



**XX REDOR**

Encontro da Rede Feminista Norte  
e Nordeste de Estudos e Pesquisas  
sobre Mulher e Relações de Gênero

## MULHERES-MÃES: SUAS DORES, SUAS LUTAS, SEUS AMORES

Sandra Andrade Almeida

*Fundação Hospitalar de Sergipe: as.sandraalmeida@gmail.com*

Anabela Maurício de Santana

*Universidade Federal de Sergipe E-mail: ana\_santana@oi.com.br*

**Resumo:** Este texto propõe-se a refletir sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no cotidiano das instituições de saúde materno-infantil. O objetivo desta reflexão é contribuir para o fortalecimento da noção de mulher-mãe como sujeito histórico, ativo, protagonista de sua história de vida; um ser não submisso a estruturas que as determinem, oprimam e incapacitem para a transformação da realidade, visto que a ideia de maternidade, tal como hoje é concebida no contexto social brasileiro expressa, ainda, padrões que refletem moralidades tradicionais, fundamentados em valores atribuídos à mulher e naturalizados nos espaços de saúde. O percurso metodológico adotado foi a pesquisa bibliográfica onde a discussão sobre a saúde materno-infantil é abordada pelo viés da Saúde Pública e busca compreender o fenômeno saúde da mulher numa perspectiva de totalidade, evidenciando a evolução da política de saúde da mulher e a inserção do assistente social nesse cenário, na busca pela garantia de direitos sociais e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, assim como depoimentos colhidos ao longo da trajetória profissional como assistente social, e representa o esforço de dar visibilidade à luta das mulheres sujeito desta narrativa, que fazem de suas histórias de vida a militância no movimento em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade.

**Palavras-chave:** Gênero, Saúde, Saúde da mulher, Ética.

### INTRODUÇÃO

A vida humana tem em seus movimentos de início e fim os momentos de maior relevância. A condição de nascer e morrer têm sido alvo de vários estudos e discussões ao longo da história. As pesquisas mostram que aproximadamente 80% das mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a serviços essenciais para a maternidade e de cuidados básicos de saúde. As mortes de recém-nascidos também têm recebido pouca atenção. De acordo com o relatório sobre a Situação Mundial da Infância 2009

– Saúde Materna e Neonatal, quase 40% dos óbitos de menores de 05 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorrem durante os primeiros 28 dias de vida. Três quartos das mortes de recém-nascidos acontecem nos primeiros sete dias, o início do período neonatal; e a maioria dessas mortes também são evitáveis, diz o relatório.

A saúde da mãe e do recém-nascido estão intrinsecamente relacionadas e para serem tratadas de maneira eficaz e sustentável é necessário que as intervenções sejam pensadas e



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

implementadas em uma estrutura que fortaleça e integre programas, sistemas de saúde e um ambiente de apoio aos direitos da mulher.

Este texto propõe-se a refletir sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no cotidiano das instituições de saúde materno-infantil.

Trata-se de uma revisão de literatura pautada na bibliografia indicada pela disciplina Projeto Ético-Político e Instrumentalidade no Debate Contemporâneo do Serviço Social, agregada de literatura específica sobre o tema, cuja ementa tem como objetivos: situar o tema no debate contemporâneo na área do Serviço Social; apresentar o projeto ético-político profissional do ponto de vista conceitual e normativo; e discutir as categorias inerentes ao debate da instrumentalidade no Serviço Social.

A discussão sobre a saúde materno-infantil é abordada pelo viés da Saúde Pública e busca compreender o fenômeno saúde da mulher em uma perspectiva de totalidade, evidenciando a evolução da política de saúde da mulher e a inserção do assistente social nesse

cenário, na busca pela garantia de direitos sociais e consolidação do projeto ético-político do Serviço Social.

Este capítulo emerge como a materialização de relatos de experiência ouvidos ao longo da trajetória profissional de assistentes sociais que atuam nesta área, e representa o esforço de dar visibilidade à luta das mulheres sujeito desta narrativa, que fazem de suas histórias de vida a militância no movimento em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade.

