



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS

VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS PROCEDIMENTOS COM FINS DIDÁTICOS:
Conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos
médicos

JOÃO PESSOA
2020

VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS PROCEDIMENTOS COM FINS DIDÁTICOS:

Conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Cavalcanti Porto

JOÃO PESSOA

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A474v Alves, Vanessa Gomes de Sousa.

Violência obstétrica e os procedimentos com fins didáticos : conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos / Vanessa Gomes de Sousa Alves. - João Pessoa, 2020.

134 f. : il.

Orientação: Rita de Cássia Cavalcanti Porto.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Violência obstétrica. 2. Educação em direitos humanos. 3. Formação médica. 4. Direitos da mulher. 5. Direitos sexuais e reprodutivos. I. Porto, Rita de Cássia Cavalcanti. II. Título.

UFPB/BC

CDU 343.6:618(043)

VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Cavalcanti Porto

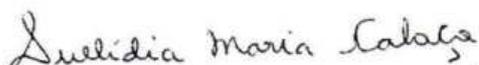
Data de aprovação:

30 / setembro / 2020

Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Rita de Cassia Cavalcanti Porto
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Suelidia Maria Calaca
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna



Prof.^a Dr.^a Patricia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Externa

Aos meus pais, Fátima e Guilherme (*in memoriam*), grandes impulsionadores dos meus estudos e fontes de amor inesgotável.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, pela presença constante em minha vida, por guiarem meus passos, e por me darem força e sabedoria para que eu pudesse realizar este trabalho.

À minha mãe, Fátima, sinônimo de calma e amor, minha inspiração diária e melhor amiga, que, mesmo sem saber, me ensinou desde criança que toda mulher deveria ser respeitada, independente e tratada de forma igualitária. Agradeço pelos valores ensinados, pelo amor infinito e por não medir esforços para me ajudar a alcançar meus objetivos.

Ao meu pai, Guilherme (*in memoriam*), sei que este sonho não era só meu, era nosso. Obrigada por se fazer presente em todos os dias da minha vida, sei que de seu lugar olha por mim, enxuga as minhas lágrimas e comemora comigo as minhas vitórias. Seus ensinamentos e todo o amor que em vida me deu, viverão para sempre dentro do meu coração.

Ao meu companheiro, meu amor, Klivisson, pelo constante apoio e incentivo ao longo desses 15 anos juntos. És meu porto-seguro, testemunha de todos os momentos alegres e difíceis vividos até aqui. Obrigada por suas palavras e carinho desmedido que sempre acalmaram meu coração e me ajudaram a prosseguir. Você foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, André e Caio, dos quais extraí toda coragem, perseverança e determinação, agradeço o companheirismo e cumplicidade. Igualmente, agradeço ao meu primo-irmão, Carlinhos, por me mostrar em tão pouca idade tamanha maturidade e amor para comigo. Obrigada por sempre arrancar meus melhores sorrisos com a sua alegria contagiante.

Aos meus sobrinhos, André Filho, Sophia, Luan, Guilherme e Maria Isabel, agradeço por me fazerem criança ao lado de vocês e pelos abraços cheios de afeto.

À Cidinha, a quem chamo de “segunda mãe”, obrigada pelo cuidado, pelas orações e pelo carinho transmitido em cada palavra.

Às amigas que a graduação me deu, Marina e Marlene, agradeço por todo carinho, apoio, companheirismo e pelos momentos de descontração.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Rita Porto, pela sabedoria, paciência, e principalmente por confiar na construção desse trabalho.

À professora Patrícia, por ter me dado a oportunidade e honra de ser sua estagiária docente e despertar em mim, ainda mais, o gosto pela docência.

Às mulheres que cruzaram meu caminho nesse processo. Que são força, resiliência e inspiração.

A(À) todos(as), meus mais sinceros agradecimentos!

*“Que nada nos limite. Que nada nos defina.
Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja
a nossa própria substância, já que viver é
ser livre.”*

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

A violência obstétrica se configura como sendo a violência física, psicológica e/ou verbal cometida para com a mulher durante a gestação, parto e/ou pós-parto, pelos/as profissionais de saúde. Dentre alguns tipos dessa violência, existe a realizada com fins didáticos, ou seja, aquela que é cometida com o intuito de demonstrar alguma conduta ao/a estudante do curso de graduação em medicina, repercutindo em uma violação aos direitos humanos das mulheres gestantes em detrimento de uma prática didática. Desta forma, o objetivo da presente dissertação foi analisar a violência obstétrica cometida com finalidades didáticas, sua relação com a formação educacional do/a estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos. Teve como objetivos específicos: contextualizar a violência obstétrica, definindo-a e observando-a como uma realidade em nosso país; analisar se, e como, ocorre a violência obstétrica com fins didáticos em maternidades públicas do Estado da Paraíba; identificar se as normas regulamentadoras de ensino do curso de medicina guardam relação com a Educação em Direitos Humanos e dão balizamento para proteção aos direitos das mulheres. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa, amparada na pesquisa bibliográfica e documental em que identificamos documentos que orientam o ensino pautado na cultura em/para os direitos humanos. Como instrumento para coleta de dados utilizamos dois tipos de questionários eletrônicos, elaborados através da ferramenta “Formulários Google”, em que estes foram respondidos por doulas e mulheres que já estiveram grávidas. Os dados foram analisados à luz do conjunto de técnicas denominadas de análise de conteúdo. Como resultados observamos que das 10 (dez) doulas que responderam, 6 (seis) afirmaram que já presenciaram algum ato de violência obstétrica cometido na presença de estudantes do curso de medicina e estes atos aconteceram há no máximo 3 (três) anos. Quanto às mulheres que já estiveram grávidas, das 22 que responderam, 13 classificaram suas experiências de partos e cirurgias cesáreas como regular, ruim ou péssimo. Destas, 10 (dez) afirmaram que tinham estudantes de medicina durante o seu parto e 8 (oito) informaram que não se sentiram confortáveis com a presença deles. Insta mencionar que nesses casos foram relatados episódios de violência obstétrica cometidos na presenças dos estudantes. Dessa forma, denotamos que, em que pese haver materiais documentais que orientem a formação do estudante de medicina em uma cultura em/para os direitos humanos, as condutas de ensino na prática vão no sentido oposto à proteção e autonomia das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Educação em Direitos Humanos. Formação Médica.

ABSTRACT

Obstetric violence is defined as physical, psychological and/or verbal violence committed to women during pregnancy, delivery and/or postpartum by health professionals. Among some types of this violence, there is that carried out for didactic purposes, that is, that committed with the purpose of demonstrating some conduct to the medical undergraduate student, resulting in a violation of the human rights of pregnant women to the detriment of a didactic practice. Thus, the objective of this dissertation was to analyze obstetric violence committed for didactic purposes, its relationship with the educational formation of the undergraduate student of medicine and education in human rights. Its specific objectives were: to contextualize obstetric violence, defining it and observing it as a reality in our country; to analyze if and how obstetric violence occurs for didactic purposes in public maternity hospitals in the State of Paraíba; to identify if the medical course's teaching regulations are related to Human Rights Education and provide a framework for the protection of women's rights. The research had a qualitative approach, supported by bibliographic and documental research in which we identified documents that guide teaching based on the culture in/for human rights. As an instrument for data collection we used two types of electronic questionnaires, elaborated through the "Google Forms" tool, in which they were answered by Doulas and women who were already pregnant. The data were analyzed in the light of the set of techniques called content analysis. As results we observed that of the 10 (ten) doulas that answered, 6 (six) stated that they had already witnessed some act of obstetric violence committed in the presence of medical students and these acts happened at most 3 (three) years ago. As for the women who were already pregnant, of the 22 who responded, 13 classified their experiences of childbirth and cesarean sections as regular, bad, or very bad. Of these, 10 (ten) said they had medical students during their delivery and 8 (eight) said they were not comfortable with their presence. It is important to mention that in these cases episodes of obstetric violence committed in the presence of the students were reported. Thus, we denote that, in spite of the fact that there are documentary materials that guide the training of medical students in a culture in/for human rights, the teaching behaviors in practice go in the opposite direction to the protection and autonomy of women.

Keywords: Obstetric Violence; Human Rights Education; Medical training.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista de maternidades públicas do Estado da Paraíba.....	50
Quadro 2 - Lista dos cursos de medicina no Estado da Paraíba.....	55
Quadro 3 - Sujeitos da pesquisa e técnica de investigação	57
Quadro 4 - Caracterização das Doulas	83
Quadro 5 - Caracterização das Mulheres.....	84
Quadro 6 - Categorização das violências obstétricas presenciadas pelas doulas na presença de estudantes do curso de medicina	91
Quadro 7 - Classificação de satisfação do parto pelas mulheres nas maternidades.....	94
Quadro 8 – Tipos de profissionais presentes no parto e percepção de conforto com a presença de estudantes	95
Quadro 9 - Categorização das violências obstétricas vivenciadas pelas mulheres na presença de estudantes do curso de medicina	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A episiotomia.....	36
Figura 2 - A manobra de Kristeller.....	37
Figura 3 - A restrição de posição.....	39
Figura 4 - A violência psicológica	40
Figura 5 - A indução da cesárea.....	42
Figura 6 - Finalidades didáticas e a falta de privacidade.....	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária das Doulas	86
Gráfico 2 - Tempo de atuação como doula	86
Gráfico 3 - Faixa etária das Mulheres	87
Gráfico 4 - Distribuição, por municípios da Paraíba, das mulheres que responderam ao questionário	87
Gráfico 5 - Distribuição das mulheres pela sua raça/cor/etnia	88
Gráfico 6 - Quantidade de filhos por mulheres	89
Gráfico 7 - Respostas das Doulas para o questionamento se já presenciou alguma violência obstétrica em maternidades públicas	90
Gráfico 8 - Respostas das Doulas para o questionamento se já presenciou alguma violência obstétrica na presença de estudantes do curso de medicina.....	91
Gráfico 9 - Respostas das mulheres para a classificação de satisfação do parto.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS

CF- Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNE – Conselho Nacional de Educação

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

CRM-PB – Conselho Regional de Medicina da Paraíba

CRM-SC - Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DPE – Defensoria Pública do Estado

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EDH – Educação em Direitos Humanos

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

MPF – Ministério Público Federal

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional

PMEDH – Programa Mundial de Educação em Direitos Humanos

PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos

PNEDH – Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos

PPC - Programa Pedagógico de Curso

PPP - Projeto Político Pedagógico

SESC - Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

V.O – Violência obstétrica

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
2.	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	22
2.1.	A EXISTÊNCIA E RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES.....	23
2.2.	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DEFINIÇÕES PARA SEU ENFRENTAMENTO	26
2.3.	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MORTALIDADE MATERNA	27
2.4.	PRÁTICAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS RELAÇÕES DE PODER ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MULHERES	31
2.5.	ALGUMAS MODALIDADES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	34
2.5.1.	Episiotomia	35
2.5.2.	Manobra de Kristeller	37
2.5.3.	Restrição de posição para o parto	38
2.5.4.	Violência psicológica	39
2.5.5.	Cirurgias cesáreas.....	41
2.5.6.	Intervenções com finalidades didáticas	42
3.	TRILHA METODOLÓGICA.....	44
3.1.	A ABORDAGEM QUALITATIVA.....	46
3.2.	ABORDAGEM QUANTO AOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	47
3.3.	O CAMPO DE ESTUDO	50
3.4.	DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS	56
3.5.	CUIDADOS ÉTICOS DA PESQUISA	57
3.6.	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.	A FORMAÇÃO MÉDICA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	60
4.1.	NORMAS REGULAMENTADORAS E BALIZAMENTOS PARA A PROTEÇÃO À AUTONOMIA DA MULHER	60
4.1.1.	As recomendações da OMS	61
4.1.2.	O que o Código de Ética Médica nos fala.....	62
4.1.3.	As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina	65
4.1.4.	As Normas Sobre Violência Obstétrica nos Conselhos de Medicina	69

4.2.	A EDUCAÇÃO E(M) DIREITOS HUMANOS NA GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA	72
4.2.1	Notas sobre a Educação, Direitos Humanos e a Educação em Direitos Humanos	72
4.2.2	A educação em direitos humanos e os cursos de graduação em medicina	80
5.	MEMÓRIAS E NARRATIVAS DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	83
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ENTREVISTADAS NO MOMENTO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO	83
5.2	PERCEPÇÃO DAS DOULAS: RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTOS E NASCIMENTOS	89
5.3	PERCEPÇÃO DAS MULHERES: RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTOS E NASCIMENTOS	93
5.4	COMPATIBILIDADE ENTRE O MATERIAL DOCUMENTAL E O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELATADO PELAS PARTICIPANTES.....	99
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (DOULA)	117
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (MULHERES).....	121
	APÊNDICE C – CONVITE PARA RESPONDER AOS QUESTIONÁRIOS.....	125
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
	ANEXOS	129
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	130
	ANEXO B – PESQUISA SOBRE A V.O NO SITE DO CRM-PB	134
	ANEXO C – PESQUISA SOBRE A V.O NO SITE DO CFM.....	135

1. INTRODUÇÃO

“Transformar a experiência do parto significa modificar a relação das mulheres com o medo e debilidade, com nossos corpos, com nossas filhas e filhos; suas implicações são de grande alcance psíquico e político”.

