, percepções e significados atribuídos pelos indivíduos aos fenômenos relacionados à saúde e doença (Dyniewicz, 2014).

Conforme as autoras Lima e Miotto (2007), a pesquisa de literatura bibliográfica é uma estratégia fundamental na pesquisa científica. Isto consiste na busca, seleção e análise crítica de fontes bibliográficas relevantes para o tema em estudo.

Nesse processo de revisão as autoras expressam que são consultados diversos tipos de materiais, como livros, artigos científicos, teses e dissertações, sendo imprescindível a utilização de fontes confiáveis e atualizadas. Além disso, a revisão bibliográfica envolve a análise crítica das informações, a organização e a síntese dos principais conceitos e teorias encontradas na literatura, contribuindo para a construção do conhecimento científico de forma embasada e consistente (Lima e Miotto, 2007).

Quanto a revisão bibliográfica, aconteceu através de artigos, teses e dissertações, extraídas de revistas científicas como *SciELO*, *Katálisis*, *Google acadêmico*, artigos disponíveis na plataforma minha biblioteca, e outros que se achou necessário como base da investigação, essa revisão bibliográfica é baseada em produções dos últimos 10 anos.

A Hipótese elaborada foi que as mulheres que têm menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica, pois a falta de conhecimento sobre seus direitos e sobre o processo de parto pode torná-las menos propensas a questionar ou confrontar as práticas abusivas ou desatualizadas.

A análise dos dados aconteceu através da análise de conteúdo com o uso de categorias por meio de discurso onde as interpretações das informações que foram captadas através de entrevista com as puérperas (participantes da pesquisa). Todo resultado da pesquisa foi utilizado único e exclusivamente para o benefício das participantes da pesquisa e da comunidade científica.

3.REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SERVIÇO SOCIAL

De acordo com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o Serviço Social é uma profissão que tem como objetivo principal promover o bem-estar social e a justiça social e é definido como "a profissão que visa a planejar, organizar e executar políticas e programas sociais em colaboração com a sociedade civil e com as autoridades públicas" (ABEPSS, 1996, p. 18).

Para Iamamoto, uma das principais referências do Serviço Social no Brasil, a profissão é "uma especialização da divisão social e técnica do trabalho que se desenvolveu historicamente com base nas expressões da questão social" (Iamamoto, 2011, p. 18). A questão social é definida como "um conjunto de problemas que afetam as condições de vida das pessoas e que são produzidos pela contradição entre o capital e o trabalho" (Iamamoto, 2011, p. 22).

Para entender a atuação do Serviço Social é preciso compreender que a profissão está inserida em um contexto histórico e social. De acordo com Netto, "o Serviço Social é uma profissão interventiva, situada no interior das relações sociais, marcada por contradições e tensões" (Netto, 2011, p. 36).

O Serviço Social tem sua atuação em diversas áreas, dentre elas a saúde. No contexto da saúde, o Serviço Social desempenha um papel essencial na área, atuando como agente estratégico na viabilização do direito à saúde para todos os cidadãos. De acordo com Sposati (2013), a profissão possui uma relação intrínseca com a saúde, estabelecendo processos de intervenção que buscam a articulação entre os serviços de saúde e os demais setores da sociedade.

O profissional de Serviço Social na saúde tem o desafio de promover acesso a saúde, prevenir doenças, viabilizar a integralidade do cuidado e defender os direitos dos usuários, considerando a dimensão social e os determinantes sociais da saúde (Yasui, 2018). Nesse sentido, a atuação do Serviço Social na saúde vai além do âmbito individual, abrangendo também o coletivo.

Machado (2017) afirma que é importante ressaltar que o trabalho do assistente social na saúde se fundamenta na defesa dos direitos humanos e na busca pela equidade no acesso aos serviços. Machado (2017), destaca ainda que o Serviço Social na saúde visa promover o cuidado integral às pessoas, considerando suas condições de vida, suas relações sociais e o contexto em que estão inseridas.

3.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Bohrer (2019), define a violência obstétrica como práticas abusivas, invasivas, humilhantes e desrespeitosas por parte dos profissionais de saúde durante o processo de parturição. É válido salientar que essa violência pode ocorrer em diferentes momentos do ciclo grávido-puerperal, desde a gestação até o pós-parto.

A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), amplia a compreensão da violência obstétrica, ao considerá-la como o uso desmedido de intervenções médicas, falta de respeito à autonomia, privacidade e dignidade das mulheres, além de discriminação com base em raça, etnia, classe social ou orientação sexual. Essa definição enfatiza a importância de respeitar a autonomia e os direitos humanos das mulheres, além de combater qualquer forma de discriminação.

Em concordância, Diniz et al. (2014), acrescentam que a violência obstétrica ocorre quando há desrespeito à mulher em trabalho de parto ou em qualquer momento do

ciclo grávido-puerperal, agredindo sua integridade física e psicológica, bem como seus direitos humanos e sua autonomia. Essa definição destaca a importância de proteger a integridade e a saúde física e mental das mulheres, garantindo seu direito a um parto digno e respeitoso.

Em suma, a definição da violência obstétrica se dá como condutas abusivas, invasivas, humilhantes e desrespeitosas, assim como o uso desmedido de intervenções médicas, falta de respeito à autonomia, privacidade e dignidade das mulheres, e discriminação, evidenciam a necessidade urgente de transformação dos modelos de atenção ao parto e de combate à violência obstétrica.

3.2.1 Os determinantes sociais da violência obstétrica

A violência obstétrica é um fenômeno complexo e multifacetado que ocorre durante o processo gestacional e de parturição e que afeta a saúde física e mental da mulher. Alguns autores defendem que a questão da medicalização do parto é um dos fatores que contribui para a ocorrência de violência obstétrica.

Segundo Saint-Germain (2005, p.7),

A medicalização do parto é a maneira pela qual os profissionais da saúde se apropriam do processo de parturição, tirando da mulher o papel de protagonista e submetendo-a a intervenções e procedimentos médicos que muitas vezes não são necessários.

Além disso, as relações de gênero e o patriarcado também são importantes fatores que contribuem para a violência obstétrica. De acordo com Adesse (2010, p. 18) "à construção social da feminilidade e da maternidade está intimamente ligada a uma visão patriarcal que restringe a autonomia e a capacidade de escolha das mulheres em relação ao processo de parturição". Isso é refletido em práticas que desrespeitam a autonomia das mulheres e que as submetem a procedimentos que vão contra suas vontades e seus desejos.

A questão da raça é outro fator importante a ser considerado na discussão sobre violência obstétrica. Estudos apontam que mulheres negras e indígenas são mais vulneráveis à violência obstétrica do que mulheres brancas (Schraiber et al., 2014). A questão de raça está relacionada à história de opressão e discriminação sofrida por

esses grupos ao longo dos anos, que resulta em um tratamento diferenciado por parte dos profissionais de saúde.

É considerável ressaltar que a violência obstétrica não se restringe apenas a práticas físicas, mas também a violações emocionais, como humilhação, desrespeito e abuso verbal. Como destacado por Cunha e Guimarães (2012, p. 160), "a violência obstétrica pode ocorrer tanto por ação quanto por omissão, como a falta de informação e de respeito ao processo de parturição".