A intenção desta reflexão é contribuir para o fortalecimento da noção de mulher-mãe como sujeito histórico, ativo, protagonista de sua história de vida; um ser não submisso a estruturas que as determinem, oprimam e incapacitem para a transformação da realidade. A ideia de maternidade, tal como hoje é concebida no contexto social brasileiro expressa, ainda, padrões que refletem moralidades tradicionais, fundamentados em valores atribuídos à mulher e naturalizados nos espaços de saúde.

Considerando a dinâmica contraditória e tensa dos espaços sócio-ocupacionais onde estão ancoradas as condições de produção e reprodução da vida social, e inseridas usuárias e profissionais, foi feita opção pela preservação do sigilo da identidade das



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

mulheres que compartilharam suas vivências e impressões.

### **A VIDA QUE GERA VIDA: saúde feminina**

Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Esse modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal. A exaltação da maternidade trouxe em seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos. Tais determinantes histórico-sociais refletem, inclusive, na atuação médica nas questões relacionadas à saúde da mulher.

Para compreender o poder hegemônico do Estado no processo de institucionalização da atenção à saúde, em especial da saúde da mulher, é necessário reconhecer na trajetória histórica das políticas de saúde que o controle ideológico sobre a saúde das mulheres traduziu-se em forma de controle sobre sua sexualidade como veículo da reprodução. Neste percurso, o processo de hospitalização do parto foi fator chave para o desenvolvimento do saber médico nesta área, para a hegemonia do poder médico e

para a medicalização do corpo feminino.

Até o início do século XX, o parto, considerado evento natural, fisiológico, era realizado no domicílio da parturiente ou de pessoa de sua relação, assistidos em sua maioria por parteira leiga. Até aquela data, apenas as gestantes indigentes e desclassificadas socialmente recorriam aos hospitais. Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e tida como alternativa apenas em casos extremos, e por pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras, que recorriam às Santas Casas, mantidas por caridade religiosa e benemerência.

O parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico. Contudo, ao longo dos últimos séculos, o evento do parto e nascimento tornou-se um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transformaram-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações tornou-se a regra e não a exceção. Tem origem aí o modelo médico tecnocrático de assistência; é a organização da assistência à gestante baseada no modelo de produção fabril.

O modelo tecnocrático de assistência hospitalar ao parto coloca o corpo da mulher como máquina, o principal objeto



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

do obstetra passa a ser o útero e seu produto. Com isso, a mulher deixa de existir como sujeito do parto e este lugar é assumido pelo médico, cabendo a ele a condução ativa do parto. Nos termos do modelo tecnocrático, o parto é um processo puramente fisiológico. Assim sendo, fatores emocionais, sociais, culturais, deixam de ser reconhecidos como facilitadores ou dificultadores do processo.

*“Depois de ficar dois dias naquele pré-parto sozinha, com medo porque era o meu primeiro filho, só ouvindo mulher gritar, sem poder comer nada, sem beber água e deitada naquela maca que nem me cabia direito, ela (a obstetra) ainda queria, que eu fizesse força. Mulher, eu não tinha condição! Eu deitada ali, com as pernas dormentes de tanto ficarem penduradas naquele gancho, eu não conseguia nem falar de tanto cansaço e tanta dor. Mas quando ela disse ‘Bora minha filha, se você não fizer força você vai matar o seu bebê. É isso que você quer, matar o seu filho?’. Naquela hora pedi a Deus que me desse força, nem que fosse a última vez. Depois disso, não lembro de mais nada. Sei que meu bebê foi pra U.T.I. e acho que foi por culpa minha. (Depoimento de uma adolescente cujo bebê estava em assistência na UTI Neonatal).*

O depoimento acima demonstra que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. A posição deitada e a proibição de deambular e movimentar-se livremente impede a mulher de participar ativamente do próprio parto.