Adrienne Rich

A violência contra as mulheres é tema que suscita debates e grande repercussão na sociedade. Dentre os mais variados tipos de violência sofrida por elas, como a violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, há também a violência obstétrica (V.O), tema da presente dissertação.

A violência obstétrica se coloca como sendo o desrespeito à mulher gestante, seu corpo e seus processos reprodutivos. Se caracteriza por ter como sujeito ativo os(as) profissionais de saúde, os(as) quais a reproduzem por meio de tratamentos desrespeitosos, abuso de medicalização e negação da autonomia da mulher.

Este tipo de violência ainda não é reconhecido por todos(as), o que corrobora para que algumas mulheres sequer saibam que podem ter sido vítimas de violência obstétrica. Assim, as ações e denúncias dos movimentos feministas e de mulheres tem colaborado para que a violência obstétrica venha sendo debatida. Há também fundações, órgãos, como a Defensoria Pública e Ministério Público, e redes de apoio às mulheres que de igual forma vêm desempenhando a função de deixarem as mulheres informadas acerca deste tema. Como exemplo, cita-se a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo divulgada em 2010 e intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, que levantou dados importantes e alarmantes sobre a violência obstétrica, e mostra que uma em cada quatro mulheres sofreram algum tipo de violência durante o parto (VENTURI *et al*, 2010).

Com base nesta concepção de violência obstétrica e nos dados já existentes sobre esta no Brasil, depreende-se que várias condutas realizadas pelos(as) profissionais de saúde violam os direitos das mulheres. Os relatos das mulheres que sofreram violência obstétrica são inúmeros e infelizmente crescentes, conforme divulgou o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que nos seis

primeiros meses do ano de 2018 houve 75 denúncias de violência obstétrica através do Ligue 180¹, enquanto que para o mesmo período no ano de 2019 houve 116 denúncias (BRASIL, 2019).

Dentre os mais variados tipos de violência no parto, podemos citar: as falas grosseiras no momento em que estão em trabalho de parto; o não respeito a sua autonomia na hora de decidir o tipo de parto, prevalecendo a vontade dos profissionais de saúde que na maioria das vezes tende ao método cesariano; amarrar a mulher durante o parto; afastar mãe e filho após o nascimento; negar atendimento; realizar procedimentos sem consentimento; manobra de parto desnecessária, tricotomia e lavagem intestinal; ruptura da bolsa; proibir a entrada de acompanhante; intervenções com finalidades didáticas; exame de toque em excesso; realizar a episiotomia como tratamento de rotina; o uso rotineiro da ocitocina sintética; entre outros (CIELLO *et al*, 2012).

Nesse diapasão, infere-se que a violência obstétrica pode ser física e/ou psicológica, sendo aquela configurada quando se realizam na mulher práticas invasivas ou como quando não se respeita o tempo nem a possibilidade de ter um parto normal, e a psicológica se configura quando se está diante de um tratamento desumano, como a discriminação e a humilhação. Por muitos anos essas práticas foram e ainda são praticadas por médicos(as), o que motiva a discussão acerca da necessidade ou não de alguns procedimentos intervencionistas, bem como a realização do presente trabalho.

Muitas vezes a violência obstétrica não é denunciada em face da situação em que se encontram as mulheres ou mesmo por estas não reconhecerem o ato cometido pelo profissional de saúde como uma violência, seja pela normalidade como ela é tratada e cometida, ou pela segurança que elas deveriam ter naquelas pessoas que as estão atendendo (REZENDE, 2014).

O período gestacional, o ato de parir, de trazer ao mundo outro ser humano, momento em que a vontade da mulher deveria ser respeitada, é por vezes desrespeitado e são utilizados procedimentos de parto de rotina e que se tornam mais viáveis para os profissionais de saúde, deixando de lado a autonomia feminina.

¹ Central de Atendimento à Mulher em situação de violência, o qual tem por objetivo receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da rede de atendimento à mulher e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para outros serviços quando necessário. (BRASIL, 2014).

A violência obstétrica agrava a situação de vulnerabilidade da mulher, bem como importa em uma série de desrespeitos aos seus direitos humanos, seja ao da integridade pessoal, de não receber tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, direito à saúde reprodutiva e sexual, direito à privacidade, intimidade, honra e dignidade. Repercutindo, assim, na violação às convenções internacionais de proteção à mulher, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), ambas ratificadas pelo Brasil.

Em uma extensa lista de violências que são cometidas no âmbito da violência obstétrica, são aquelas que se dão no âmbito dos hospitais e maternidades escolas que nos interessam, espaço de aprendizado e formação de futuros profissionais de saúde, especialmente em face das relações de poder existentes entre as mulheres e os profissionais de saúde e a relação com o campo educativo.

Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo analisar a violência obstétrica cometida com finalidades didáticas, sua relação com a formação educacional do/a estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos. Nas violências cometidas nesse campo, a mulher é vista como um objeto de intervenção e não como sujeito de direitos. Como objetivos específicos temos: contextualizar a violência obstétrica, definindo-a e observando-a como uma realidade em nosso país; observar se as normas regulamentadoras de ensino no curso de medicina guardam relação com a Educação em Direitos Humanos, bem como com os Direitos Humanos e dão balizamento para proteção aos direitos das mulheres; analisar se, e como, ocorre a violência obstétrica com fins didáticos em maternidades do Estado da Paraíba, através da aplicação de questionário eletrônico com doulas² e mulheres que já estiveram grávidas.

O tema abordado foi escolhido a partir da vivência em projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos durante a participação no Grupo Marias de Extensão e Pesquisa em Gênero, Educação Popular e Acesso à Justiça, ligado ao Centro de Referência em Direitos Humanos, da Universidade Federal da Paraíba. Através da troca de experiência com as demais participantes dos projetos e a leitura de livros e

² A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. (Ver em: <https://www.doulas.com.br/oque.php>)

textos acerca da temática, percebeu-se a necessidade de se investigar tal violação de direitos em uma perspectiva que contemplasse o processo educativo dos profissionais de saúde.

Com o fito de realizar um aprofundamento na temática em apresso, a autora da presente dissertação desenvolveu o Trabalho de Conclusão de Curso a fim de estudar a violência obstétrica na modalidade de intervenção didática em uma análise teórica e legislativa, em que pode chegar à conclusão de que a primeira e única ação judicial, que permitiu analisar os indícios acerca dos posicionamentos do Direito em relação às práticas médicas no campo das intervenções didáticas em gestantes foi ajuizada em 2011 pelo Ministério Público Federal do Rio Grande do Sul, que na ocasião ajuizou uma Ação Civil Pública contra a Universidade Federal do Rio Grande - FURG, em razão de uma gestante de alto risco que teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário porque esta recusou a presença de estudantes durante o seu exame ginecológico. Em decisões, magistrado e desembargadores decidiram por não reconhecer a ação, sob argumentos que visivelmente não se pautaram em nenhum fundamento legal, mas sim no interesse da classe médica.

Insta mencionar que em 2019 o Ministério da Saúde emitiu um despacho onde considerou inapropriada a utilização do termo “violência obstétrica”, buscando, desta forma, abolir a sua utilização. A emissão do referido despacho provocou intenso debate sobre assunto e, vários movimentos de mulheres, o Ministério Público Federal (MPF), bem como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) se posicionaram contra o despacho, posto que a abolição da utilização do termo implicaria em um retrocesso nas políticas públicas de proteção e erradicação da violência contra a mulher, além de que a medida dificultaria a identificação da violência de gênero ocorrida durante a assistência do ciclo gravídico-puerperal, assim como constituiria ato de censura contra importantes atividades científicas desenvolvidas em todo país sobre o tema. Não obstante, iria de encontro com os direitos fundamentais das mulheres, as políticas públicas de identificação, prevenção e erradicação da violência contra mulher e o interesse público (OAB, 2019). Posto isso, o Ministério Público Federal emitiu uma recomendação ao Ministério da Saúde de modo que fosse reconhecido a utilização do termo. Após tal recomendação, foi reconhecido o direito legítimo de as mulheres usarem o termo “violência obstétrica”. Por tudo que fora exposto, resta nítida a relevância do presente estudo, tanto no âmbito acadêmico, quanto no âmbito social. Aquela, por estarmos estudando um tema que carece de mais trabalhos na academia

e, sobretudo, de ser tratado não apenas pelo curso de medicina, mas por todas as áreas que transversalizam esse tema, como assistência social, enfermagem e fisioterapia, por exemplo. No âmbito social, esse tema merece destaque para que as mulheres tomem conhecimento desse tipo de violação e saibam como agir diante uma situação de violência obstétrica.

Todo o desafio de encontrar respostas para as nossas dúvidas incentivaram-nos a querer desenvolver o presente trabalho, a fim de tentar encontrar respostas para a nossa questão problematizadora, qual seja, se a formação educacional (teórica e prática) dos estudantes de medicina é pautada na Educação em Direitos Humanos e na proteção ao direito à autonomia das mulheres gestantes. A hipótese é de que não é. Para o trabalho em questão realizamos uma abordagem qualitativa, bem como em razão do processo dialético de compreensão dos fenômenos, a presente pesquisa partiu-se da utilização de diferentes procedimentos técnicos de abordagem. As pesquisas utilizadas, de documentação indireta, foram as bibliográficas e as documentais, enquanto que de documentação direta fora realizado o questionário eletrônico, elaborado através da ferramenta “Formulários Google”, a fim de identificar possíveis violências obstétricas cometidas com finalidades didáticas em maternidades públicas do Estado da Paraíba, ou seja, buscamos identificar violações realizadas com o intuito de ensinar a prática ao estudante do curso de medicina. Ademais, os dados foram analisados a luz do conjunto de técnicas denominadas de análise de conteúdo.

Isto posto, o nosso trabalho é dividido em capítulo introdutório e mais quatro capítulos. Na introdução apresentamos a nossa temática e sua importância de discussão hodiernamente. Neste, realizamos uma síntese do trabalho de modo a situar o leitor sobre a violência obstétrica, bem como explicitamos nossas inquietações, os objetivos, a justificativa da realização da pesquisa em apreço e suas peculiaridades, além de apontarmos sucintamente os procedimentos metodológicos que utilizamos.

No capítulo 2 foi dado ênfase ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres, além disso, trouxemos as definições para o enfrentamento da violência obstétrica, a sua relação com a mortalidade materna e a discussão sobre as relações de poder entre os médicos e as mulheres, assim como citamos e explicamos algumas modalidades de violência obstétrica, dentre elas aquela que é cometida com finalidade didática.

No capítulo 3 abordamos o percurso metodológico realizado nesta dissertação. Buscamos não só descrever como empreenderemos a coleta e análise de dados, mas também realizar reflexões sobre a pesquisa no campo educacional, com ênfase na abordagem qualitativa e seus instrumentos.

No capítulo 4 analisamos a questão da Educação em Direitos Humanos no ensino superior, trazendo a sua definição e breves notas sobre o histórico da educação em direitos humanos e os direitos humanos. Além disso, realizamos uma pesquisa documental sobre os documentos que regulamentam o ensino do curso de medicina na graduação e as diretrizes curriculares nacionais quanto ao referido curso. Abordamos as violações aos direitos humanos das mulheres através das práticas médicas, utilizando como pressuposto a questão do ensino prático aos estudantes.

No quinto capítulo, apresentamos os resultados dos dados coletados através da aplicação dos questionários eletrônicos, realizamos a discussão destes, bem como analisamos a compatibilidade entre estes e os dados coletados na pesquisa bibliográfica e documental.

Nas considerações finais retomamos aos dados documentais e analisados durante a pesquisa, fizemos análise crítica sobre a formação educacional nos cursos de medicina, trouxemos considerações sobre o trabalho desenvolvido e possíveis desdobramentos para trabalho futuros.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

“Basta uma crise política econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.”

Simone de Beauvoir

A concepção dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direito humano é algo contemporâneo, tendo em vista que esta ideia começou a despontar a partir do século XX, especialmente durante a década de 1980 (LIMA, 2013). Até a década supracitada, não apenas no Brasil, como em outros países, as questões ligadas à reprodução estavam associadas tão somente à noção de saúde integral da mulher (CORRÊA; ÁVILA, 2003), fato que demonstra quão recente é tal concepção.