As consequências da violência obstétrica para a saúde das mulheres são graves e podem incluir traumas psicológicos, complicações físicas e até mesmo a morte. Além disso, a violência obstétrica contribui para a perpetuação da desigualdade de gênero e da opressão de grupos vulneráveis, como as mulheres negras e indígenas (Cunha; Guimarães, 2012).

Autores como Silva (2019) afirmam que a interseccionalidade permite compreender as múltiplas formas de discriminação e violência vivenciadas por mulheres negras e indígenas durante o parto.

Em concordância com o exposto, estudaremos no próximo tópico o que é o Sistema Único de saúde (SUS), quais são os direitos e legislações brasileiras que foram criadas com o intuito de trazer mais segurança e respeito as mulheres em processo de gestação.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A principal política de atendimento à gestante na saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), ele abrange desde a atenção primária até a mais complexa, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para todo cidadão. O SUS é uma conquista do povo brasileiro que é garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei Federal nº. 8.080/1990.

O SUS é baseado em treze princípios, sendo os principais: universalização, equidade e integralidade. Por determinação da Constituição Federal de 1988 tem como

composição o Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Cada ente possui suas corresponsabilidades.

Com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) as instituições que prestam serviços de saúde devem implementar e efetivar leis que visam a qualidade e melhoria dos atendimentos sem nenhum tipo de distinção.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado com os impostos, ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios, e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente no orçamento da Seguridade Social. O seu acesso é universal, ou seja, para todos, inclusive para estrangeiros que estiverem no país e precisarem de atendimento podem utilizar de toda a rede gratuitamente.

Dentro do SUS para uma melhor prestação de serviços foram criadas políticas com foco em diferentes públicos incluindo as gestantes, dentre as políticas criadas podemos citar:

A Política Nacional de Humanização (PNH), existe desde 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (Brasil, 2003).

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é uma forma de oportunizar uma maior autonomia, expandir sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (Brasil, 2003).

Cabe apresentar também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que foi elaborada em 2004 pela Área Técnica de Saúde da Mulher, tendo parceria com outras áreas do Ministério da Saúde. Tal política, com um enfoque de gênero, visa a integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores e busca fortalecer os avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, com foco em melhoria da atenção obstétrica, os mais diversos tipos de violências etc. (Brasil, 2004).

A formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher se iniciou a partir do pensamento crítico acerca de como as mulheres eram atendidas nos serviços de saúde pública, partindo disso, com objetivo criar um modelo de atenção tendo como princípio o respeito pelos direitos das usuárias (Brasil, 2004).

A política supracitada para a saúde da mulher incluí ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades (Brasil, 2004).

Em concordância com o quesito de saúde da gestante, podemos citar também a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), o Ministério da Saúde publicou uma cartilha em 2006, que relata que desde o processo de redemocratização do Brasil a promoção da saúde vem sendo abordada, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde um grande marco na luta pela universalização do sistema e pela implementação de políticas públicas em defesa da vida das gestantes (Brasil, 2006).

O movimento da Reforma Sanitária que teve seu ápice na década de 80, trouxe percepções muito importantes que foram implantadas junto a Constituição Federal de 1988, entre sua percepção de saúde vale evidenciar o que se definiu como:

Um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob-regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (Mendes, 1995, p.42).

De modo geral, segundo o Ministério da Saúde (2006), a Política Nacional de Promoção a Saúde tem por objetivo promover a qualidade e a melhoria das condições e do modo de viver, ampliando a saúde individual e coletiva e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde resultantes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Resumindo, baseia-se no conceito ampliado de saúde e

apresenta sua promoção como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados.

Uma outra política, está apresentada dentro da cartilha do Ministério da Saúde (2006), a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (BRASIL, 2006).

Vale abordar também uma outra política na efetivação dos direitos da gestante é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com sua cartilha de parâmetros publicada pelo Ministério da Saúde em 2016 (Brasil, 2016).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com sua cartilha de parâmetros publicada pelo Ministério da Saúde em 2016, está diretamente ligada ao Sistema Único de Saúde, isso se deu devido sua intenção de capacitar as estratégias voltadas à saúde da criança no sistema público, tendo a saúde da criança com um olhar integral (Brasil, 2016).

Ela foi criada a partir de uma série de discussões com a sociedade civil que começaram a partir do ano de 2012 e culminaram com sua publicação no ano de 2015. É uma política com eixos voltados para a atenção humanizada e qualificada à gestante, ao parto, ao nascimento e ao RN, aleitamento materno e alimentação suplementar saudável, vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno dentre outros cuidados (Brasil, 2016).

Outras legislações e direitos formam um arcabouço de medidas que tem por finalidade proporcionar segurança, bem-estar e melhor qualidade de vida as gestantes, como veremos no próximo tópico.

3.4 AS LEGISLAÇÕES E DIREITOS DAS GESTANTES

As legislações e os direitos das gestantes são fundamentais para garantir a proteção e o bem-estar tanto da mulher quanto da criança em desenvolvimento. Ao longo dos

anos, diversas leis e regulamentos foram estabelecidos, visando assegurar os direitos das gestantes e promover uma gravidez saudável e segura.

Uma das primeiras legislações que garantem direito as gestantes é a Licença-maternidade, Lei Federal nº 8.214/71 - A licença-maternidade é um direito das trabalhadoras previsto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e na Constituição Federal.

Art. 71. O salário-maternidade é devido à segurada da Previdência Social, durante 120 (cento e vinte) dias, com início no período entre 28 (vinte e oito) dias antes do parto e a data de ocorrência deste, observadas as situações e condições previstas na legislação no que concerne à proteção à maternidade (Brasil, 1971).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconhece a proteção à maternidade como um direito fundamental, assegurando à gestante a licença-maternidade remunerada de 120 dias, com a estabilidade no emprego durante esse período. Além disso, a Constituição também proíbe qualquer forma de discriminação em razão da gravidez ou do estado de maternidade (Brasil, Constituição Federal de 1988, art. 07 e 10). De acordo com o art. 196 da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei Federal nº 8.069/1990, também contempla importantes dispositivos relacionados aos direitos das gestantes e das crianças. Ele estabelece, no artigo 8º, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à gestante, com prioridade, o pré-natal, o parto e o pós-parto adequados, além de garantir a assistência psicológica, social e jurídica (Brasil, ECA, 1990, art. 8º)

A Lei do Acompanhante, Lei Federal nº 11.108/2005 - Conforme a Legislação vigente é permitido a entrada de um acompanhante em consultas independente de sexo, cor, condição física ou mental. Em relação às gestantes a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a gestante tenha um acompanhamento no seu processo de parto (Brasil, 2005).

Estudos realizados pela OMS afirmam que a presença de acompanhante gera vários benefícios como por exemplo, a diminuição do tempo de trabalho de parto, trazendo mais confiança, controle e satisfação para a mulher, colaborando para que haja a menor necessidade de uso de medicações entre outros, além de trazer um pouco mais de segurança para a mulher em situações de violação de direitos.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005).