O acesso à cesariana é fundamental para a redução da

mortalidade materna e neonatal. Contudo ela se tornou quase uma unanimidade no Brasil a partir dos anos 80, quando os avanços científicos permitiram que a cirurgia se tornasse segura e indolor. Estudos sugerem que, no Brasil, a escolha pela cesariana é uma demanda das mulheres por dignidade, já que o modelo de parto normal está associado a intervenções desnecessárias, ações dolorosas e um longo processo solitário, onde não são garantidos acesso a métodos não farmacológicos de alívio de dor nem o direito a acompanhante. Na contramão de um modelo de parto excessivamente medicalizado, e procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidências, surgiu o modelo humanizado de assistência ao parto e puerpério.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, tem como objetivo principal reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade da assistência obstétrica com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. Esse Programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

incorporados como diretrizes institucionais.

### **A assistência à mulher: pré-parto, parto e puerpério**

A intensa medicalização do corpo feminino está diretamente relacionada com a perda de autonomia da mulher no parto. Esta questão também necessita estar vinculada à assistência, pois estaria se repetindo no momento do parto a exclusão já sofrida pela mulher em relação à sua própria autonomia. A falta de autonomia da mulher no parto é um dos fatores que resulta no uso excessivo de cesarianas. Na relação médico-paciente assimétrica, as mulheres têm dificuldade em participar da decisão do tipo de parto, sentindo-se menos capacitadas para questionar os médicos sobre as questões técnicas que envolvem o parto e fazer valer seus desejos e escolhas.

O número de cesarianas e de intervenções realizadas nas parturientes e recém-nascidos tem provocado inúmeros questionamentos sobre a condição de nascer no Brasil. Em 2011/2012 foi realizado no país o primeiro inquérito nacional sobre parto e nascimento – Nascer no Brasil, e a expectativa desse estudo foi fornecer evidências científicas sobre as atuais condições de nascimento, com vistas a estabelecer um pacto para melhoria da qualidade da atenção e

redução de intervenções desnecessárias.

No Brasil, o índice de cesarianas chega a 52%, quando a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é para que esse procedimento não exceda 15% do total de partos, uma vez que os estudos internacionais vêm demonstrando os riscos das elevadas taxas de cesariana tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê.

A pesquisa Nascer no Brasil indicou que, assim como outros procedimentos de alguma complexidade, a cesariana segue o padrão de desigualdade na atenção à saúde. No setor privado, a proporção de cesarianas chega a 88% dos nascimentos, enquanto o setor público atinge 46% dos partos.

Deixar de romantizar a relação entre a mulher e a maternidade é fundamental para reconhecer o poder repressivo sobre as mulheres que é estabelecido a partir da conexão da mulher com a maternidade. A visão reprodutiva das mulheres é determinada pela organização social e cultural que busca cercear os esforços femininos na busca por espaço de controle de suas próprias vidas e de seus corpos para expressar livremente sua sexualidade, muito mais do que qualquer conexão biológica que possa existir.

*... ‘Seu bebê está ótimo!’, era tudo, e em nenhum momento fui perguntada*



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

*sobre como eu me sentia. Parecia até errado querer falar sobre mim, já que nas entrelinhas eu não via alternativas e a única opção era estar feliz com a bênção de gerar um filho, amém! As pessoas ao redor insistem em florear a gestação falando em enxoval, chá de fraldas e decoração do quarto do bebê, o qual varia um pouco de acordo com a realidade de cada um, já os palpitesiros de plantão estão para todos, indistintamente!”*  
(Depoimento de uma gestante).

*“... No pós-parto eu entendi o que uma amiga chama de ‘crueldade feminina’ e vi que ela se disfarça até de apoio. Pode ser a vovó ou a titia tão preocupadas com a fome do bebê que ignoram sua mama ferida e o tacam no seu peito, porque é assim mesmo que a criança precisa ser alimentada...”* (Depoimento de uma puérpera).

A violência obstétrica é uma grave violação aos direitos mais básicos da mulher parturiente. Relatos de mulheres vítima de violência obstétrica indicam que essas mulheres lembrarão da experiência negativa no parto por aproximadamente 40 anos: ‘... a dor da violência é uma dor que nunca passa, você acostuma a sentir essa dor’.