Apesar de a ideia desses direitos enquanto direitos humanos ser recente, não se pode esquecer que este dado se deu em razão dos inúmeros movimentos feministas que reivindicaram direitos para as mulheres desde séculos passados. Nesse sentido, Corrêa; Petchesky (1996), apontam que:

A ideia de que as mulheres devem ser particularmente capazes de “decidir se, quando e como querem ter seus filhos” teve origem nos movimentos feministas de controle de natalidade que se desenvolveram principalmente entre os socialistas ingleses por volta de 1830, e se espalhou por várias partes do mundo ao longo do último século (CORREA; PETCHESKY, 1996, p. 151).

Assim, o surgimento do debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos é fruto da contribuição dos movimentos feministas no mundo, os quais iniciaram as discussões acerca dos padrões socioculturais vigentes relacionados à vida sexual e à reprodução humana (BRAUNER, 2003).

2.1.A EXISTÊNCIA E RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

No pós-segunda guerra mundial (1939 -1945), e com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, começou-se a se desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos, mediante a adoção de tratados internacionais voltados à proteção de direitos fundamentais. Em 1979 a Organização das Nações Unidas aprovou a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, a qual o Brasil ratificou em 1984. Tal Convenção é pautada em eliminar a discriminação contra a mulher, bem como assegurar a igualdade (PIOVESAN, 2002). Em seu artigo 1º, a Convenção destaca que a discriminação contra a mulher é:

toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo, exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (CEDAW, 1979, p. 20)

A partir da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher houve um delineamento não só do que se configuraria a discriminação contra a mulher, mas também um recorte inicial dos direitos reprodutivos, como se pode observar na redação do artigo 12:

Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher nas esferas dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância. (CEDAW, 1979, p.23)

Nos dizeres de Piovesan (2002), a partir desse artigo, surgem os delineamentos dos direitos sexuais e reprodutivos, exigindo estes um papel duplo do Estado, o qual seria a eliminação da discriminação contra a mulher no campo da saúde e garantir o acesso a serviços de saúde.

Após a Convenção, durante o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em 1984, data-se a utilização do termo “direitos reprodutivos” pelas feministas. (VENTURA, 2005). No entanto, apenas durante a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo em 1994, foi que estes direitos foram considerados como parte integrante dos direitos humanos.

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. (ONU, 1994, p.62)

Nesta Conferência, além de reconhecer os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos houve também o delineamento do que seriam esses direitos, não abarcando apenas a mulher, mas o casal, uma vez que cabe a este a tomada de decisões referentes às questões reprodutivas, não apenas a um dos envolvidos.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (ONU, 1994, p. 71).

No tocante aos direitos sexuais, sabe-se que estes se referem, de uma maneira ampla, à autonomia, à autodeterminação, à liberdade, à privacidade e à integridade. A concepção de direitos sexuais é decorrente da declaração que o Brasil assinou na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que foi realizada em Pequim, no ano de 1995:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, discriminação ou violência. As relações sexuais e a reprodução, incluído o respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das consequências do comportamento sexual. (CNDM, Fiocruz, 1996, p. 179)

Nesse sentido, direitos sexuais e reprodutivos podem ser definidos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura

(CORRÊA e PETCHESKY, 1996). No campo dos recursos se evidenciam a demanda por políticas públicas que assegurem tais direitos, bem como o acesso à informação e meios seguros e acessíveis. Conforme leciona Piovesan (2002), importa-se em uma série de direitos, como a privacidade, a intimidade, a autodeterminação, liberdade e autonomia individual, além de almejar que não haja interferência do Estado, discriminação, violência e coerção.

Trazendo a discussão para o campo da violência obstétrica, quando se fala em não haver violência e coerção, preza-se, assim, pela autonomia da mulher frente às decisões que possa surgir durante o seu período gestacional, sejam elas em consonância com o profissional de saúde ou não. No entanto, são frequentes os casos em que elas sequer têm conhecimento de que a sua vontade é sobrelevante à do profissional de saúde, ou mesmo não tomam conhecimento que sofrera alguma violência obstétrica. Conforme preceitua Corrêa; Petchesky:

Ouvir as mulheres é a chave para se respeitar sua autonomia pessoal, moral e legal – isto é, seu direito à autodeterminação. Isto significa tratá-las como atores capazes de tomar decisões em assuntos de reprodução e sexualidade – como sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meios das políticas de planejamento familiar e populacional (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 163)

Portanto, “no âmbito dos serviços de saúde, o respeito à autonomia pessoal das mulheres requer confiança: é preciso levar a sério os desejos e experiências das mulheres” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Nesse sentido, os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, devem fundamentar-se precipuamente no valor essencial da dignidade da pessoa humana, respeitando a autonomia de todas e todos.

A violência obstétrica constitui também uma violação aos Direitos Humanos, tanto como manifestação da violência de gênero contra as mulheres como desde o enfoque do direito à saúde como um direito humano (VILLAVÉRDE, 2006). Neste espeque, para a filósofa Hannah Arendt (1979), os direitos humanos não são um dado, mas um construído, uma invenção humana, em constante processo de construção e reconstrução.

2.2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DEFINIÇÕES PARA SEU ENFRENTAMENTO

Apesar de não estar tipificada como crime no Brasil, algumas instituições que atuam no combate à violência obstétrica têm contribuindo para a construção de definições sobre esse tipo de violência. É o caso da Defensoria Pública do Estado de São Paulo que, em uma cartilha elaborada em 2015, define a violência obstétrica como sendo o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos; podendo ocorrer através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos (SÃO PAULO, DPE, 2015).

A fim de maior elucidação e ampliação do conceito já mencionado, os atos de violência obstétrica podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis (CIELLO *et al*, 2012, p. 60).

Nesse sentido, Magnone (2010) aponta que a violência obstétrica configura uma das formas de violência estrutural de gênero, uma vez que limita os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, impedindo-as de gozá-los de forma autônoma e plena. O referido autor aborda também que este tipo de violência é:

Toda conduta, ação ou omissão, realizada pelo profissional de saúde que de maneira direta ou indireta, tanto no âmbito público como no privado, afete o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada em um trato desumanizado, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais. (MAGNONE, 2010, p.06, Tradução nossa³).

Fica evidente que o conceito de violência obstétrica é amplo, englobando aspectos físicos e/ou psicológicos, bem como o desrespeito à autonomia das mulheres. No tocante a autonomia da mulher, denota-se a posição da mulher como coadjuvante, e não como protagonista do seu próprio parto; nesse aporte, elas ocupam um lugar de subordinação para com os profissionais de saúde, em função dos processos tecnológicos sofridos pela medicina (BRENES, 1991).

³ Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (MAGNONE, 2010, p. 6).

Nesse ínterim, muitas vezes o discurso do profissional de saúde acaba tendo mais poder em relação ao da mulher gestante, assim, a voz delas é impedida pela voz do discurso dominante (SPIVAK, 1988 *apud* MUNIZ e BARBOSA, 2012). Segundo Arguedas (2014), a mulher ocupa uma posição de espectadora dos fenômenos que acontecem em seu próprio corpo, sem direito a ser informada sobre as intervenções que se realizaram, sendo anulada sua capacidade de interrogar e decidir. Insta mencionar que a violência obstétrica não é cometida apenas no momento do parto. Esta engloba a saúde sexual e reprodutiva como um todo, como o anticoncepcional, o planejamento familiar, o aborto e a menopausa (BELLI, 2013).

O Dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (2012, p. 57), apresentou dados alarmantes sobre o assunto e revelou, através de pesquisa em parceria com a Fundação Perseu Abramo e Serviço Social do Comércio (SESC), que 25% das mulheres entrevistadas já foram vítimas de algum tipo de violência obstétrica, como agressões verbais, situações vexatórias, xingamentos e procedimentos/exames desnecessários e dolorosos, a maioria sem seu consentimento, desrespeitando, deste modo, sua autonomia e liberdade (VENTURI *et al*, 2010).

Infelizmente, as mulheres vítimas desta violência não encontram facilidade para denunciar tais atos, eis que as mesmas sentem-se acuadas, fragilizadas, sem conseguir provar que foram vítimas de violência e, muitas vezes, nem sequer saber que passaram por violência obstétrica, pois acreditam que tais atitudes e procedimentos são aceitáveis e rotineiros.

Ocorre que a violência obstétrica e todos os atos e procedimentos que a envolvem ainda não são de conhecimento comum e nem estão devidamente identificados, situação que corrobora para que essa violência continue.

2.3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MORTALIDADE MATERNA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (1994), a mortalidade materna se configura quando a mulher morre durante a gestação ou em um período de 42 dias após o fim da gestação, em razão de qualquer causa que tenha sido

relacionada à gravidez ou agravada em decorrência desta ou por ações tomadas em relação à gravidez.

Ainda, importa mencionar a conceituação de morte materna obstétrica, a qual pode ser direta ou indireta e se caracteriza por ter relação com o(a) médico(a) obstetra.

Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2007, p.02).

Considerando que as causas de mortalidade materna mais frequentes são consideradas evitáveis, resta nítida a relação existente entre a violência obstétrica e a mortalidade materna. Não raro nos deparamos com notícias na mídia de casos onde há mortalidade materna e a causa seria algo que os(as) médicos(as) poderiam evitar, como o recente caso da jovem Kellyane Neri, em João Pessoa-PB, em que foi esquecido gaze e uma peça metálica dentro da vítima após um parto cesáreo (G1/PARAÍBA, 2019).

De acordo com Victora *et al.* (2011), o Brasil possui índices elevados de morbimortalidade materna e neonatal e dentre as causas de morbimortalidade materna que são consideráveis evitáveis, tem-se a hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto. O que muitas vezes ocorre em decorrência de falhas na atenção adequada à mulher.

Em 2000 o Brasil se comprometeu a reduzir a pobreza extrema, em uma série de oito objetivos, onde um deles dizia respeito à saúde da mulher, mais precisamente, a redução da mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990. Este documento ficou conhecido como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, onde os países participantes deveriam cumprir os objetivos até o término do ano de 2015 (BRASIL/ODM, 2014).

Conforme demonstra o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL/ODM, 2014), referente aos anos de 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, o objetivo do milênio era reduzir para 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2015, o que não ocorreu.

Dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil só não conseguiu cumprir o da redução da mortalidade materna. Ainda, a partir de 2016 houve um repique no aumento da mortalidade materna.

Sem dúvidas houve avanço na redução da mortalidade materna no decorrer dos anos, tendo em vista o decréscimo na quantidade de óbitos, mas ainda há índices bastante altos. Nesse sentido, a OMS (2014) liga esses índices prioritariamente a dois fatores, quais sejam: as cesáreas, onde aqui se relacionam a hipertensão, hemorragias, infecções, problemas circulatórios; e os abortos.

Quanto às cesáreas, em 2014, a Organização Mundial da Saúde publicou uma declaração sobre as taxas de cesarianas e os índices de mortalidade, o qual concluiu que:

Taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal. Não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos. Como é provável que os fatores socioeconômicos poderiam explicar a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade identificada na revisão sistemática, a OMS realizou um outro estudo para analisar mais a fundo essa questão. O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos. Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade. (BRASIL/OMS, 2014, p. 03)

De acordo com a OMS (2014), o Brasil é o líder mundial de cesáreas, onde 57% das mulheres têm partos cesáreos, o que está bem acima da recomendação da OMS. A cesárea, quando indicado, tem papel fundamental como redutor da morbidade e mortalidade materna e neonatal. No entanto, as cesáreas sem indicações precisas, comparativamente ao parto normal, associam-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). No mesmo sentido, Souza *et al* (2010), aborda que o a cirurgia cesárea se associa a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal.

Ainda em relação à morte materna e sua interligação com a violência obstétrica, insta mencionar o caso de Alyne Pimentel (2002), que deu ensejo à primeira condenação internacional do Brasil em razão de morte materna. Na ocasião, o Brasil

foi condenado ao pagamento de indenização por negligência no serviço público de saúde. Em 2014 o Estado brasileiro emitiu um relatório, do qual extraiu-se a seguinte síntese do caso:

Alyne da Silva Pimentel, brasileira, afrodescendente, grávida de seis meses, faleceu em 13 de novembro de 2002, vítima de negligência e imperícia médica em virtude da precariedade da assistência médica prestada pelos profissionais de saúde da Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo e na Maternidade de Nova Iguaçu no Estado do Rio de Janeiro. A família de Alyne ajuizou, em 30/11/2002, ação cível na Justiça Estadual, de número 2003.001.015774-2, com vistas a obter reparação moral e material contra o Estado do Rio de Janeiro. Não obtendo resposta do Poder Judiciário, o caso foi submetido, à consideração do Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), em novembro de 2007, pelas Organizações não-Governamentais Center for Reproductive Rights e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Advocacy), em representação à mãe da vítima e sua filha. O CEDAW procedeu à análise da causa da morte da vítima. A esse respeito, o órgão concluiu que a sequência de eventos descrita pelos peticionários – a qual restou inquestionada pelo Estado brasileiro – indica que a morte foi decorrente de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, classificando a morte de Alyne Pimentel como “morte materna” direta. Nesse contexto, o Comitê, ao tomar nota do reconhecimento pelo Estado de que “o fato de Alyne encontrar-se gestante deveria ter lhe dado acesso mais rápido e qualitativamente diferenciado a cuidados médicos”, considerou que Alyne Pimentel não teve acesso à assistência apropriada a sua gravidez. (BRASIL, 2014, p.01)

Conforme se depreende do trecho transcrito acima, a morte de Alyne Pimentel poderia ter sido evitada. O que Alyne passou naquele dia, é o que outras inúmeras mulheres passam por todo país e ficam silentes. Alyne foi mais uma vítima da violência obstétrica, que mesmo não presente em vida, sua história serviu para trazer à tona a situação que muitas mulheres passaram e ainda passam.