Outra lei, que trouxe benefícios para a gestante é a Lei Federal 13.509/2017, chamada de Lei da Adoção, trouxe alterações ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e incluiu a chamada entrega voluntária, que consiste na possibilidade de uma gestante ou mãe de entregar seu filho RN para adoção em um procedimento assistido pela Justiça da Infância e da Juventude, como expresso no seu artigo 1º:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) , para dispor sobre entrega voluntária, destituição do poder familiar, acolhimento, apadrinhamento, guarda e adoção de crianças e adolescentes, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 , para estender garantias trabalhistas aos adotantes, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil) , para acrescentar nova possibilidade de destituição do poder familiar (Brasil, 2017).

O conjunto de políticas e legislações abordados acima, formam um arcabouço de medidas tomadas a fim de efetivar meios que possibilitem um processo de gestação, parto e pós-parto mais humanizado as mulheres, compreendendo suas especificidades e possibilitando autonomia e melhores condições de vida.

As legislações, políticas, portarias e programas são instrumentos que o Serviço Social utiliza para realizar suas intervenções junto aos usuários, veremos no próximo tópico, como se dá o processo da perspectiva do Serviço Social sobre a violência obstétrica.

3.5 A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No artigo "Violência obstétrica e serviço social: limites e desafios na atualidade", Delfino (2018) aborda a complexidade da violência obstétrica e a importância da atuação do Serviço Social na prevenção e combate a esse fenômeno. A autora destaca que a violência obstétrica pode manifestar-se de diversas formas, como a

negação do direito de escolha do tipo de parto, a realização de procedimentos invasivos sem consentimento e abuso verbal e físico.

Delfino (2018) ressalta ainda que o Serviço Social tem um papel primordial na promoção do acesso aos direitos sociais e na garantia da cidadania, além de contribuir para a orientação das mulheres sobre seus direitos reprodutivos e a importância da humanização do parto.

Em outro artigo, intitulado "A atuação do assistente social frente aos limites e desafios da violência obstétrica", Finger, dos Santos e Lopes (2021) também discutem a importância da atuação do Serviço Social diante da violência obstétrica. Os autores Finger, dos Santos e Lopes (2021) destacam ainda, que a violência obstétrica é um fenômeno complexo e multifacetado que pode afetar a saúde física e psicológica das mulheres e recém-nascidos, além de ser uma violação aos direitos humanos.

Os autores afirmam que a violência obstétrica ocorre em todos os níveis de atenção à saúde e pode estar relacionada a fatores como o desconhecimento dos direitos das mulheres e a falta de informação e capacitação dos profissionais de saúde.

Finger et al. vai abordar que:

O assistente social tem um papel fundamental na identificação, prevenção e enfrentamento da violência obstétrica, já que é responsável por promover o acesso aos direitos sociais e à justiça, além de atuar na defesa dos direitos humanos e da equidade de gênero (Finger et al., 2021, p. 47).

Assim, tanto Delfino (2018) quanto Finger, dos Santos e Lopes (2021), destacam a necessidade de uma atuação multidisciplinar para enfrentar a violência obstétrica, envolvendo profissionais de diversas áreas, incluindo o Serviço Social. As autoras apontam que o assistente social deve estar preparado para identificar e intervir nos casos de violência obstétrica, além de conhecer a legislação e as políticas públicas que garantam os direitos das mulheres.

Faz-se necessário frisar que a violência obstétrica é um tema que vem sendo discutido e pensado com maior frequência nos últimos anos, sobretudo pelos movimentos feministas e de defesa dos direitos reprodutivos das mulheres. A violência obstétrica é um fenômeno que afeta não apenas as mulheres, mas toda a sociedade, uma vez

que viola direitos humanos fundamentais e pode levar a consequências graves para a saúde física e psicológica das mulheres (Diniz et al. 2014),

Entendemos assim que, a atuação do Serviço Social é de extrema importância na promoção da saúde e defesa dos direitos das mulheres, sobretudo na garantia do acesso aos serviços de saúde e à informação sobre os direitos reprodutivos. O Serviço Social tem um papel fundamental na construção de políticas públicas que visem a humanização do parto e a garantia dos direitos das mulheres.

No que diz respeito a atuação do assistente social, Finger afirma que:

A atuação do assistente social deve estar pautada na perspectiva de garantia dos direitos das mulheres, na construção de uma sociedade mais justa e igualitária e no fortalecimento das redes de proteção e enfrentamento à violência obstétrica (Finger et al., 2021, p. 48).

Faz-se necessário pontuar que há desafios para o serviço social na prevenção e combate à violência obstétrica, como a falta de sensibilização e preparação dos profissionais de saúde e a falta de políticas públicas adequadas que visem esse público.

Diniz, S. G. et al. (2019) discutem a violência obstétrica como uma questão de saúde pública no Brasil, apresentando sua origem, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção.

Segundo as autoras supracitadas, a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e pode ser definida como uma gama de práticas que configuram a apropriação indevida dos corpos e processos reprodutivos femininos por meio da medicalização excessiva e desnecessária do parto, da imposição de rotinas, do uso indevido de tecnologias etc.

Além disso, Diniz, S. G. et al. (2019) apresentam que a violência obstétrica pode ter impactos negativos sobre a saúde materna, incluindo lesões físicas e psicológicas, aumento do risco de mortalidade materna, e impedimento do vínculo mãe-bebê.

As autoras destacam ainda, que a violência obstétrica tem origem em uma cultura patriarcal e machista que desvaloriza o corpo e os direitos das mulheres, e que a sua

prevenção requer mudanças na formação e prática dos profissionais de saúde, bem como a conscientização das mulheres sobre seus direitos reprodutivos.

Em relação ao debate e a intervenção do Serviço Social, no que tange a abordagem de Diniz, S. G. et al. (2014), o Serviço Social desempenha um papel frente ao enfrentamento da violência contra a mulher e o machismo cotidianamente no seu fazer profissional.

Como afirmam Soares e Araújo (2019), O Serviço Social atua no enfrentamento da violência contra a mulher, no sentido de buscar a superação das desigualdades de gênero e de promover uma cultura de paz e respeito aos direitos humanos das mulheres. Para os autores, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na luta contra a violência da mulher, buscando promover a igualdade de gênero e garantir a proteção e o bem-estar das mulheres em situação de violência.

Segundo Barros e Cols (2020), A atuação do Serviço Social é pautada na defesa dos direitos humanos, no combate às violações e na promoção da autonomia e empoderamento das mulheres, visando à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. E que os profissionais de Serviço Social estão engajados na construção de políticas públicas e na implementação de ações de prevenção, acolhimento, acompanhamento e encaminhamento adequados para mulheres em situação de violência.

Conforme destacam Silva e Gomes (2018), O Serviço Social tem como objetivo romper com a disseminação da cultura machista e patriarcal que sustenta a violência contra a mulher, por meio de ações de orientação, sensibilização e empoderamento. E o Serviço Social não apenas oferece apoio e suporte às mulheres vítimas de violência, mas também busca desnaturalizar e desconstruir as relações de poder e dominação que perpetuam a violência de gênero.