*“Depois de um bom tempo me sentindo invisível, alguém me enxergou e me disse que eu precisava dormir para produzir leite. Isso soou para mim como um ‘Eu te amo!’ Eram os nossos primeiros passeios e em meio ao caos interno, meu filho aprendia a se alimentar e eu tomava mingau com as meninas, dava risada devagarinho e voltava mais confiante pra casa. Sobrevivemos! Meus sinceros agradecimentos às profissionais do Banco de Leite*

*Humano”.* (Depoimento de uma puérpera).

Em entrevista à Revista RADIS, a coordenadora da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres, enfermeira sanitarista Carmen Lucia Luiz, afirma que “a violência impacta a saúde das mulheres de muitas formas e em todas as fases da vida”.

*...a violência é estruturante da vida e do cotidiano das mulheres e se apresenta, inclusive, pelo silenciamento. As mulheres são silenciadas da sintomatologia da opressão, do machismo, da misoginia. 80% da medicação psiquiátrica dispensada na atenção básica é destinada às mulheres”* (RADIS, 2017).

*“Eu me lembro muito bem quando chegaram com aquele papel e disseram pra eu assinar autorizando o aborto. Eu só tinha feito uma ultrassonografia e tinha visto a minha filha, mas o médico olhou o exame e me disse pra ir à maternidade porque tinha que esvaziar. A médica da maternidade foi que disse que antes ia fazer outro exame. Esperei que ela dissesse alguma coisa. Depois de um tempo, ela disse que ia ter que colocar o remédio, mesmo... (muitas lágrimas), mas eu não queria ter assinado aquele papel, eu não queria!”*  
(Depoimento de uma mulher afastada das atividades laborativas em razão de sofrimento psíquico, após ser submetida a resolução de gestação molar).

### **SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: trabalho coletivo e a inserção do assistente social**

Matos (2009) apresenta os antecedentes históricos da atual forma de assistência à saúde mostrando que a



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

atuação profissional nos serviços de saúde não se dá na atualidade de maneira isolada. Refere que há um trabalho coletivo, que é permeado por tensões e características próprias da área de saúde, mas, contudo, influenciadas pela forma como o trabalho vem sendo desenvolvido na sociedade capitalista.

Segundo Matos (2009), na área da saúde é comum buscar os fundamentos históricos na Grécia Antiga. Ele destaca que é a partir desse momento da história que a maioria da bibliografia disponível vai buscar as origens da constituição do que mais tarde seria a profissão médica.

Durante a idade média a atenção à saúde era prestada por religiosos e havia um cunho sacerdotal do exercício dessa atenção, havendo por parte da igreja uma tentativa de controle da sua não mercantilização. Com a constituição das cidades medievais começa a se constituir um corpo de profissionais leigos, não religiosos, que passam a trabalhar nessa área. A prática da medicina será dividida em duas perspectivas, pois vai se constituir um profissional clínico e outro cirurgião, que vão competir entre si. O clínico desenvolve um papel intelectual, como aquele com estudos na área e sem ação prática sobre o corpo. O cirurgião será, nesse período, um trabalhador de status inferior ao clínico, marcado

pela ação no corpo. Até o século XVIII, a prática da medicina europeia teve uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, os cirurgiões e os boticários, que fabricavam e comercializavam remédios.

O fim da cisão entre os dois tipos de prática médica (físico e cirurgião) se deu com a dissolução de suas respectivas corporações e a configuração de um novo local de exercício da profissão: o hospital. Nesse estágio, segundo Matos (2009) o exercício da medicina passa a ser marcado pela prática liberal. O exercício liberal da medicina nos consultórios e no hospital, são típicos do capitalismo: transforma a atenção em saúde como uma prática de venda de serviços e fragmenta o exercício profissional, ao mesmo tempo em que institui uma gerência de controle da força de trabalho.

Com a concentração das atividades de assistência em saúde em um mesmo lugar, há a equiparação, em termos de status, entre o físico e o cirurgião. Emerge daí uma cooperação horizontal entre os médicos. Com isso tem início a especialização da medicina, da divisão do trabalho com profissionais não médicos e o surgimento da chamada cooperação vertical, quando o médico delega partes do que outrora era por si desenvolvido, tarefas mais manuais, para outros profissionais,



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte  
e Nordeste de Estudos e Pesquisas  
sobre Mulher e Relações de Gênero

mas busca manter o controle e a supervisão destas.