Nesse diapasão é importante superar os índices de mortalidade materna, evendo ter igual importância a redução dos índices de violência obstétrica, apesar de não haver dados oficiais de mortes maternas em decorrência de violência obstétrica, pode deduzir de alguns casos, como o de Alyne, que há mortes maternas em decorrência de violência obstétrica.

2.4. PRÁTICAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS RELAÇÕES DE PODER ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MULHERES

A priori, cumpre ressaltar o embate entabulado em relação ao termo “paciente”, posto que este se refere a pessoa doente, enferma, e, como entendemos que a mulher grávida não é uma pessoa nestas condições, achamos mais sensato nos referir a elas como “mulheres” ou “gestantes”. No entanto, sabe-se que corriqueiramente é muito utilizado o termo “paciente” para se referir a qualquer pessoa que necessite de cuidados e/ou orientação médica, fato que corrobora para o entendimento de ter a mulher grávida sendo tratada como “paciente” pelos(as) profissionais de saúde.

Inicialmente, temos que na nossa sociedade o médico é colocado enquanto pessoa superior, tanto enquanto pessoa, como enquanto profissão. Assim, o saber médico tem uma hegemonia em relação a outros saberes, ficando assim o conhecimento e a voz das mulheres relegados, desprezados e carentes de validade. De acordo com Tavares (2008), existe uma relação assimétrica entre o(a) médico(a) e a mulher gestante, pois aquele é detentor do conhecimento técnico necessário por esta, o que enaltece o seu caráter de hegemonia.

Foucault (1996, p. 77) aborda que os processos que caracterizaram a medicina e que implicaram no seu crescimento como instituição normalizadora, foram a aparição da autoridade médica não unicamente como autoridade de saber, mas também como autoridade social, no sentido que começou a tomar decisões em diversas esferas, inclusive exteriores ao(à) médico(a). Assim, no âmbito dos hospitais, os quais os médicos(as) exercem seu poder principal, por deter não apenas o saber, mas conseqüentemente a técnica para realizar intervenções, a mulher acaba por ser destituída do poder que lhe devia ser inerente.

Ao discurso médico é a prerrogativa do *dizer*, a que se refere Foucault, que, ao funcionar como verdade perante a sociedade, impõe-se na comunicação da relação mantida com o paciente. Haveria, assim, uma sobreposição de atuação do médico na relação, estando o paciente em condição inferiorizada perante o seu poder de ação e discurso (VASCONCELOS, 2012).

Ainda, de acordo com Foucault (1996), a relação de poder é articulada ao discurso. Trata-se de uma relação havida entre o poder e o saber inerente ao próprio discurso, em que o fato de alguém portar um conhecimento, a alça à condição de

poder em dado meio que assim o reconhece. Neste caso, a consequência pode ser a de que assertivas emanadas de indivíduos que detêm poder, tal como o define uma dada sociedade, apresentam-se como verdades.

Em seu discurso, o profissional coloca-se como ator principal do parto. A mulher atua como coadjuvante e o seu corpo transforma-se em objeto, ao invés de sujeito principal dessa ação. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce este papel, centrado no procedimento técnico. (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006, p 111).

Segundo Vasconcelos (2012), isto faz relação à noção da hipossuficiência do papel exercido pela mulher na relação com o(a) médico(a). Uma vez que ao não ter domínio da sua situação relacional, se coloca em um contexto assimétrico com o(a) profissional. Assim, o médico detém o poder de decisão sobre o corpo daquele que está sob os seus cuidados, inclusive em situações em que as tomadas de decisões deveriam ser das mulheres.

Quevedo (2012) observa que isto também implica uma relação de subordinação e submissão ao sistema, que inclui a total aceitação de seus métodos e discursos.

O curador expressa seus objetivos técnicos e profissionais, desconhecendo e frequentemente excluindo o conhecimento e sentimentos do paciente, que se expressa principalmente através da negação, desinteresse ou a falta de importância dada à palavra do paciente (MENENDEZ, 2000, p. 314, apud QUEVEDO, 2012, tradução nossa⁴).

No tocante à relação com gestantes e parturientes, Pamplona (1990), enfatiza que:

A relação médico/paciente com gestantes e parturientes apresenta, pois, peculiaridades importantes:

1) Apesar de gestação e parto não serem doença, a gestante e parturiente é freqüentemente *[sic]* submetida/qualificada como doente, mesmo quando não apresenta nenhum problema de saúde;

2) Além de ser submetida, qualificada enquanto paciente, também o é enquanto mulher. Isso explica por que encontram-se apenas diferenças de forma e graus entre o atendimento a que estão expostas as mulheres de ambas as classes, [...].

Os procedimentos de qualificação/submissão sobre a gestante e parturiente são, pois, sobrepostos: primeiramente enquanto paciente (comum a todas as classes e a ambos os sexos, pelo menos em certo grau); a este sobrepõe-se a qualificação/submissão enquanto mulher e, no caso da gestante de classe popular, a interpelação enquanto membro desta classe (PAMPLONA, 1990, p. 38)

⁴ El curador expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y frecuentemente excluyendo los saberes y afectos del paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a la palabra del paciente.

No mesmo sentido, Pamplona (1990), aborda a questão da submissão da mulher, a qual é existente também no âmbito familiar, escolar, bem como em outros espaços, o que corrobora para a sua situação de passividade da mesma não apenas nestes espaços mencionados, mas também na relação com o médico. O autor enfatiza também que a relação com a mulher de classe popular é ainda mais distante, colocando-se, assim, numa relação não só de passividade, mas de temor, por ele representar outra classe.

A submissão da mulher ao médico se coloca como uma relação de opressão, onde a mulher fica nesta condição de oprimida muitas vezes por medo e por não conhecer os seus direitos. Essa relação opressor x oprimido é construída por Freire (1982, p. 31) na perspectiva da libertação como “grande tarefa humanística e histórica dos oprimidos – libertar-se a si e aos opressores” [...] e isso exige diálogo e respeito aos direitos humanos e a dignidade humana.

Nesse sentido, Vasconcelos (2012), se apropria de uma identificação de Foucault (1976) acerca do Direito e da Medicina, a apropriação social dos discursos, para falar sobre a relação entre os médicos e pacientes. Segundo ele, a situação de vulnerabilidade do paciente não advém propriamente da sua condição de estar enfermo, mas da relação hierárquica e dicotômica que há entre os sujeitos. Dessa forma, o paciente se torna vulnerável também em razão de estar diante um discurso que não domina e tem dificuldade de se apropriar.

Nas práticas da medicina as relações de poder são também estabelecidas pelo discurso em torno do corpo feminino que é sustentado apenas pelo ponto de vista biológico, portanto, um discurso biologicista. Dessa forma, as mulheres não são consideradas enquanto sujeitos de direitos e assim o parto se torna marcado pelo seu aspecto médico. Nesse contexto, (MUÑOZ, 2007 *apud* QUEVEDO, 2012, p.66):

Tanto a partir da revisão de textos médicos e nas atitudes e práticas destes/as, se depreende que os processos de gravidez, parto e puerpério são espaços de controle de sua competência, uma vez que eles são suscetíveis de apresentar alterações, e em sua prevenção e tratamento são justificadas suas intervenções. (Tradução nossa)⁵

Posto isso, fica claro o papel paternalista desenvolvido pela medicina. De forma que, ao que parece colocado pelos profissionais de saúde, seja necessária a tutela

⁵ Tanto desde la revisión de los textos médicos como en las actitudes y prácticas de éstos/as, se desprende que los procesos del embarazo, parto y puerperio son espacios de control de su competencia puesto que son susceptibles de presentar alteraciones, y en su prevención y tratamiento se justificarán sus intervenciones.

dos pacientes, uma vez que estes não necessariamente aptos a responderem por si mesmos, a referida “tutela” então é exercida pelos profissionais de saúde, os quais se acham no direito de decidirem pelos os que estão sob seus cuidados.

Analisar o poder simbólico e a dominação no tocante a assimetria das relações entre médicos e mulheres grávidas é algo bastante complexo, tendo em vista que o tema perpassa desde a medicalização do corpo feminino, a construção dos saberes médicos como algo inalcançável para o público não médico, até a garantia dos direitos humanos básicos. Assim, a mulher gestante é tratada de modo a não ser detentora de direitos, o que é causado pela falta de informações acessíveis e a linguagem médica compreensível, ficando assim tolhida a sua autonomia (MACHADO, 2014).

O corpo da mulher tornou-se um objeto que se presta à manipulação do médico, deixando de existir qualquer tipo de subjetividade, pois há uma despersonalização: a mulher que entra no hospital deixa de ser um indivíduo com história e pertences e passa a ser algo, sem nada (exceto a memória) que o lembre do que é, sem voz sobre o próprio corpo, voz essa que muitas vezes nem existiria mesmo se fosse dada a oportunidade de falar, pois pouco ou nada sabe sobre o bebê que está por vir. (MACHADO, 2014, p. 101)

Nesse sentido, no âmbito da saúde, a mulher veio perdendo a capacidade de autogestionar sua saúde, sua vida e seu próprio corpo, ficando em um lugar passivo. Tendo, então, o corpo assumido um papel de instrumento e objeto produtivo.

2.5. ALGUMAS MODALIDADES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como se pode observar a partir do que já fora exposto, a relação entre os/as médicos/as e as mulheres se evidencia pela falta de diálogo e conseqüentemente a existência do “poder” médico. Dessa forma, as práticas médicas se tornam algo que parte dos profissionais, caracterizando assim a unilateralidade na relação, bem como, em várias vezes, na negação do reconhecimento das mulheres enquanto sujeitos de direitos.

Por oportuno, iremos abordar algumas das práticas existentes na relação entre médicos/as e mulheres que geram como consequência a violência obstétrica. Além disso, utilizamos algumas fotografias de um projeto⁶ realizado pela fotógrafa Carla

⁶ Disponível no site <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/05/violencia-obstetrica-carla-raiter-14/>

Raiter e que buscou “materializar as marcas invisíveis deixadas por esse tipo de violência e traz à luz uma reflexão sobre a condição do nascimento no Brasil e as intervenções desnecessárias que ocorrem no momento do parto.”

2.5.1. Episiotomia

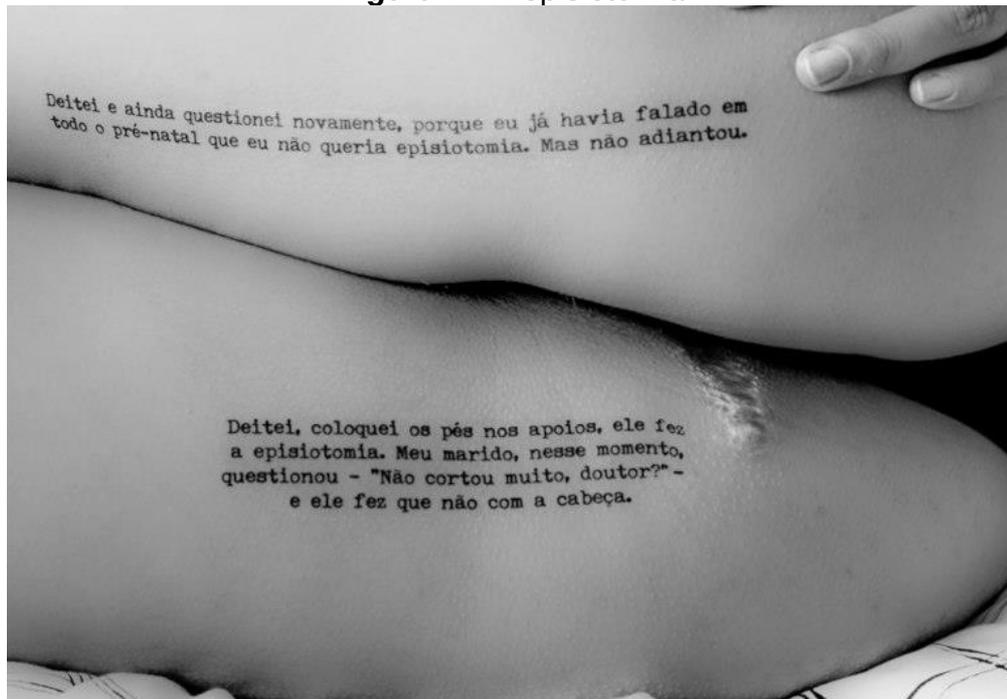
A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste em fazer uma incisão no períneo⁷ para ampliar o canal de parto, quando o bebê está nascendo. Utiliza-se um bisturi para fazer a incisão inicial, e depois se aumenta essa incisão com uma tesoura cirúrgica (VALARINI, 2013).