Dessa forma, o Serviço Social assume um papel ativo na promoção da igualdade de gênero e no combate à violência contra a mulher, trabalhando em parceria com outros profissionais e instituições para assegurar o respeito aos direitos humanos e a construção de uma sociedade mais justa e livre de violência. Como enfatiza Batista (2017), O Serviço Social tem o desafio de criar estratégias e ações para enfrentar e

combater a violência contra a mulher, confiante para a transformação social e a conquista de direitos igualitários.

Diante desse cenário, entende-se que os profissionais de saúde, em especial os assistentes sociais, estejam preparados para identificar e pensar estratégias de intervir frente a violência obstétrica. Segundo Giffin (2011), os assistentes sociais têm um papel importante na promoção dos direitos das mulheres e na garantia de um atendimento humanizado e respeitoso durante o processo de gestação, parto e pós-parto.

Dentro do exposto, conclui-se com uma fala da professora Marilda lamamoto:

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social (lamamoto,1999, p.52).

Sendo assim, entendemos que o debate da violência obstétrica ainda é um desafio e um tema novo no Serviço Social, porém são necessárias novas produções que discutam um tema tão importante, a fim de pensar estratégias para enfrentamento dessa expressão da Questão Social.

4. ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

4.1 O PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS

Neste capítulo demonstra-se os resultados da pesquisa, iniciando assim com o traçar do perfil destas mulheres entrevistadas. Vale ressaltar que o objetivo desta pesquisa é o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, porém na análise de dados iremos abordar informações relacionadas ao perfil das entrevistadas fazendo relações com questões de saúde da mulher, gênero, raça, questões sociais e econômicas que compreendemos como primordiais para entender a problemática de pesquisa.

Na tabela 1, apresentaremos a faixa etária destas usuárias que foi de 18 a 45 anos de idade.

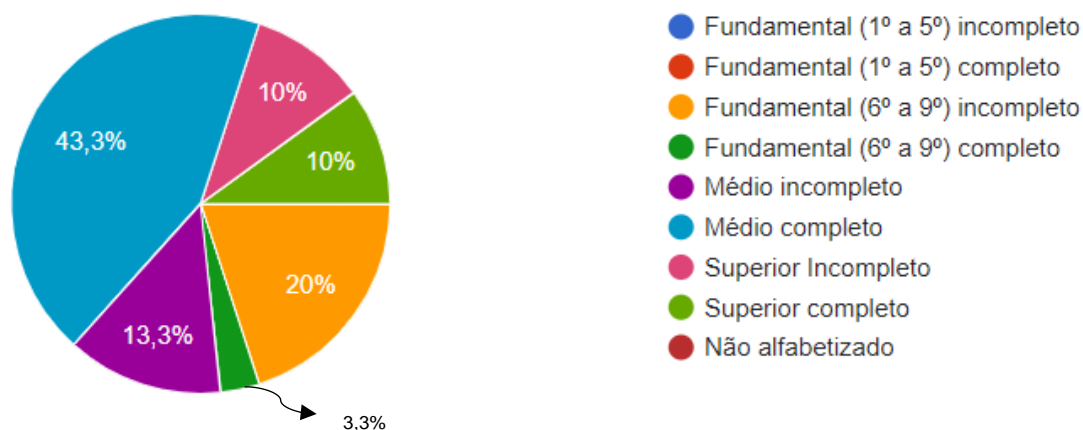
Tabela 1 - Faixa etária

Idade	%
Menos de 18 anos	0
18 - 29 anos	63,3
30 - 45 anos	36,7
Mais de 46 anos	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Historicamente, no Brasil, como em todo mundo, existem mulheres que engravidam tardiamente. Entretanto, desde as últimas décadas do século XX, tem-se observado um número crescente de mulheres que passam por essa experiência com mais de 35 anos. A análise de séries históricas evidencia um relativo aumento de primíparas nesta faixa etária (Brasil, 2001).

Gráfico 1 - Escolaridade



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Ao analisar o nível de escolaridade expresso pelas entrevistadas foi possível constatar que cerca de 36,6% delas não possuem o Ensino Médio completo e dentre essas uma quantidade significativa (20%) não terminaram o Ensino Fundamental I, que reforça a hipótese dessa pesquisa de que as mulheres que tem menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica, pois a falta de

conhecimento sobre seus direitos e sobre o processo de parto pode torná-las menos propensas a questionar ou confrontar as práticas abusivas ou desatualizadas.

As mulheres negras têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de moradia e, quanto à saúde reprodutiva, têm menos acesso a métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de terem uma gravidez indesejada (Goes, 2010).

Tabela 2 - Estado civil

Estado Civil	%
Casada	36,7
Solteira	53,3
União estável	10
Outros	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Apesar de a maioria das entrevistadas relatar o estado civil de solteira (53,3%), a tabela 9, disponível mais abaixo indica que 96,6% tiveram um acompanhante durante todo o processo de parto ou apenas no parto. Esses dados mostram que, mesmo sem um companheiro, as puérperas contam com uma rede de apoio que as auxilia durante todo o processo. Isso destaca a efetivação do direito ao acompanhante garantido por lei às puérperas na instituição (Brasil, 2005).

Tabela 3 - Número de gestações

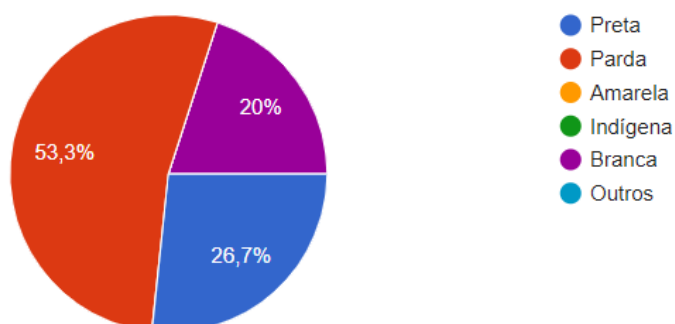
Gestações	%
1ª Gestação	26,7
2ª a 4ª Gestação	66,7
5ª ou mais	6,7

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A tabela acima apresenta o número de gestações das entrevistadas, indicando que 73,4% tiveram entre 2 e mais de 5 gestações. Quase 7% relataram ter mais de 5 gestações. Esses dados destacam a necessidade de fortalecer o planejamento familiar na atenção básica em saúde, já que muitas mulheres têm várias gestações

por desconhecerem seus direitos garantidos pelo SUS, como os previstos na Lei Federal 9.263/1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar (Brasil, 1996).

Gráfico 2 - Autodeclaram raça / cor



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

O gráfico supracitado indica que 80% das entrevistadas se autodeclaram pretas ou pardas, notou-se também certo receio por partes das entrevistadas em compreender sua ancestralidade, quando questionadas sobre a autodeclaração algumas ficaram indecisas, outras disseram que no seu registro diz ser parda, então era parda. Essa questão remete ao racismo estrutural² presente na sociedade brasileira onde o ser preto é visto como algo ruim.

Diniz (2015) expressa que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, que fazem uso de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e a violência obstétrica. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento.

² Pinto (2020) define que: "Racismo estrutural é um conjunto de práticas discriminatórias, institucionais, históricas, culturais dentro de uma sociedade que frequentemente privilegia algumas raças em detrimento de outras".