Na sociedade urbana, com o fim da era da prática liberal da medicina e a emergência do assalariamento desse profissional em virtude da configuração do trabalho em saúde, há a substituição da contratação dos serviços médicos diretamente por parte dos usuários e essa passa a ser desenvolvida pelo Estado ou pelo setor privado.

Matos (2009) aponta que com o hospital estão dadas as bases de que até hoje se conhece sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber do médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob a gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde.

No Brasil, o trabalho coletivo na saúde consolida-se na década de 1940, quando os hospitais, na maioria construídos pelos Institutos de Aposentadoria de Pensões passa a suceder as Caixas de Aposentadorias e Pensões, vinculando a assistência ao trabalho. As origens da associação dos serviços de saúde com a previdência social vigorou no Brasil até os anos de 1980.

O início da intervenção do Estado na saúde na década de 1930 marcou a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A saúde pública foi predominante até meados dos anos 60 e teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966.

O Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista. A institucionalização da profissão, especificamente nos países industrializados, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social.

As particularidades desse processo no Brasil evidenciam que o Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política. (YAZBEK, 2009).

Na área da saúde, o Serviço Social





## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

surge nos hospitais com a demanda de construir um elo da instituição com a família e com o doente, visando garantir o seu tratamento após a alta e dar suporte à família para que o afastamento do chefe do núcleo familiar não ocasionasse carência material. Até os anos 1980 a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde. A partir dos anos 90 é que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da Reforma Sanitária que, em sua maioria, constituem-se dos princípios do Sistema Único de Saúde.

### **A ÉTICA COMO POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE NOVOS CAMINHOS: o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira**

O cotidiano do exercício profissional do Serviço Social na saúde materno infantil impõe ao assistente social, em sua maioria mulher, o desafio de romper com paradigmas criados com base em princípios patriarcais e fundados numa ética privada, amplamente reproduzida no âmbito institucional pelos profissionais de saúde. Refletir sobre um possível antagonismo moral dos dilemas que envolvem a saúde materno-infantil, especificamente a saúde da mulher, a exemplo da autonomia *versus* proteção, é vislumbrar o desafio ético a que estão postos os profissionais de

saúde no cotidiano dos espaços institucionais, em especial o assistente social.

No campo da saúde pública, o assistente social atua no contexto de relações que se contrapõem e tem sido convocado a dar respostas às necessidades sociais decorrentes das expressões da Questão Social. O seu conjunto de atribuições e competências é estabelecido pela sociedade capitalista em seu estágio monopolista, que atribui à profissão uma funcionalidade. Segundo Yamamoto (2004), pensar o exercício profissional é focar o trabalho profissional como partícipe de processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação, moldando-se em função das condições e relações sociais específicas em que se realiza.

O exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde aponta para uma ação pouco crítica e distante do projeto ético-político da profissão, afirma Matos (2009). Apresentando pesquisa realizada por Vasconcelos, no período 2001/2002, ressalta que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, apesar de hegemônico no seio da categoria, não é homogêneo, o que implica no fato de que a



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

não adesão de seus princípios por parte dos profissionais compromete, em parte, a sua materialização no cotidiano profissional.

Ao considerar sua prática profissional e histórica chancelada pelo inexorável, ao atribuir às teorias uma autonomia absoluta frente à prática, os agentes profissionais perdem de vista a sua particularidade enquanto ser social, particularidade esta localizada nas faculdades subjetivas de que dispõe para a superação da facticidade fenomênica posta nas/pelas suas relações sociais. A sua intervenção na realidade aparece cerceada por fatores internos e externos que, por serem alheios à vontade dos profissionais, acreditam que não lhes cabe responsabilidade alguma. De outro modo, ao se descurar da causalidade, das determinações universais do movimento histórico, da autonomia relativa da teoria frente à prática, as ações profissionais adquirem um caráter volitivo. Se a adoção de posições que privilegiam os extremos, que anulam as particularidades, que dissolvem as mediações, não é uma forma exclusiva de pensar e agir do Serviço Social, mas resultado das bases materiais sob as quais a ordem burguesa se produz e reproduz, somente a concepção da práxis enquanto materialização da razão e esta constituída, constituinte e constitutiva do processo histórico pode balizar adequadamente a relação materialidade/idealidade, teoria/prática e a racionalidade que daí deriva. (GUERRA, 1995).