No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências. (CIELLO *et al*, 2012, p. 80)

Apesar de não ser considerada uma prática realmente necessária e a Organização Mundial da Saúde estipular a taxa referencial para a utilização da episiotomia em 10% dos partos normais hospitalares (OMS, 1996), de acordo com a Pesquisa “Nascer no Brasil”, esta prática é realizada em 53,4% dos partos normais no Brasil (FIOCRUZ, 2014).

⁷ Área muscular entre a vagina e o ânus.

Figura 1 - A episiotomia



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

Os danos da episiotomia são vários e vão desde incômodos à dores e perda de sensibilidade na área, podendo durar de semanas a anos ou até mesmo serem permanentes (VALARINI, 2013). A realização demasiada de episiotomias foi considerada por Mardsen Wagner, Ex-Diretor do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Organização Mundial da Saúde, como forma de mutilação genital da mulher, uma vez que causa dor, aumenta o risco de hemorragia e causa más disfunções sexuais a longo prazo.

Como se não obstasse toda situação torturante da episiotomia, comumente esta é associada ao chamado “ponto do marido”, pois no momento em que se é realizado a sutura da episiotomia, alguns profissionais da medicina dão um ponto a mais, com o intuito de deixar a vagina mais apertada e “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais (CIELLO *et al*, 2012).

Portanto, a episiotomia deve ser realizada apenas em determinadas situações realmente necessárias. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, determina que se deve promover o uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa).

2.5.2. Manobra de Kristeller

Essa manobra tende a usar da força física para pressionar o bebê a sair do útero materno. Diversas são as formas de se obter o nascimento com o uso dessa manobra. Nos dizeres de Cordini (2015),

Consiste na compressão executada sobre a parte superior do útero para agilizar a saída do nascituro, seja com as mãos ou, em casos ainda mais absurdos, com a própria pessoa subindo em cima do abdômen da mulher, em flagrante desrespeito à sua integridade física e psicológica, expondo a criança a traumas encefálicos e a mãe a riscos de fraturas nas costelas, trauma das vísceras abdominais e descolamento da placenta (CORDINI, 2015, p. 26).

Apesar de ser uma manobra usada há vários anos, hodiernamente há diversos estudos que demonstram que dessa prática podem decorrer complicações e, ainda assim, há vários relatos de que a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (CIELLO *et al*, 2012).

Figura 2 - A manobra de Kristeller



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

Por fim, é sabido que esta prática é danosa à saúde, bem como ineficaz, o que causará à mulher não só a dor que este procedimento provoca, mas também o trauma que seguirá com ela (REIS, 2011).

2.5.3. Restrição de posição para o parto

Em que pese ser de conhecimento mais comum o parto na posição horizontal, com a barriga voltada para cima e as pernas abertas, conhecida por litotomia ou supina, tal posição não é uma regra, podendo a mulher escolher a posição que a deixe mais confortável.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto [...] (MAIA, 2008, p. 36).

Do trecho transcrito depreende-se que a restrição da mulher à posição do parto não só é um ato de restrição da sua liberdade, bem como o acesso para o cometimento de outras violências obstétricas, a exemplo da episiotomia e a manobra de Kristeller, já comentadas.

Figura 3 - A restrição de posição



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1996), o uso rotineiro da posição supina e da litotomia durante o trabalho de parto são práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

Ainda, o Ministério da Saúde defende que a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, bem como o estímulo a posições não supinas, como em pé, lateral, sentada em banqueta, entre outras, durante o trabalho de parto são práticas que devem ser estimuladas (BRASIL, 2001).

2.5.4. Violência psicológica

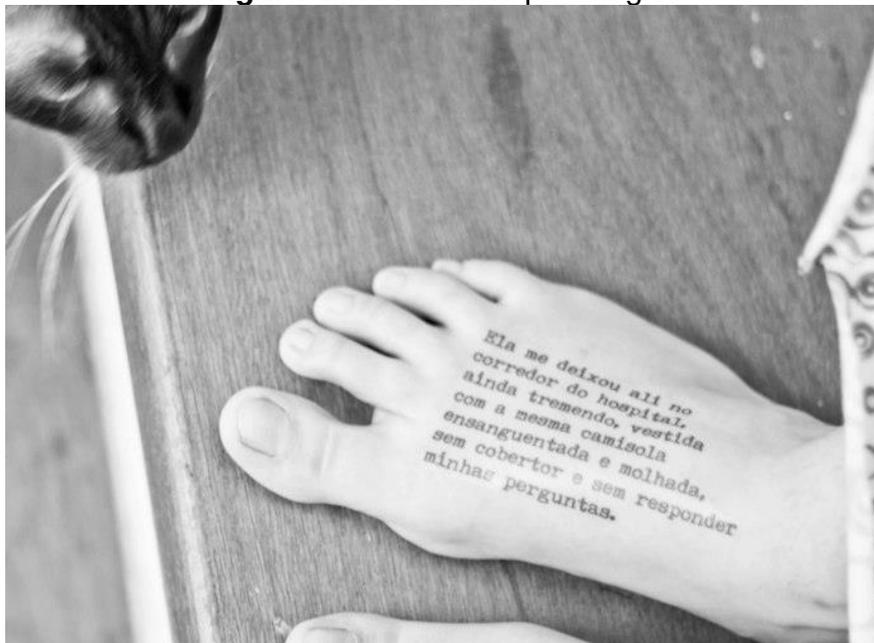
Não obstante todas as práticas realizadas que importam em violências físicas, é de bom alvitre mencionar as práticas de cunho psicológico, as quais repercutem na saúde psicológica da mulher.

A violência obstétrica psicológica compreende: a) a privação de informações à gestante acerca das rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no decorrer do processo gestacional; b) a realização de comentários ofensivos, constrangedores ou discriminatórios; c) a submissão da mulher a sentimentos de abandono, medo, inferioridade, insegurança; d) a recriminação por qualquer comportamento, proibindo-a de manifestar suas emoções; e) a restrição de qualquer prerrogativa da gestante, sob pretexto de ser válida apenas para pacientes com determinado vínculo com a instituição hospitalar (ex.: SUS, plano de quarto privativo, particular); f) a procrastinação do contato

entre mãe e filho, logo após o nascimento, dentre outras práticas habituais, condenadas pela Organização Mundial de Saúde. (CORDINI, 2015, p.30)

Ainda, muitas mulheres relatam as falas grosseiras dirigidas a elas, fato que enfatiza a total falta de respeito para com as mulheres. No campo da submissão da mulher a sentimentos de abandono, cabe mencionar os diversos casos em que impedem que o acompanhante se faça presente no momento do parto, mesmo esta prerrogativa sendo reconhecida por lei, muitos hospitais ainda não permitem, desrespeitando não só as mulheres e seus acompanhantes, mas também o ordenamento jurídico brasileiro e os direitos humanos.

Figura 4 - A violência psicológica



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

Apesar de estar em vigor desde o ano de 2005, a lei nº 11.108, que dispõe sobre a possibilidade do acompanhante se fazer presente no momento do parto, esta lei ainda é desrespeitada, como se pode observar em uma notícia veiculada, em que mesmo com o texto da lei em mãos, a médica não deixou o pai assistir o nascimento da filha, sob alegação de que não havia permissão do diretor local (BRASIL, PRAGMATISMO POLÍTICO, 2016).

2.5.5. Cirurgias cesáreas

Ao passo em que a cesárea é um tipo de parto, a realização da mesma se mostra muitas vezes com o intuito de favorecer a equipe médica que irá realizar o procedimento de parto, uma vez que este se mostra um modo mais rápido de se parir, bem como mais vantajoso economicamente para os(as) médicos(as).

Sabe-se que a cirurgia cesárea oferece maiores riscos não só à mulher, mas também ao recém-nascido, uma vez que os mesmos se tornam mais propensos a infecções, hemorragias, fato que é comprovado em evidências médicas, as quais indicam que as taxas de mortalidade materna associada à cesariana são até sete vezes maiores que no parto normal (BRASIL, ANS, 2008).

Há muitos mitos em torno dos benefícios do parto cesáreo, o que fazem muitas mulheres preferirem este tipo de parto em detrimento do parto normal, nesse sentido:

Diversas foram as causas relacionadas a esse evento: [...] medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto [...] (MAIA, 2008, p. 38).

No tocante às taxas de realização de partos cesáreos no Brasil, em 2010, a taxa de cesáreas atingiu 52,3%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82% e na rede pública, a 37% (BRASIL, 2012).

O Brasil é o segundo país com maior índice de partos cesáreos no mundo, sendo, portanto, o segundo país que realiza mais este tipo de intervenção. Para fins de comparação, a taxa da Noruega é de 16,6%, da Suécia, 17,3%, do Japão, 17,4% e da França, 18,8%. Além disso, a Organização Mundial da Saúde preconiza que não há justificativa para nenhuma região ter uma taxa de incidência de cesáreas acima de 10-15% (MAIA, 2008).

Figura 5 - A indução da cesárea



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

Por tudo que fora acima exposto, bem como pela falta de informação por parte dos(as) profissionais de saúde, as mulheres ficam vulneráveis às indicações de cesáreas muitas vezes desnecessárias, que pode importar em complicações para ela e o bebê. Assim, caberia ao profissional de saúde esclarecê-las acerca dos possíveis riscos à que elas podem se submeter ao optar por uma cesárea, conforme preceitua o próprio Código de Ética Médica (CIELLO, et al, 2012).

Ademais, recentemente, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) publicou uma notícia sobre uma pesquisa desenvolvida por uma estudante dessa instituição que revelou os obstáculos que as mulheres do município de João Pessoa enfrentam para realizar um parto normal. Ainda, a pesquisadora apontou que existe carência estrutural, assistencial e de formação médica e que essas carências têm provocado situações de vulnerabilidade para as mulheres (BRASIL, UFPB, 2020).

2.5.6. Intervenções com finalidades didáticas

Não obstante a prática de violência obstétrica nas modalidades já citadas, uma chamou atenção, a saber, as intervenções realizadas por professores(as) e/ou estudantes com a finalidade de aprendizado. Nos hospitais universitários é comum ter

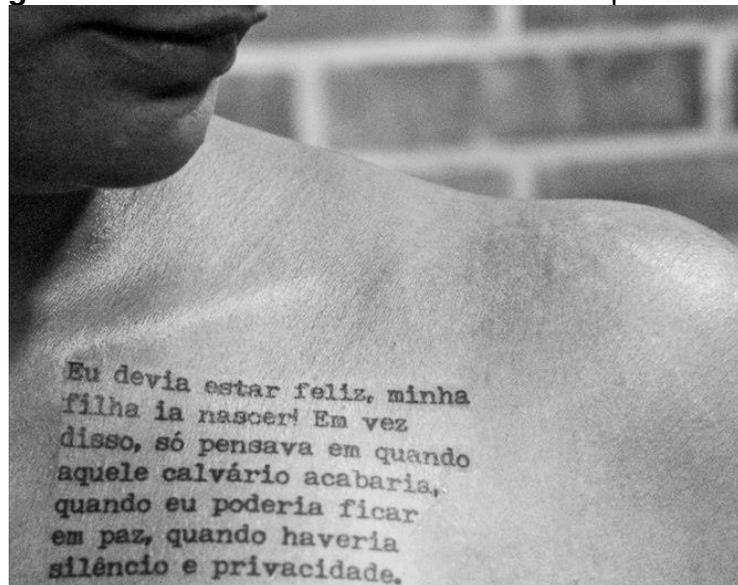
a presença dos/as estudantes durante a realização dos procedimentos com o intuito de aprenderem a técnica ali explicitada.

No tocante aos procedimentos realizados com finalidades didáticas, O Dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com dor”, aponta que este tipo de violência obstétrica pode ser conceituado como:

Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual. (2012, p. 93).

Tais condutas são realizadas, muitas vezes, nos hospitais escolas sob o manto de serem necessárias, sem ao menos nem esclarecerem as mulheres sobre o que se trata aquela intervenção, nem questionar se elas consentem com aquela prática realizada na presença de outras pessoas.