Tabela 4 - Trabalho

Trabalho	%
Empregada CLT	30
Autônoma	20
Desempregada	46,7
Servidora pública	3,3
Do lar	0
Outros	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Tabela 5 - Renda Mensal

Renda	%
Menos de 1 salário	36,7
1 a 2 salários	36,7
2 a 3 salários	16,7
Mais de 3 salários	10

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Nas tabelas 4 e 5, que abordam trabalho e renda mensal, observa-se que 46,7% das entrevistadas estão desempregadas e 36,7% possuem uma renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo. Esses dados reforçam a importância do SUS para a população brasileira. Como política pública, o SUS contribui para reduzir as desigualdades sociais em saúde, proporcionando acesso equitativo a tratamentos e serviços médicos, independentemente da situação econômica (Brasil, 1990). Atendendo gratuitamente uma parcela significativa da população, o sistema ajuda a aliviar o peso financeiro sobre indivíduos e famílias de baixa renda, garantindo um direito básico à saúde.

A situação econômica dessa parcela das entrevistadas poderia ser pior, destacando a importância dos programas de transferência de renda, como será visto na tabela 6. Além disso, a Tabela 5 mostra que 10% das entrevistadas possuem uma renda familiar mensal superior a três salários-mínimos. Esses dados reforçam o princípio da universalidade do SUS e demonstram que parte dessas puérperas têm consciência de seu direito ao SUS, independentemente da renda.

Tabela 6 - Beneficiária

Benefício	%
Bolsa Família	36,7
BPC	0
Pensão	0
Não	63,3
Outro	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Quando questionadas sobre benefícios socioassistenciais, cerca de 36,7% das entrevistadas relataram ser beneficiárias do Programa Bolsa Família, o que justifica os resultados das tabelas 4 e 5, que mostram uma quantidade significativa de desempregadas e de entrevistadas com renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo.

Isso evidencia a importância dos benefícios socioassistenciais na vida dessas pessoas, especialmente o Bolsa Família. O programa não apenas atenua a carência imediata, mas também busca investir no potencial humano e romper o ciclo de pobreza, promovendo condições mais dignas e igualitárias para as famílias em situação de vulnerabilidade. Ademais, durante a gestação e até a criança completar seis anos de idade, o beneficiário recebe um adicional (Brasil, 2023).

Tabela 7 - Residência

Residência	%
Própria	46,7
Alugada	46,7
Cedida	6,7
Situação de rua	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Tabela 8 - Município de residência

Município de residência	%
Vitória	43,3
Cariacica	20
Serra	20
Vila Velha	6,7
Viana	6,7
Interior	3,3

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

As tabelas 07 e 08 abordam o tipo de moradia e o município de residência das entrevistadas. A pesquisa mostrou que 53,4% das entrevistadas residem em casas alugadas ou cedidas, e 43,3% são provenientes do município de Vitória, onde está localizada a maternidade.

O tipo de moradia está relacionado à qualidade de vida social e econômica dessas mulheres e suas famílias. Residir em uma casa alugada ou cedida pode gerar insegurança para essas mulheres, especialmente considerando que uma quantidade significativa delas está desempregada, vive com menos de um salário-mínimo e depende principalmente do programa Bolsa Família para sua renda (conforme demonstrado nas Tabelas 4, 5 e 6).

Tabela 9 - Acompanhante

Acompanhante no parto	%
Sim, durante todo o processo	83,3
Apenas no pré-parto	0
Apenas no parto	13,3
Não	3,3

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

O direito ao acompanhante é assegurado pela Lei do Acompanhante, Lei Federal nº 11.108/2005, que garante à mulher a presença de um acompanhante durante consultas, exames, parto e pós-parto. A violação desse direito durante a gestação, parto e pós-parto pode ser considerada violência obstétrica.

Analisando a tabela 9, nota-se que a maioria das entrevistadas (83,3%) teve o direito ao acompanhante efetivado. Já 13,3% tiveram acompanhante apenas no parto, justificando a ausência durante todo o processo por questões de internação, chegada tardia dos acompanhantes ou porque a gestante veio sozinha.

Contudo, 3,3% (uma entrevistada) relataram não ter acompanhante durante o processo, o que pode ser visto como uma violação de direitos. Ao relatar sua experiência sobre o parto e seu entendimento sobre violência obstétrica, essa paciente mencionou ter sofrido vários possíveis episódios de violência desde a internação até o pós-parto, conforme discutido no próximo subcapítulo.

A análise das entrevistas revelou que o perfil das entrevistadas é majoritariamente composto por mulheres pretas e pardas, solteiras, com idades entre 18 e 29 anos, ensino médio completo, desempregadas, entre a 2ª e 4ª gestação, com renda mensal de 0 a 2 salários-mínimos, residentes em Vitória-ES em casas alugadas ou cedidas. A maioria não recebe nenhum benefício de transferência de renda, mas teve acompanhante em alguma etapa do processo de parto.

4.2 RELATOS DO PROCESSO DE PARTO

O formulário de entrevista dessa pesquisa dividiu-se em duas partes, a primeira de perguntas semiestruturadas com a intenção de traçar o perfil das puérperas entrevistadas, o que já realizamos no subcapítulo anterior, a segunda parte do formulário é formado por duas questões abertas que tem como objetivo entender o processo de parto das entrevistadas, analisar as falas, perceber se as mesmas sofreram algum tipo de violência obstétrica, caso sim, se possuem conhecimento da violência sofrida e também identificar o que elas compreendem como violência obstétrica através da pergunta final “O que é violência obstétrica para você?”.

A fim de preservar a identidade das puérperas entrevistadas utilizamos para identificá-las sempre que as citadas a consoante P seguido da ordem numérica da entrevistada (ex.: P1; P2; P3...).

A primeira pergunta aberta do formulário de entrevista solicitava que as entrevistadas relatassem como foi o processo desde a entrada na maternidade até o momento atual da entrevista. Nesse contexto foi possível identificar várias formas de expressar esse processo por parte das entrevistadas, muitas relataram que o atendimento foi ótimo, ou foi ótimo, porém aconteceram pequenos detalhes, conforme relato de P5 *“Foi tranquilo desde quando cheguei aqui, foi parto normal, atendimento foi ótimo, deu pra entender as informações [...] (entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024)”*; e P1: *“O atendimento foi bom, gostei, o trabalho de parto também foi rápido. É eu acho que não tenho o que reclamar não, eu só fiquei muito chateada porque[...] (entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024)”*.

Ainda sobre a primeira pergunta aberta foi possível identificar na fala das entrevistadas possíveis episódios de violência sem as mesmas possuírem consciência, como o trecho da entrevista com a P1:

“[...] eu só fiquei muito chateada porque igual eu ganhei ela no sábado e só hoje fui descobrir que ela teve um descolamento de clavícula no parto, não sei se o médico não viu e por eu ter ganhado na sexta, no sábado e domingo não teve pediatra e só hoje foram vê[...]” (Entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024).

No relato da P3 que expressa da seguinte forma: *“[...]foi parto normal, minha bolsa não estourou, eles tiveram que pegar uma espátula e forçaram para estourar[...]” (entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024)”*

Vale ressaltar que no relato da P3 a mesma não soube informar se foi comunicada que sua bolsa seria “estourada”, porém os dois contextos abordados vão de encontro aos relatados pelos autores Cunha e Guimarães (2012, p. 160), “a violência obstétrica pode ocorrer tanto por ação quanto por omissão, como a falta de informação e de respeito ao processo de parturição”.