Um projeto profissional radicalmente crítico, substantivamente democrático, concretamente humanista e orientado para um horizonte histórico do que Marx qualificava como emancipação humana, requer uma formulação ética

compatível. Barroco (2001) conceitua ética como uma capacidade humana posta pela atividade vital do ser social, a capacidade de agir conscientemente com base em escolhas de valor, projetando finalidades e objetivando-as concretamente na vida social através de projetos individuais, coletivos e societários. A ética profissional é um modo particular de objetivação da ética, e é permeada por conflitos e contradições, e suas determinações fundantes extrapolam a profissão, remetendo às condições mais gerais da vida social. Para Barroco (2001), a ética profissional tem a ver não só com a ideia de normatização, mas com a escolha consciente da categoria profissional sobre seus valores e os objetivos destes.

Matos (2009) ressalta alerta que o projeto ético-político do Serviço Social, ao negar o histórico conservadorismo da profissão, aponta para a construção de um exercício profissional comprometido com a justiça social e a liberdade. Para tanto, não basta imaginar que se possa ter um tipo de valores para a vida privada e outros para a vida profissional. Isto não seria apenas um equívoco teórico, mas também prático, uma vez que é ontologicamente impossível.

Tendo como horizonte a emancipação humana e a formação do



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

sujeito político faz-se necessário reconhecer o trabalho como categoria central e a liberdade como valor nuclear da ética. Para Marx, o trabalho é fundamento ontológico do ser social. O trabalho é a atividade fundante da liberação do homem; a liberdade é uma capacidade inseparável da atividade que a objetiva. Como atividade potencialmente livre, o trabalho põe as condições para a liberdade na medida em que permite o domínio do homem sobre a natureza, o desenvolvimento multilateral de suas forças produtivas. Segundo Barroco (2001), a liberdade é a superação de entraves históricos às objetivações essenciais do ser social. Para Barroco (2001), a verdadeira liberdade é feita no enfrentamento dos conflitos, pois quando idealizada como absoluta para cada indivíduo trata-se de uma liberdade individualista, em que o outro não pode compartilhar da minha liberdade.

Na saúde, dois projetos permanecem em disputa: o projeto da Reforma Sanitária versus o projeto privatista. O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a defesa incessante dos princípios do projeto da Reforma Sanitária, articulando-se com outros segmentos para a defesa do aprofundamento do Sistema Único de Saúde.

O projeto ético-político do Serviço Social e o de Reforma Sanitária, embora sejam distintos, por tratar-se de projeto de uma corporação profissional e um projeto de política social, ambos têm clara concepção de mundo e de homem com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa. Destacam-se como pontos em comum, dentre outros: a defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Direcionar o olhar sobre o feminino e questionar estruturas pautadas na desigualdade construída a partir das diferenças biológicas é arriscar-se a ser taxada como feminista “mal amada”. Contudo, não vislumbrar as necessidades singulares da mulher na gestação, parto e puerpério é perpetuar uma invisibilidade social que não favorece a produção de saúde, a garantia de direitos, nem transforma relações sociais.

A reflexão sobre a saúde materno-infantil, tendo como componente principal a saúde da mulher e a relação com os serviços de saúde, destacando a ética como pano de fundo para a análise de problemas com os quais mulheres, crianças e profissionais de saúde deparam-se no



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

cotidiano das instituições de saúde materno-infantil demonstrou que a mudança nos padrões de comportamento e na prática profissional extrapolam o âmbito da regulamentação normativa.

A mudança de paradigma passa pela incorporação de uma ética voltada à construção do humano genérico. Pensar-se como gênero humano é compreender que nada me é estranho, e isto só se dá pelo conhecimento. Desvelar a realidade em sua essência, através das mediações, permite que o sujeito exercite a vontade orientada para uma racionalidade, através de projetos individuais e/ou coletivos.