Figura 6 - Finalidades didáticas e a falta de privacidade



Fonte: Projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica - Carla Raiter (2015)

O presente trabalho não pretende esgotar todas as formas de violência obstétrica, tendo em vista a existência das inúmeras práticas que repercutem em violência obstétrica. Neste ínterim, iremos dar ênfase, a partir de então, à violência obstétrica na modalidade de intervenções com finalidades didáticas, o qual é o objeto em estudo.

3. TRILHA METODOLÓGICA

“Reflexões metodológicas são, por assim dizer, um andaime, que serve de passagem de um trabalho que eu acabo de concluir para um próximo. Isso não é um método geral, que seria definitivo para outrem ou para mim. O que eu escrevi não são receitas, nem para mim nem para ninguém. São na melhor das hipóteses ferramentas – e sonhos.”

Michel Foucault

Neste capítulo abordamos a trilha metodológica realizada, ou seja, elucidamos o caminhar da nossa pesquisa. Para isto, buscamos não apenas descrever os procedimentos de coleta e análise de dados, mas também realizar reflexões com ênfase no campo educacional e sua relação com os direitos humanos.

Neste ano de 2020 fomos surpreendidos com a infeliz notícia de que um novo vírus estava se espalhando pelo mundo e culminando na morte de milhares de pessoas. A COVID-19⁸ se manifesta como uma síndrome respiratória aguda grave e pode levar a vítima à morte, além de ser altamente contagiosa. Assim, como medida de prevenção para evitar a transmissão e propagação do vírus, foi decretado o isolamento social. Com isso, tivemos que nos reinventar e buscar novos meios para dar continuidade a nossa pesquisa, pois a ideia, *a priori*, seria desenvolver a pesquisa de forma presencial e realizar entrevistas semiestruturadas com as participantes. No entanto, com a decretação do isolamento social, conseqüentemente, não foi mais possível realizar a pesquisa da forma como havíamos planejado.

É fato que toda a situação de isolamento social corroborou para sentirmos demasiada dificuldade em dar continuidade ao presente trabalho. Lutamos contra as intensas crises de ansiedade, contra o corpo que pedia repouso e contra a mente que implorava por um descanso. Foram, e estão sendo dias difíceis. Falhamos muitas vezes, mas persistimos e decidimos que a pesquisa seria realizada de forma on-line. Para isso, desenvolvemos dois questionários eletrônicos via “Formulários Google” para viabilizar o estudo. Permearam-se medos e inseguranças para a utilização dessa

⁸ COVID-19 é a doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. (OMS, 2020)

ferramenta. Surgiram diversas dúvidas e inúmeras vezes pensamos em desistir, mas precisávamos dar continuidade ao que havíamos começado ainda na graduação do curso de Direito, precisávamos reacender a chama que havia dentro de nós, precisávamos nos reconectar com aquele tema que nos causava náuseas de tanta indignação, precisávamos “ouvir” o que não desejávamos mais que acontecesse com as mulheres, precisávamos dar voz e espaço para um tema que surgiu na nossa família antes mesmo de nós e que só através do nosso trabalho da graduação que foi possível identificar a situação pela qual nossa família tinha passado.

É bem verdade que durante a trajetória acadêmica fomos desencorajados a seguir com a pesquisa. Esse desencorajamento partiu até mesmo de professores(as) e colegas que tinham parentes que estudavam medicina e, nos alertavam que “Sua pesquisa não terá fundamento porque hoje em dia nas faculdades se fala sobre violência obstétrica e sobre humanização no parto”, ou “Esse tema é muito petulante”, ou “Mas o que o Direito tem a ver com a Violência Obstétrica?”. As perguntas que surgiram foram incalculáveis e acreditamos que o motivo de serem feitas se dava por não darem importância ao tema objeto do nosso trabalho, por imaginarem que a violência obstétrica fosse algo que não acontecesse mais, ou mesmo por alguns não quererem “bater de frente” com a classe médica e todo o corporativismo que a rodeia. Foram meses de bloqueio mental e reflexões sobre a importância do nosso objeto de estudo. Meses procurando uma saída para as dúvidas e o medo que pairavam no nosso imaginário.

Insta frisar que fomos também bastante encorajados a seguir com a pesquisa. De igual forma, foram colegas e professores(as) que, ao escutar um pouco do que nós pretendíamos estudar, demonstravam um olhar de curiosidade sobre o que falávamos, muitas vezes por nunca terem ouvido falar sobre o tema ou mesmo por, a partir da nossa fala, tomar conhecimento que elas mesmas ou alguma conhecida havia sido vítima de violência obstétrica. A sede delas por quererem saber mais nos dava ânimo para seguirmos em frente.

Portanto, ao seguirmos em frente, entendemos que investigar a violência obstétrica e sua relação com o processo educacional da formação dos estudantes do curso de medicina é lançar um olhar para além das violências cometidas nas salas de partos e no período pré e pós-parto; é investigar a origem de onde esta violência é ensinada e perpetuada, é observar que o corpo da mulher se torna instrumento de estudo e as salas de parto verdadeiras salas de aulas. Certos disto, apresenta-se os

procedimentos da pesquisa e as maternidades públicas do Estado da Paraíba como *lócus* da investigação.

Descrever-se-á os procedimentos de pesquisas, com destaque para a abordagem qualitativa, as categorias analíticas e o delineamento da pesquisa. O *lócus* da pesquisa foi escolhido por ser instituições públicas que atendem mulheres gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde-SUS e que recebem estudantes dos cursos de medicina para desenvolverem atividades práticas, sob orientação de um(a) professor(a). A definição e os critérios de seleção das mulheres participantes da pesquisa, os cuidados éticos da pesquisa e os procedimentos para análise dos dados coletados foram escolhidos de acordo com as orientações éticas e objetivos da pesquisa, obedecendo o anonimato das participantes.

Para tanto, utilizamos documentos oficiais e legislações relacionadas a temática central da dissertação. Como referencial teórico utilizamos Minayo et al. (2001), Gil (2007), Richardson (1999), Chizotti (2006) e Bardin (1979).

3.1. A ABORDAGEM QUALITATIVA

Sabendo que a abordagem da pesquisa se constitui como instrumento que serve para o pesquisador estabelecer uma relação com o objeto e a realidade investigada, este estudo adotará uma abordagem qualitativa, pois se partirá da análise e interpretação de fenômenos para a consequente formulação de suas respectivas definições e soluções.

Em relação a abordagem quantitativa, Minayo (2001) aponta que esta abordagem não se opõe da abordagem qualitativa, porquanto estas se complementam pois é possível haver interação entre as duas abordagens. Outrossim, a pesquisa qualitativa permite maior flexibilidade ao pesquisador, posto que pode adaptar seus planos de pesquisa, enquanto que na pesquisa quantitativa isso não é possível.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 21-22).

Ademais, sabe-se que as investigações pautadas em uma abordagem qualitativa têm como objeto conjunturas particulares, assim, é possível descrever as nuances de determinado problema, bem como analisar a relação dos elementos e compreender os processos. Neste sentido, a validade da pesquisa se dá pela profundidade com que o estudo é realizado e não pelo tamanho da amostra, como propõe a pesquisa quantitativa (RICHARDSON, 1999).

Diante o exposto, depreende-se que esta abordagem é a que mais se aproxima do nosso objeto de estudo, qual seja, a relação entre a violência obstétrica e a formação educacional dos estudantes de medicina, por tratar-se, sobretudo, de um fenômeno social.

3.2. ABORDAGEM QUANTO AOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Tendo em vista o processo de compreensão dos fenômenos, a presente pesquisa partirá da utilização de diferentes procedimentos técnicos de abordagem, tendo como delineamento o estudo de caso.

O estudo de caso se propõe a explorar um caso singular situado na realidade contemporânea, de modo a contextualizá-lo e delimitá-lo em tempo e lugar para realizar uma busca circunstanciada de informações sobre um caso específico (CHIZZOTTI, 2014).

Infere-se que o estudo de caso conduz a uma investigação de objetos, os quais podem ser um ou alguns, de modo a propiciar o conhecimento mais vasto e minucioso em um determinado contexto. Neste trabalho, o contexto de estudo é a formação educacional dos estudantes de medicina e o fenômeno da violência obstétrica, tendo-se como técnicas a análise documental e os questionários.

As pesquisas utilizadas, de documentação indireta, foram as bibliográficas e as documentais. Isso porque, se em um primeiro momento foi dado maior realce em materiais já publicados que tratam do tema proposto, num segundo intervalo observou-se, sobretudo, documentos como as Diretrizes Curriculares Nacionais e Pareceres e Resoluções do curso de graduação em medicina.

Ademais, de documentação direta, foi realizado o questionário eletrônico, em razão das limitações mencionadas anteriormente para realizar a entrevista semiestruturada de forma presencial. Foram elaborados dois questionários, um destinado às doulas e outro destinado às mulheres que já estiveram grávidas.

Como já conhecíamos algumas doulas, entramos em contato com elas, a fim de que respondessem o questionário e nele nos informassem mulheres que já haviam sofrido violência obstétrica com fins didáticos e/ou na presença de estudantes, para, assim, submetermos o questionário eletrônico para essas mulheres. Para isso, apresentamos o questionário disposto no Apêndice A.

Identificadas as mulheres vítimas de violência obstétrica, foi realizado, de igual modo, um questionário eletrônico com o intuito de que elas respondessem relatando as possíveis violações sofridas e se elas identificavam que haviam sido vítimas de alguma violência durante o seu período gestacional e pós-parto. Optamos, também, por divulgar o questionário com mulheres que já conhecíamos e assim pudemos alcançar mais participantes. Neste aporte, as questões que foram apresentadas às mulheres constam do Apêndice B.

Gil (2007) conceitua que o questionário é uma técnica de investigação formada por um número variado de questões apresentadas aos respondentes e tem o condão de conhecer opiniões, interesses, expectativas e situações vivenciadas. Portanto, seu uso na pesquisa objetivou averiguar o perfil das mulheres que relataram alguma situação de violência obstétrica e aspectos relacionados à atuação dos médicos durante o período gestacional, tais como: não questionar às mulheres se autorizavam a presença de estudantes na sala de parto; falas grosseiras para com as mulheres; não permissão da presença de acompanhantes durante o trabalho de parto, entre outros.

O questionário apresenta três tipos de questões, as quais são: questões fechadas, onde é apresentado um conjunto de alternativas de respostas para que a pessoa que irá responder escolha a melhor alternativa; questões abertas, que é apresentada a pergunta e deixa-se um espaço para que a pessoa responda; e questões dependentes, que se realiza quando uma questão depende da resposta dada a outra questão (GIL, 2007). Diante disso, os nossos questionários foram compostos de questões dos três tipos expostos acima, posto que algumas perguntas foram fechadas, outras abertas e dependentes.

A escolha pela realização do questionário via meio eletrônico se deu, sobretudo, em razão da pandemia de COVID-19 que assolou o mundo. Diante da decretação de isolamento social como forma de proteção e não propagação do vírus, optamos pela realização de forma eletrônica a fim de viabilizar a nossa pesquisa. Ademais, urge mencionar outra questão que analisamos para a realização do questionário de forma eletrônica, haja vista que nos preocupamos com o alcance que o questionário poderia ter. No entanto, percebemos que o questionário eletrônico poderia ser bastante viável haja vista a expansão da Internet, onde o desenvolvimento de novas tecnologias propiciou o recrudescimento do número de usuários, conforme apontou uma pesquisa do IBGE, divulgada em 2018, que demonstrou que em 2017 um terço da população brasileira possuía acesso à internet (BRASIL, IBGE, 2018).

Assim, depreendemos que, em que pese a desigualdade social e situação de extrema pobreza que várias pessoas vivenciam em nosso país, a alternativa de utilizar o questionário eletrônico para realização da pesquisa foi viável posto que, ainda assim, muitas pessoas hoje em dia têm acesso à internet. Desta forma, as vantagens de realizar o questionário de forma eletrônica se deu pela possibilidade de obter um maior alcance, de forma que foi possível atingir pessoas que presencialmente possivelmente não teríamos contato; também pode propiciar menos custos financeiros para a realização da pesquisa, já que não precisamos nos deslocar fisicamente para realizar as entrevistas; possibilitou mais celeridade, tendo em vista que pudemos contatar várias pessoas em tempo curto; flexibilidade para responderem o questionário se, quando e na hora que desejaram; além de não sofrer possíveis influências da pesquisadora.

Para a elaboração do questionário eletrônico, a ferramenta utilizada foi o “Formulários Google”. Através dele, pudemos coletar dados, bem como possibilitou-se a garantia total de privacidade e confidencialidade das participantes. Ademais, o questionário ficou disponível para preenchimento no mês de julho de 2020.