Outro relato que vai de encontro ao contexto acordado é o da P4 que expressou que o processo de parto foi tranquilo, porém por fatores não relatados pela equipe, ela ficou um longo período aguardando atendimento e sem se alimentar, a mesma relata:

“Então fui bem assistida, na hora de chegar aqui né, a única coisa que tenho pra relatar foi sobre o tempo que fiquei esperando, fiquei esperando muito tempo, era pra mim ter entrado antes de meio dia, mas entrei só depois, fui entrar pro centro cirúrgico já era 18h, aí nisso, foi a única coisa mesmo, fiquei

sem comer de 7h até as 23h" (Entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024).

Ao analisar as entrevistas foi possível identificar também cerca de 8 das 30 entrevistadas tiveram um trabalho de parto com mais de 12h de duração após a internação. Compreende-se que não existe um período de horas específico de duração do trabalho de parto (OMS, 2014), porém quando o processo se prolonga algumas questões devem ser levadas em consideração, como a alimentação, contrações, tudo isso pensando em uma assistência humanizada às protagonistas desse processo, ou seja as gestantes.

Dentro desse contexto, foi possível identificar que 9 das 30 pacientes passaram por possíveis violações, vale ressaltar que não se pode afirmar tais violações, visto que para isso era necessário ter presenciado os episódios ou ter tido mais informações, mas como parte das entrevistadas relataram não ter muita certeza das informações prestadas, o que é compreensivo pois como já expresso por alguns autores citados ao longo dessa pesquisa o momento do parto é um momento feliz, mas de vulnerabilidade da parturiente.

A última pergunta feita as entrevistadas foi concernente ao que elas entendem como violência obstétrica, as respostas foram várias, algumas definiram muito bem o que seria, outras nem tanto, mas algo que chamou a atenção foram as respostas de 3 pacientes específicas que relataram das seguintes formas: *"Não sei dizer"* (P3, entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024); *"Ah, não sei"* (P10, entrevista realizada em 29 de fevereiro de 2024) e *"Ah, agora você me pegou, não sei não"*(P28, entrevista realizada em 27 de março de 2024).

Essas respostas confirmam o que foi expresso no decorrer desse trabalho sobre a importância da informação no combate à violência obstétrica e se relaciona a hipótese dessa pesquisa de que mulheres que têm menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica.

É importante reforçar que a entrevistada P3 que na pergunta supracitada relatou não saber do que se trata o tipo de violência abordado, relatou na pergunta anteriormente transcrita sobre o processo de parto um possível episódio de violência.

Outra situação que chamou a atenção ao analisar as respostas, foi da lógica de relacionar a violência estudada nessa pesquisa exclusivamente a figura do/a médico/a, obtivemos ao fazer a releitura das respostas a pergunta o que é violência obstétrica respostas como:

“[...]é quando o médico força fazer algo que eu não quero[...]” (P1, entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024); “[...]quando o médico ´é ignorante e faz as coisas de qualquer jeito” (P4, entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024); “[...]quando os médico não tem paciência[...]” (P5, entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024)e “[...]quando o médico não ouve a gente”(P29, entrevista realizada em 27 de março de 2024).

Essa lógica está relacionada ao termo “obstétrica” que liga a violência o médico, porém esse termo tem origem da palavra obstetrícia que é a ciência que estuda as relações do processo gestacional e de parto.

Enquadram-se no conceito de violência obstétrica todos os atos praticados por profissionais de saúde 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 e violências verbais (Azevedo, 2015).

Uma das puérperas entrevistadas relatou ter sofrido uma possível violência obstétrica durante o processo de parto, a mesma ao relatar como foi o processo de parturição expressou da seguinte forma:

"Assim que eu entrei fui atendida por uma doutora e ela parecia que não estava levando muito a sério o que eu estava sentindo, eu estava com os pés extremamente inchados [...], entrei de cadeira de roda, e ela a todo momento duvidando das coisas que eu falava, pediu pra fazer o toque e eu claramente deixei, ela estava com as unhas grandes e acabou me ferindo [...]. Assim que me falaram que ia me internar uma enfermeira me acompanhou pra trocar o pijama e ai a calcinha caiu no chão e eu não podia ficar em pé e ai ela falou pra eu pegar, ai outra doutora se aproximou ai ela pegou do chão. [...] mas dessa vez eu senti muito o meu parto, tanto limpando, e também estavam com muita pressa, a enfermeira ficava falando vem, vem, se adianta, se adianta. Que era pra eu me adiantar, eu não consegui comunicar meu esposo porque eles me apressaram” (P30 em entrevista realizada no dia 27 de março de 2024).

Ao perguntar a mesma entrevistada sobre o que seria violência obstétrica para a ela, confirmou o episódio relatando:

“O que fizeram, me apressando, me mandaram sentar 3 vezes e aplicaram a anestesia 3 vezes, apertaram minha barriga tô aqui toda roxa e dolorida, no meu ponto aqui de cesárea tá roxo, demoraram muito pra chamar minha acompanhante pra entrar. A anestesia não pegava, quando começou pegar eles já começaram a cirurgia, senti muita dor.” (P30 em entrevista realizada no dia 27 de março de 2024).

Com isso é possível perceber que mesmo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003) dispor de parâmetros para um atendimento humanizado no SUS, nem sempre é expresso na prática, o que colabora para um ciclo de violência que não respeita a autonomia da mulher no caso do processo de parto.

Esses casos reforçam um estereótipo que pode acompanhar essa instituição por longos tempos, que é o caso da instituição onde foram realizadas as entrevistas, a mesma foi adquirida por uma outra instituição em 2015.

Nas entrevistas realizadas algumas puérperas relataram experiências de partos sofridas que acarretou medos e receios de retornarem à Maternidade, algumas falas foram:

“[...]na minha primeira gestação aqui eu fugi daqui porque só me jogaram no quarto em trabalho de parto e me deixaram largada, [...] me deixou quase 2 dias no soro”. (P12 em entrevista realizada no dia 29 de fevereiro de 2024) e “[...]o último parto que tive aqui pra esse foi diferente, dá última vez fizeram muito toque até machucou[...]” (P22 em entrevista realizada no dia 27 de março de 2024).

As mesmas pacientes que relataram esses episódios anteriores expressaram que a nova experiência foi totalmente diferente, o que reforça um certo avanço na assistência prestada.

Vale relatar ainda algumas reclamações pontuadas durante as entrevistas como qualidade da alimentação, estrutura da Maternidade e a questão do calor excessivo durante o verão, tudo isso reflete na qualidade do atendimento prestado as parturientes.