A despeito de todos os avanços conquistados pela mulher através de lutas individuais ou via movimentos sociais, as instituições ligadas à saúde compõem o aparelho estatal e reproduzem regras do poder dominante na sociedade. Apesar da hospitalização contribuir significativamente para a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal, o modelo de atenção à saúde permanece organizado como linha de produção e a mulher, uma vez hospitalizada, torna-se propriedade institucional: cumpre o ritual de internação; é afastada da família; tem roupas e objetos pessoais removidos; passa a ser identificada pela nome da enfermaria e número do leito; é objeto de cuidado da criança, tornando-se

invisível enquanto pessoa singular e sujeito de sua própria história.

Diante de tal situação de fragilidade, muitas vezes o assistente social é convocado a intervir junto à equipe de saúde ou à instituição para dar voz a essas mulheres, singularizando suas histórias, contextualizando os aspectos sociais envolvidos na situação e estimulando o protagonismo e empoderamento dessas mulheres.

Embora as políticas voltadas à atenção da mulher tenham incorporado em sua construção teórica a noção de gênero e ações de humanização, as estratégias utilizadas nos serviços de saúde intervêm sobre os corpos das mulheres-mães de forma a assegurar o bem-estar da criança, garantindo, desta forma, as condições de reprodução social. Contudo, o preço da melhoria das condições do cuidado prestado à mulher não pode estar atrelado ao domínio e alienação desta, nem deve reforçar práticas que caracterizem situações de violência, ainda que sob a justificativa do cuidado com a criança.

### REFERÊNCIAS

BARBASTEFANO, P. S.; VARGENS, O. M. da C. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, no. 2, p. 278-282, mar/abr 2009. [www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a17v62n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a17v62n2.pdf) (acesso em 04/01/2018)



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

BARROCO, M. L. S. Ética e serviço social. Fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2011.

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/sus\_saude\_brasil\_3ed.pdf (acesso em 08/01/2018)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília/DF, FEBRASGO, ABENFO, 2001.

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd04\_13.pdf (acesso em 18/12/2017)

CARLO, W. A.; TRAVERS, C. P. Mortalidade Materna e Neonatal: hora de agir. *Jornal de Pediatria* (Rio J.), vol. 92, no. 6, Porto Alegre, Nov./Dez 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.001> (acesso em 04/01/2018)

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v.65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499> (acesso em 04/01/2018)

... Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

... Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

... 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. *Revista RADIS*, nº 181, ENSP/FIOCRUZ, out./2017

GUERRA, Y. Instrumentalidade do

serviço social. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 7ª edição, 2004.

LUKÁCS, G. Sobre a particularidade como categoria da estética. Introdução a uma estética marxista. Coleção Perspectiva do Homem, v. 33, série Estética, Civilização Brasileira, 2ª edição, 1970.

MATOS, M. C. Cotidiano, ética e saúde. O serviço social frente à reforma de estado e à criminalização do aborto. Tese. Doutorado em Serviço Social. PUCSP, 2009. Disponível em

<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/18000/1/Maurilio%20Castro%20de%20Matos.pdf>

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):651-657, 2005. [www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf) (acesso em 03/01/2018)

NETO, T. dos S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, vol. 17, no. 2, São Paulo, Abril/Junho 2008.

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011) (acesso em 28/12/2017)

PENHA, C.; MARQUES, C. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha*. Universidade Federal do Maranhão/UFMA/UMA-SUS, São Luís, 2015.

PORTO, Dora. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Redbioética/UNESCO*, Ano 2, 1(3), 55-66, Janeiro-Junho 2011. ISSN 2077-9445.

[www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista\\_3/Porto.pdf](http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Porto.pdf) (acesso em



## XX REDOR

Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero

03/01/2018)

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2009: Saúde Materna e Neonatal. [www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowc2009\\_pt.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf) (acesso em 04/01/2018)

VILELLA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo, ABRASCO; UNFPA, 2005.

YAZBEC, M. C.O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.