A captação das doulas e mulheres foi realizada através da técnica “bola de neve” (*snowball sampling*)⁹, mediante o acesso às doulas e grupos-chave sobre o

⁹ Esta técnica permite acessar grupos específicos por meios eletrônicos e estes além de participarem da pesquisa, divulgam para outras pessoas também responderem, possibilitando, assim, maior alcance.

“Esse tipo específico de amostragem é útil para estudar questões delicadas, de âmbito privado e, portanto, que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para estudo” (VINUTO, 2014).

tema em questão para a divulgação da pesquisa. Assim, o questionário foi enviado por meios eletrônicos como E-mail, Whatsapp e redes sociais com uma mensagem-convite, a qual consta no Apêndice C, convidando-as para a participação da pesquisa e contendo o link para preenchimento do questionário, explicação sobre o teor – e público alvo – da pesquisa e meios de contato com a pesquisadora.

3.3.O CAMPO DE ESTUDO

Os campos escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa foram maternidades públicas situadas no Estado da Paraíba, a qual chamamos de “Maternidade A”, “Maternidade B”, e assim por diante, de acordo com a quantidade de maternidades que foram mencionadas no questionário. Cumpre mencionar que inicialmente pretendíamos estipular apenas duas maternidades públicas de João Pessoa-PB, mas com a delimitação da realização da pesquisa por meio eletrônico, deduzimos que a pesquisa poderia chegar a pessoas que não residissem apenas em João Pessoa-PB. Tal escolha se deu, sobretudo, em razão dessas instituições receberem médicos(as)/professores(as) e estudantes do curso de medicina, configurando-se, assim, como maternidades-escolas. Além disso, outro fator que despertou nosso interesse pela realização da pesquisa com foco nas maternidades do Estado da Paraíba é que poderíamos vislumbrar um panorama do Estado, possibilitando, assim, uma análise sobre o tema abarcando mulheres de várias regiões.

Realizamos uma pesquisa no banco de dados sobre a Saúde do Estado da Paraíba e constatamos que atualmente a Paraíba possui 88 maternidades públicas distribuídas conforme disposto no quadro a seguir:

Quadro 1 - Lista de maternidades públicas do Estado da Paraíba

Sequencial	Município	Nome	Esfera
1	Água Branca	Unidade Mista De Água Branca	Municipal/Municipal
2	Aguiar	Hospital Francisco Bento Cabral	Municipal/Municipal

3	Alagoa Grande	Hospital Municipal Ministro Osvaldo Trigueiro	Municipal/Municipal
4	Alagoa Nova	Unidade Mista De Alagoa Nova	Municipal/Municipal
5	Alhandra	Hospital Municipal Alfredo De Almeida Ferreira	Municipal/Municipal
6	Araçagi	Unidade Mista Vanildo Maroja	Municipal/Municipal
7	Arara	Hospital Natanael Alves	Municipal/Municipal
8	Areia	Hospital Dr. Hercílio Rodrigues	Municipal/Municipal
9	Aroeiras	Hospital De Aroeiras	Privada/Estadual
10	Bananeiras	Hospital Municipal Dr. Clovis Bezerra Cavalcante	Municipal/Municipal
11	Bayeux	Hospital Materno Infantil João Marsicano	Municipal/Municipal
12	Belém	Hospital Regional De Belém	Estadual/Estadual
13	Bom Sucesso	Hospital E Maternidade Severino Viriato	Municipal/Dupla
14	Bonito de Santa Fé	Hospital Municipal Honorina T. De Albuquerque	Municipal/Municipal
15	Boqueirão	Hospital Municipal De Boqueirão	Municipal/Municipal
16	Brejo do Cruz	Hospital Municipal Dr. Odilon Maia Filho	Municipal/Dupla
17	Brejo dos Santos	Apami	Privada/Estadual
18	Caaporã	Hospital E Maternidade Ana Virgínia	Privada/Municipal
19	Cabedelo	Hospital E Maternidade Municipal Pe. Alfredo Barbosa	Municipal/Municipal
20	Cachoeira dos Índios	Hospital Maternidade Josefa B De Souza	Municipal/Municipal
21	Cacimba de Areia	Unidade Mista De Cacimba De Areia	Municipal/Municipal
22	Cacimba de Dentro	Hospital E Maternidade Isabel Moreira De Sousa	Municipal/Municipal
23	Cajazeiras	Hospital Regional De Cajazeiras	Estadual/Municipal
24	Campina Grande	Instituto De Saúde Elpídio De Almeida - Isea	Municipal/Municipal

25	Campina Grande	Hospital Escola Da Fap	Privada/Municipal
26	Campina Grande	Clipsi Hospital Geral	Privada/Municipal
27	Campina Grande	Hospital Pedro I	Privada/Municipal
28	Catolé do Rocha	Hospital Regional Dr. Américo M. De Vasconcelos	Municipal/Municipal
29	Conceição	Hospital e Maternidade Caçula Leite	Municipal/Municipal
30	Coremas	Hospital Estevam Marinho	Estadual/Municipal
31	Cubatí	Hospital e Maternidade De Cubatí	Municipal/Municipal
32	Cuité	Hospital e Maternidade Municipal De Cuité	Municipal/Municipal
33	Dona Inês	Unidade Mista Benjamin Gomes Maranhão	Estadual/Municipal
34	Esperança	Hospital Municipal De Esperança Dr. Manuel Cabral De Andrade	Municipal/Municipal
35	Fagundes	Hospital Maria Do Carmo Amorim Navarro	Municipal/Dupla
36	Frei Martinho	Unidade Mista de Saúde de Frei Martinho	Municipal/Municipal
37	Guarabira	Complexo de Saúde do Município De Guarabira	Estadual/Municipal
38	Itabaiana	Hospital Regional De Itabaiana	Estadual/Municipal
39	Itaporanga	Hospital Distrital De Itaporanga	Municipal/Municipal
40	Itapororoca	Hospital Geral De Itapororoca Pref. Jose Felix De Brito	Estadual/Dupla
41	Jericó	Hospital E Maternidade Mae Tereza	Municipal/Municipal
42	João Pessoa	Maternidade Frei Damião	Estadual/Municipal
43	João Pessoa	Maternidade Candida Vargas	Municipal/Municipal
44	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley	Federal/Municipal
45	João Pessoa	Hospital Edson Ramalho	Estadual/Municipal

46	Juazeirinho	Fundação Hospitalar De Juazeirinho	Municipal/Municipal
47	Juru	Hospital E Maternidade Isaura Pires Do Carmo	Municipal/Municipal
48	Lagoa de Dentro	Unidade Mista De Lagoa De Dentro	Estadual/Municipal
49	Lagoa Seca	Hospital Geral Municipal Ana Maria Coutinho Ramalho	Municipal/Municipal
50	Lastro	Hospital E Mat. N. Sra. Do Carmo	Municipal/Municipal
51	Massaranduba	Hospital e Maternidade Municipal Santa Terezinha	Municipal/Municipal
52	Monteiro	Hospital Regional Santa Filomena	Estadual/Municipal
53	Natuba	Hospital e Maternidade Napoleão Laureano	Municipal/Municipal
54	Nova Floresta	Hospital Nossa Senhora das Graças	Municipal/Municipal
55	Nova Olinda	Unidade Mista De Saúde Joao Moises Sousa	Municipal/Municipal
56	Patos	Maternidade Peregrino Filho	Estadual/Municipal
57	Paulista	Hospital E Mat. Municipal Emerentina Dantas	Municipal/Municipal
58	Pedra Lavrada	Unidade Mista De Saúde De Pedra Lavrada	Municipal/Municipal
59	Pedras de Fogo	Hospital Distrital Jose De Sousa Maciel	Municipal/Municipal
60	Piancó	Hospital Wenceslau Lopes	Municipal/Municipal
61	Picuí	Hospital Regional De Picuí	Municipal/Municipal
62	Pilar	Hospital e Maternidade M. do Carmo C. M. Borges	Municipal/Municipal
63	Pirpirituba	Ums Dr. Jose Pereira Dos Santos	Municipal/Municipal
64	Pocinhos	Hospital E Maternidade Dr. Antonio Luiz Coutinho	Municipal/Municipal
65	Pombal	Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro	Municipal/Municipal

66	Princesa Isabel	Hospital Regional De Princesa Isabel	Estadual/Municipal
67	Puxinanã	Maternidade Pedro Rodrigues	Privada/Estadual
68	Queimadas	Hospital Geral De Queimadas	Estadual/Dupla
69	Santa Cruz	Hospital E Mat. De Sta Cruz Francisca Wanderley	Estadual/Municipal
70	Santa Luzia	Hospital e Maternidade Sinhá Carneiro	Estadual/Municipal
71	Santa Rita	Hospital E Maternidade Flávio Ribeiro Coutinho	Privada/Municipal
72	São João do Rio do Peixe	Hosp. Cap. Joao Dantas Rothea	Privada/Municipal
73	São José de Caiana	Unidade Mista De São José De Caiana	Municipal/Municipal
74	São José de Piranhas	Unidade Hospitalar De São José De Piranhas	Privada/Estadual
75	São Mamede	Casa De Saúde e Maternidade N.S. Da Conceição	Privada/Municipal
76	Sapé	Hospital Regional De São Andrade	Municipal/Municipal
77	Seridó	Unidade Mista Hospital Maria Auxiliadora P De Gouveia	Municipal/Municipal
78	Serra Branca	Hospital Geral De Serra Branca	Municipal/Municipal
79	Serraria	Hospital Ouvídio Duarte	Municipal/Municipal
80	Solânea	Hospital Dr. Francisco Assis De Freitas Unidade Mista	Municipal/Municipal
81	Sousa	Hospital M Materno Infantil Dr. Antonio De Paiva Gadelha	Municipal/Municipal
82	Sousa	Hospital Dist. Dep Manoel Goncalves De Abrantes	Estadual/Municipal
83	Sumé	Hospital E Maternidade Alice De Almeida	Municipal/Municipal
84	Taperoá	Hospital Distrital De Taperoá	Estadual/Estadual
85	Tavares	Hospital Jose Leite Da Silva	Municipal/Municipal

86	Teixeira	Hospital Sancho Leite	Municipal/Municipal
87	Uiraúna	Hospital Menino Jesus Apaseu	Privada/Municipal
88	Uiraúna	Casa De Saúde Padre Costa	Privada/Municipal

Fonte: Disponível em:

<http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/maternidades>. Acesso em: 14 de julho de 2020.

Através do Quadro 1 é possível perceber que existem poucas maternidades públicas no Estado da Paraíba, haja vista que o Estado possui atualmente 223 municípios. Ainda, em que pese haver 88 maternidades, sabemos que, além de nossa pesquisa não conseguir abarcar todos os municípios, levamos em consideração apenas aquelas que recebem estudantes de medicina. Assim, também pesquisamos os cursos de medicina no Estado da Paraíba a fim de fazer uma relação com a quantidade municípios. Neste aporte, constatou-se que existem oito faculdades e nove cursos de medicina na Paraíba, os quais são distribuídos em quatro municípios, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - Lista dos cursos de medicina no Estado da Paraíba

Sequencial	Nome	Município	Esfera
1	Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ	João Pessoa	Privada
2	Centro Universitário de Patos - UNIFIP	Patos	Privada
3	Centro Universitário Facisa - UNIFACISA	Campina Grande	Privada
4	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB	João Pessoa	Privada
5	Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE	João Pessoa	Privada
6	Faculdade Santa Maria - FSM	Cajazeiras	Privada
7	Universidade Federal da Paraíba - UFPB	João Pessoa	Pública
8	Universidade Federal de Campina Grande - UFCG	Campina Grande	Pública
		Cajazeiras	

Fonte: BRASIL, 2020.

Diante dos dados supracitados vislumbra-se que a presença de estudantes nas maternidades públicas fica restrito apenas nesses quatro municípios onde há faculdades de medicina e, nestes municípios, podemos constatar que constam nove maternidades públicas. No entanto, é bem verdade que, em que pese os estudantes não estarem presentes nas 88 maternidades do Estado durante a sua graduação, após se formarem e adquirirem o conhecimento técnico, muitos vão para os demais municípios e reproduzem os ensinamentos que lhe foram ensinados durante a graduação. Logo, se demonstradas condutas que impliquem em atos de violência obstétrica, estes serão igualmente reproduzidos, mas se trabalhado na perspectiva da educação em direitos humanos, estes valores poderiam ser apreendidos e transmitidos.

3.4. DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Sabe-se que a seleção dos sujeitos é uma etapa bastante importante da metodologia da pesquisa, haja vista que esses sujeitos selecionados têm o condão de apresentar informações relevantes sobre o tema da pesquisa. Nesse sentido, Gaskel (2002) aponta que a diversidade de pessoas e suas visões é importante para que as respostas dos sujeitos não fiquem limitadas apenas a contar suas opiniões, mas explorar essas opiniões e as diferentes representações sobre o objeto de estudo.