Relatos benéficos foram feitos por parte das entrevistas as equipes que fizeram os atendimentos, dentre eles separamos 3 que foram primordiais, sendo elas :*“Foi bom*

o atendimento, desde a recepção, até os universitários, foram bem atenciosos, não tem nenhuma reclamação não[...] (P29 em entrevista realizada em 27 de março de 2024)”; “O atendimento foi bom [...] ai foi bem difícil, precisou aplicar medicação e estourar a bolsa, mas foi tudo conversado [...] (P25 em entrevista realizada em 27 de março de 2024)”e “Desde a hora que eu cheguei na maternidade fui muito bem atendida na recepção, na sala de parto. Os profissionais as enfermeiras né, sempre ajudando durante todo o parto, ajudando nos exercícios, tinha a fisioterapia também[...] (P8 em entrevista realizada em 20 de fevereiro de 2024).

Essas ações reforçam que em partes a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Brasil,2005) tem alguns de seus princípios como o de promoção a saúde, qualidade na assistência e atendimento humanizado sendo implementados nas maternidades do país.

Finalizando a análise das entrevistas coletadas entende-se que o perfil das puérperas entrevistadas que relataram algum episódio de violência ou que durante a entrevista foi notado possível violência é formado por mulheres com idade entre 18 e 29 anos, escolaridade máxima ensino médio completo, sua maioria solteira, com mais de 2 gestações, pretas e pardas, média salários de até 2 salários no grupo familiar, que residem em casa alugada ou cedida e sua maioria teve acompanhante durante todo processo de parto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumprindo como o objetivo geral dessa pesquisa que é apresentar o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, foi possível identificar a importância da informação acerca dos direitos das gestantes e puérperas nas instituições de saúde, a informação é um dos principais objetos de intervenção do assistente social, é a forma pelo qual o usuário do serviço e na questão do parto se torna protagonista do processo. Durante as entrevistas, análises e pesquisas para a produção se observou a falta do conhecimento do processo e direitos dessas puérperas atendidas, o que as torna suscetíveis a sofrer violações de direitos.

Outra informação relevante é que o perfil das gestantes atendidas no SUS, e por se tratar da maioria também são propensas a sofrer violência obstétrica e é composto maioritariamente por mulheres entre 18 e 29 anos, grande parte cursaram no máximo o ensino médio, pretas/partas, solteiras, com renda familiar de até 2 salários-mínimos. Essa informação confirma a hipótese inicial da pesquisa que as mulheres que têm menos acesso à informação e a educação podem ser as mais vulneráveis à violência obstétrica, pois a falta de conhecimento sobre seus direitos e sobre o processo de parto pode torná-las menos propensas a questionar ou confrontar as práticas abusivas ou desatualizadas.

Vale ressaltar também que todos os objetivos específicos foram cumpridos no decorrer da pesquisa, sendo eles, conhecer o contexto histórico da violência obstétrica, identificar os determinantes sociais que contribuem para incidência da violência obstétrica, identificar o perfil das mulheres vítimas de violência obstétrica, apresentar debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, o papel do Serviço Social frente a essa expressão da Questão social, identificar a definição de violência obstétrica e identificar os direitos e legislações para as gestantes.

Conclui-se que essa pesquisa não se resume ao exposto aqui, com o processo de construção outras lacunas foram abertas, como a necessidade de delimitar de forma mais específica a definição de violência obstétrica, a necessidade de uma legislação específica para essa questão, claro, a Política Nacional de Humanização foi um importante passo, porém é preciso ir além, pensar diretrizes leis, penalidade e o mais importante produzir informação que é o objeto transformador.

Para encerrar deixo como reflexão uma fala expressa durante a entrevista que resume a importância de pensarmos estratégias de cuidado e disseminação de informação, a paciente entrevistada expressa “[...]eu acho que a partir do momento que a gente entra no centro cirúrgico a gente confia na equipe que tá ali, a gente não imagina certos tipos de coisa[...] (P24 em entrevista realizada no dia 27 de março de 2024)”.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Projeto de formação**: diretrizes curriculares para o curso de serviço social. Brasília, DF: ABEPSS, 1996.

ADESSE, L. Gênero e saúde: as mulheres brasileiras nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 17-33, 2010.

AZEVEDO, J. C. **Precisamos falar sobre a violência obstétrica**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-mai-16/julio-azevedo-precisamos-falar-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 25 mai. 2024.

BARROS, C.F e Cols. (2020). Violência de gênero e serviço social: desafios e possibilidades. **Serviço Social & Sociedade**, 140, 72-90.

BATISTA, L.R. A violência de gênero contra a mulher e a atuação do serviço social. **Revista Geográfica Acadêmica**, [s.l.], v. 11, n.1, p. 104-118, 2017.

BOHREN, M. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS medicine**, [s.l.], v.12, n.6. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BOHRER, D.C. Violência obstétrica e humanização do parto: reflexões à luz da bioética e dos direitos humanos. **Revista da ABENO**, [s.l.], v.19, n. 2, p. 39-48, 2019.

BOURGUIGNON, J. A. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp, p. 46-54, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802007000300005>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em 10 set. 2022.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Aleitamento. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em 19 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bit.ly/37O9XY4>. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério Da Saúde. FEBRASGO ABENFO. **Parto, Aborto E Puerpério: Assistência Humanizada À Mulher**. [s.l: s.n.]. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 15 de mai. 2024.

BRASIL. Lei nº N° 14.601, DE 19 DE JUNHO DE 2023. Institui o Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 jun. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm. Acesso em: 20 mai. 2024.

CUNHA, E. A.; GUIMARÃES, E. R. Violência obstétrica: reflexões sobre a experiência vivida por mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 16, n. 40, p. 155-168, 2012.

DELFINO, C. C. S. Violência obstétrica e serviço social: limites e desafios na atualidade. In: **Revista Contexto & Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 35, pág. 167-175, 2018.

DINIZ, S.G. et al. Desigualdades sociodemográficas na prevalência de violência obstétrica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n.2, p.1-9, 2014.

DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, efeitos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, [s.l.], v. 52,n.2, 2018.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S.; DIAS, M.A. Vivências de violência obstétrica de mulheres brasileiras. 41(4), 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em 23 de mar. 2023.

DINIZ, S.G. et al. Equidade e serviços de saúde da mulher para contracepção, aborto e parto no Brasil. **Assuntos de Saúde Reprodutiva**, [s.l.], v.23, n.45, p.91-100, 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2812%2940657-7>. Acesso em 20 de mar. 2023.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2014.

FINGER, M. A. P.; SANTOS, J.D.; LOPES, M. C. A atuação do assistente social frente aos limites e desafios da violência obstétrica. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, [s.l.], v. 8, n. 2, pág. 170-188, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/RIDH/article/view/53926> . Acesso em: 20 mar. 2023.

GIFFIN, K. M. A. O Serviço Social na saúde: perspectivas e desafios contemporâneos. **Serviço Social & Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 5-20, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAOODORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf. Acesso em 18 de mai. 2024.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 701-718.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LIMA, T. C. S. D.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis** [online], vol. 10, n. 2, p. 37-45, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.

Lopes & E. D. Brandão (Orgs.), **Serviço Social: trajetórias e perspectivas na saúde** (p. 91-108). São Paulo: Cortez, 2017.

MACHADO, D. M. L. **Serviço Social e saúde: trajetórias e desafios**. In: C. M. R.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

NETTO, P. **Introdução ao Serviço Social: fundamentos históricos e teórico-metodológicos**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PINTO, Walber. **Saiba o que é racismo estrutural e como ele se organiza no Brasil**. 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/saiba-o-que-e-racismo-estrutural-e-como-ele-se-organiza-no-brasil-0a7d>. Acesso em: 28 jun. 2024.

SAINT-GERMAIN, Y. Medicalização do parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 7-10, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e violência obstétrica: estudo exploratório sobre as experiências de mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 7, p. 1535-1545, 2014.

SILVA, A.L.S.; GOMES, C.M. A atuação do serviço social no enfrentamento à violência contra a mulher: reflexões teóricas e práticas. **Revista Ensaios**, [s.l.], v.16, n. 1, p. 271-286, 2018.

SILVA, Nilma. Interseccionalidade e a crítica ao pensamento feminista branco. **Estudos Feministas**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 11-29, 2019.

SILVA, S. E. et al. Violência Obstétrica como Expressão de Violência de Gênero: uma análise à luz dos direitos humanos. **Mulheres & Sociedade**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 72-87, dez., 2015. ISSN 2318-9828. Disponível em: <https://sites.uepg.br/jornalismo/ocs/index.php/6mulheresociedade/6mulheresociedade/article/view/142>. Acesso em: 30 mar. 2023.

SOARES, E.L.; ARAÚJO, L.F. Violência de gênero contra a mulher: o desafio do serviço social. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 33, n. 28279, 2019.

SPOSATI, A. **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

YASUI, S. **Serviço Social e saúde**: desafios e perspectivas. In: C. G. L. Nascimento (Org.), **Serviço Social e as políticas sociais: desafios contemporâneos** (pp. 65-82). São Paulo: Appris, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada **VIOLÊNCIA OSTETRÍCA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES** sob a responsabilidade de LEYLA MARCIA KILL SOUZA.

JUSTIFICATIVA: O objeto deste estudo “VIOLÊNCIA OSTETRÍCA NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES”, se deu mediante ao estudo de pesquisas na área da saúde, onde se destacou a peculiaridade dessas investigações, constatando que o tema é pouco abordado no contexto do Serviço Social e necessita ser explorado. A importância do recorte desse objeto se justifica pela necessidade de compreender as práticas que ocorrem durante o processo de parto, visto que ele é um momento crucial na vida das mulheres e de seus filhos, tornando a situação ainda mais preocupante. A pesquisa irá contribuir para a prevenção da violência obstétrica e para a melhoria do atendimento às mulheres durante o processo de parto, pois é fundamental compreender a violência obstétrica para desenvolver ações que contribuam para a promoção da saúde e do bem-estar das mulheres.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA:

OBJETIVO GERAL

Apresentar o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição em uma Maternidade Filantrópica no Município de Vitória-ES.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o contexto histórico da violência obstétrica;
- Identificar os determinantes sociais que contribuem para incidência da violência obstétrica;
- Identificar o perfil das mulheres vítimas de violência obstétrica;
- Estudar o papel do Serviço Social frente a essa expressão da Questão social;
- Identificar os direitos e legislações para as gestantes;

PROCEDIMENTOS:

A pesquisa será desenvolvida realizando aproximações como método crítico dialético e as técnicas usadas serão a pesquisa de campo com revisão bibliográfica, de natureza básica e caráter descritivo com abordagem qualitativa, será utilizado um formulário de entrevista com perguntas semiestruturadas fechadas e abertas, contendo 3 questões sobre a temática e traçando o perfil destas participantes. Será apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deverá ser assinado em duas vias, sendo uma com o participante da pesquisa e uma com o pesquisador que deverá ser arquivado por cinco anos. O Locus da pesquisa será a Maternidade Pró-Matre, a coleta de dados será realizada entre o período de fevereiro a maio de 2024 escolhidas aleatoriamente em um quantitativo de 30 (trinta) puérperas. A coleta de dados será iniciada após a submissão do projeto ao Comitê de Ética para garantia das informações do paciente, será mantido o sigilo profissional. As entrevistas realizadas serão gravadas e transcritas na íntegra e terão duração de 20 minutos

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

para cada participante. A análise dos dados será através da análise de conteúdo com o uso de categorias por meio de discurso onde as interpretações das informações que serão captadas através de entrevista com as puérperas (participantes da pesquisa). Todo resultado da pesquisa será utilizado único e exclusivamente para o benefício das participantes da pesquisa e da comunidade científica.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: As entrevistas realizadas na Maternidade Pró- Matre e serão gravadas e transcritas na íntegra e terão duração de 20 minutos para cada participante.

RISCOS E DESCONFORTOS: Segundo a Resolução CNS 466/12 dispõe em seu item V: "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Essa pesquisa envolverá riscos mínimos sendo que estes serão minimizados com a garantia de um ambiente reservado e o sigilo das entrevistas. Todo resultado da pesquisa será utilizado único e exclusivamente para benefício dos participantes e da comunidade científica.

BENEFÍCIOS Apresentar o debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição em uma Maternidade Filatropica no Município de Vitória-ES, compreendendo o perfil das mulheres que sofrem violência obstétrica, contribuindo assim, para pensar estratégias de intervenção e ações que contribuam para a promoção da saúde e do bem-estar das mulheres na perspectiva do Serviço Social.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ORIENTAÇÃO: Caso você desconheça algum termo técnico utilizado neste documento, o pesquisador responsável poderá solucionar a sua dúvida.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, a pesquisadora responsável: Prof^a Leyla Marcia Kill Souza - telefone: 27-3225-0216, Av. Vitória, 119, Ilha de Santa Maria – Vitória – ES (Departamento de Serviço Social). Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM através do telefone (27) 3334- 3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada e rubricada em todas as páginas, por mim e pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante.

Vitória, ES, 30 de agosto de 2023.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa O debate do Serviço Social sobre a violência obstétrica no processo de parturição, eu, Leyla Marcia Kill Souza, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Rubrica do participante/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Nome: _____

a) idade:

Menos de 18 anos 18-29 anos 30-45 anos Mais de 46 anos

b) Escolaridade:

Fundamental (1º a 5º) incompleto Fundamental (6º a 9º) incompleto

Fundamental (1º a 5º) completo Fundamental (6º a 9º) completo

Médio incompleto Médio completo

Superior Incompleto Superior completo Não alfabetizado

c) Estado civil:

casada Solteira União estável Outro

d) Gestações:

1ª gestação 2ª-4ª gestação 5ª ou mais

e) Se autodeclara:

Preta Parda Amarela Indígena Branco Outros

f) Religião:

Católica Evangélica Espírita Matriz africana Outra _____

g) No momento se encontra:

Empregada CLT Autônoma Desempregada

Servidora pública Do lar Outro

h) Renda Mensal:

Menos de 1 salário de 1 a 2 salários

Mais de 2 a 3 salários Mais de 3 salários

i) Recebe algum benefício:

Bolsa Família BPC Pensão Não Outro

j) Reside em casa:

Própria Alugada Cedida Situação de Rua

k) município de residência:

Vitória Cariacica Vila Velha Serra Viana Interior

l) Teve acompanhante no processo de parto:

Sim, durante todo processo Apenas no pré-parto Não

- 2. Descreva como foi seu processo de parto, desde a entrada na Maternidade.**

- 3. O que é violência obstétrica para você.**