Para representar os sujeitos da pesquisa, foram escolhidas doulas e mulheres que já estiveram grávidas. Quanto aos critérios de seleção, por acessibilidade, inicialmente escolhemos doulas e mulheres que já conhecíamos para responder os questionários e, assim, estas repassaram os questionários para outras mulheres. Essas mulheres atuaram como verdadeiras polinizadoras da nossa pesquisa, pois através delas, foi possível chegar aonde sequer imaginávamos. Ainda, após alguns dias que iniciamos a pesquisa, optamos, também, por divulgar nossa pesquisa com mulheres de algumas páginas sobre doulas da Paraíba constante na rede social Instagram.

Para as doulas, utilizamos como critério de seleção aquelas que já presenciaram alguma violência obstétrica cometida na presença de estudantes;

quanto às mulheres, utilizamos o critério de ter sido vítima de violência obstétrica na modalidade de intervenção com fins didáticos, ou seja, que alguma violência tenha acontecido na presença de estudantes do curso de medicina e/ou por eles, com o intuito de fomentar o ensino prático a estes. Além disso, com a coleta dos dados foi possível realizar um recorte de raça e idade, a fim de vislumbrarmos em quais mulheres a realização desta violência foi mais recorrente.

Através do quadro 3 podemos visualizar, de forma detalhada, os sujeitos e respectivas técnicas de investigação utilizadas.

Quadro 3 - Sujeitos da pesquisa e técnica de investigação

Sujeitos	Técnica de Investigação	Identificação
Doulas	Questionário	Questões abertas e fechadas
Mulheres que já estiveram grávidas	Questionário	Questões abertas, fechadas e dependentes

Fonte: A autora.

A pesquisa ficou disponível por 25 dias e, durante esse período, 32 mulheres responderam aos questionários eletrônicos. Como selecionamos dois grupos de sujeitos (doulas e mulheres), das 32 que responderam, 10 (dez) se identificaram como doulas e 22 como mulheres que já estiveram grávidas.

3.5. CUIDADOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como a pesquisa ocorreu de forma on-line, dispusemos no início do questionário um *link* com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme Apêndice D, onde as participantes só podiam responder as demais perguntas do questionário se estivessem de acordo com os termos do TCLE apresentado. Dessa forma, quem sinalizasse que não concordava com os termos do TCLE, automaticamente não participaria da pesquisa. Frisa-se que todas as respostas dos questionários foram respondidas de forma anônima, mantidas em absoluto sigilo e utilizadas somente para fins deste trabalho.

Ademais, por se tratar de um tema que envolve seres humanos, a presente pesquisa foi submetida para aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Médicas, da Universidade Federal da Paraíba - CEP-CCM/UFPB e recebeu parecer favorável CAAE N. 31354120.9.0000.5188 em 21 de maio de 2020, vide Anexo 1. A pesquisa seguiu todos os critérios éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e dessa forma as participantes foram informadas quanto aos objetivos da pesquisa, sigilo e meios de comunicação com a pesquisadora, sendo livre a sua decisão em participar.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Como algumas questões dos questionários aplicados versaram sobre assuntos sociodemográficos, esses foram tratados por meio de estatística descritiva, assim como a categorização de informações sobre o parto/nascimento, a fim de organizar os dados coletados através da pesquisa.

Para análise dos relatos e demais respostas às questões, utilizamos o conjunto de técnicas denominado análise de conteúdo, de acordo com o proposto por Bardin (1979), onde estabelece que é um conjunto de técnicas de análise das falas e comunicados com o objetivo de captar, identificar e descrever o conteúdo que emerge das mensagens. Tal escolha se deu pelo fato de que acreditamos que é necessário construir reflexões a fim de que as falas das mulheres participantes ganhassem maior notoriedade, permitindo assim uma melhor compreensão acerca da violência obstétrica e seus desdobramentos nas práticas curriculares.

Quanto a abordagem de análise de conteúdo, Rocha e Deusdara (2005, p. 307) estabelece que o objetivo desta é “alcançar uma pretensa significação profunda, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto”, o que corroborou com nossa intenção de analisar minuciosamente o conteúdo oriundo da pesquisa.

Nesse sentido, Bardin define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/reprodução destas mensagens (1979, p. 42).

Esse conjunto de técnicas implicou num trabalho exaustivo, em que as categorias de análise foram constantemente testadas, de modo a eliminar as impressões mais vagas e, de igual modo, viabilizar que os leitores apreendessem o caminho percorrido durante o presente trabalho de categorização e análise.

Dessa forma, para realizarmos a análise de conteúdo, optamos pela utilização da análise temática, onde Minayo (2014, p. 316) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” Para tanto, a análise compreendeu três etapas, onde na primeira etapa, denominada pré-análise, realizamos a verificação dos critérios de inclusão e o mapeamento de todos dos dados obtidos; na segunda etapa, denominada etapa exploratória, realizamos a leitura flutuante de cada resposta fornecida aos questionários, com o objetivo de identificar categorias temáticas de análise que guardassem relação com os objetivos do nosso estudo; por fim, a terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados e a interpretação desses, com vistas a capturar respostas dos questionários que pudessem ser classificados dentro das categorias temáticas estabelecidas, bem como a compreensão de todos os dados para fazer relação com o nosso estudo.

4. A FORMAÇÃO MÉDICA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

“Só se educa em direitos humanos quem se humaniza e só é possível investir completamente na humanização a partir de uma conduta humanizada.”

Ricardo Ballestreri

Por tudo que abordamos até o presente momento, é evidente que a violência obstétrica cometida com finalidade didática, além de por vezes não levar em consideração a vontade da mulher, posto que muitas sequer são questionadas se aceitam a presença de estudantes no momento do atendimento, as colocam em posição de coadjuvante do seu próprio parto ou período gestacional.

Neste capítulo abordamos a possível razão de vermos médicos(as) praticando atos de violência obstétrica. Isso nos leva a imaginar que eles não tiveram, durante a graduação ou especialização, um ensino voltado para a Educação em Direitos Humanos e/ou que abordasse a proteção e o respeito aos direitos humanos das mulheres, ou, se tiveram, estes não foram suficientes para que esses atos não fossem reproduzidos diuturnamente em nossa sociedade.

Inicialmente trazemos algumas recomendações sobre a questão da formação médica e *a posteriori* fizemos algumas considerações sobre a Educação em Direitos Humanos.

4.1. NORMAS REGULAMENTADORAS E BALIZAMENTOS PARA A PROTEÇÃO À AUTONOMIA DA MULHER

A atividade de um profissional de saúde sempre é norteadada por princípios e normas. No âmbito da medicina, a sua atividade profissional é norteadada por diretrizes curriculares, resoluções, código de ética e documentos/recomendações que são emitidos por órgãos como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Dessa forma, nos questionamos sobre o que os documentos da medicina falam sobre essa proteção à mulher? Há balizamentos para a sua proteção? O ensino prático ao estudante de medicina deve prevalecer sobre a vontade da mulher? Essas e outras perguntas nos inquietaram durante a construção da presente dissertação e nos aguçaram os sentidos da pesquisa para tentarmos procurar respostas para esses e outros questionamentos.

4.1.1. As recomendações da OMS

A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como foco lidar com questões relativas à saúde global. Quando da criação da ONU, já havia a preocupação e intenção de criar uma organização mundial dedicada exclusivamente à saúde. Diante disso, os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante a Conferência Internacional da Saúde. Porém, a OMS foi realmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos (OMS, 2020).

De acordo com o primeiro artigo da sua constituição, a OMS tem como propósito garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos. A OMS possui o entendimento de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Em 1985, a OMS, através da chamada Carta de Fortaleza, estabeleceu algumas recomendações acerca das práticas mais apropriadas em relação ao parto, como: a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto, entre outras (WHO, 1985). O que observamos é que, em que pese ainda em 1985 não haver discussões sobre o termo “violência obstétrica”, algumas condutas hoje consideradas como violência obstétrica, já eram reprimidas, assim como já havia recomendações de condutas mais apropriadas para o parto.

No decorrer dos anos, a OMS emitiu novas recomendações abarcando o momento da gestação, parto e pós-parto, muitos outros surgiram a fim de regular a prática indiscriminada de atrocidades cometidas pelos profissionais de saúde em

relação às mulheres gestantes, todos com o sentido de humanizar cada vez mais o parto e respeitar a dignidade da mulher. Nas últimas recomendações publicadas pela OMS, em 2018, há recomendações acerca do que realmente é necessário para o trabalho de parto e pós-parto. Dentre essas recomendações, há o direito ao acompanhante, bem como o respeito pelas opções e decisões que a mulher tome (WHO, 2018).

As recomendações da OMS são de extrema importância, vez que refletem as necessidades e preocupações do mundo, e não apenas de uma dada região. O que nos permite observar que condutas inaceitáveis perpetradas para com as mulheres gestantes são realizadas em todo o mundo, não apenas no Brasil. Como já mencionado na sua Constituição, não se trata de apenas evitar enfermidades, mas de levar em consideração o estado de completo bem-estar físico, mental e social de todos os povos. Nesse contexto, a OMS é uma organização de muito respeito e suas recomendações são respaldadas em pesquisas e, sobretudo, no bem-estar. Logo, suas recomendações devem ser respeitadas por todos.

4.1.2. O que o Código de Ética Médica nos fala

No Código de Ética Médica (Resolução CFM nº2217, de 27 de setembro de 2018), há diversos dispositivos elencados acerca dos princípios norteadores da sua atividade, dos direitos dos médicos, bem como de atitudes médicas que são vedadas. No âmbito das atividades médicas que são vedadas em relação aos direitos humanos e a autonomia das mulheres, insta mencionar alguns artigos:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará

obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina. (CFM, 2019)

Dos artigos supracitados, resta claro e evidente que é vedado qualquer ato que implique no desrespeito ao paciente, seja através diretamente de atos no tocante ao seu exercício da medicina, quanto à falta de consentimento perante algum ato que venha a ser realizado. Embora essa recomendação seja taxativa no Código de Ética, frequentemente tomamos conhecimento de alguma situação de desrespeito para com pacientes.

Trazendo à tona a questão dos hospitais-escolas, muito se fala acerca dos atos praticados nestes espaços que, por possuírem esta condição, não necessitariam de consentimento dos pacientes para realizar qualquer ato, uma vez que por estar naquele local, que também é de aprendizado para futuros médicos, o(a) paciente já estaria ciente que as intervenções a serem realizadas no seu corpo poderiam ser acompanhadas por estudantes. No entanto, o artigo 28 supracitado é claro quanto a essa temática, tendo em vista que é vedado o desrespeito ao interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição. Ainda, o parágrafo único menciona o dever do paciente em denunciar o fato que tenha sido objeto de desrespeito à autoridade competente e ao Conselho Federal de Medicina. No entanto, trazendo a redação dos artigos para o contexto da violência obstétrica, muitas mulheres sequer se dão conta que foram vítimas de uma violência e, se sabem, muitas têm receio de denunciar. Além disso, muitas mulheres veem o fato de o(a) filho(a) ter nascido bem como uma questão de que não se é necessário mais tocar no assunto de como foi seu parto, se teve condutas que lhe desagradou, pois o simples fato de ter uma criança bem já compensa qualquer dissabor que tenha vivenciado durante o seu pré-parto, parto e/ou pós-parto.

Quanto à relação dos médicos com os(as) pacientes e familiares, os artigos referentes a esta seção no Código de Ética também são permeados de diretrizes relacionadas ao respeito à autonomia do(a) paciente, ou na impossibilidade deste, o direito ao consentimento será repassado a algum membro da família, salvo em casos em que não seja possível esse consentimento, por estar diante de um caso de iminente risco de vida, conforme se pode observar nos artigos transcritos abaixo:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. (CFM, 2019)

Além do já mencionado anteriormente, cumpre ressaltar a questão da realização em excesso de procedimentos. Nesse ínterim, os exemplificamos através dos exames de toques realizados em excesso pelos médicos e/ou estudantes. Ainda, trazemos à tona um trecho da Ação Civil Pública ajuizada em 2011 pelo Ministério Público Federal (MPF) em face da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), em razão de uma gestante de alto risco que teve procedimento ginecológico negado pelo Hospital Universitário porque ela recusou que o seu exame ginecológico fosse realizado na presença de estudantes da FURG que se faziam presentes:

Constrangida com a presença de estudantes no recinto, a Sra. [...] solicitou que o exame fosse realizado apenas diante do profissional, ao que o rapaz respondeu que “acharia difícil que isso ocorresse”. Uma das supervisoras dos discentes, tão logo chegou ao local onde todos estavam, salientou que “o exame apenas seria realizado com a presença dos estudantes”, referindo-lhe que **“não poderia fazer o pré-natal no HU se não quisesse a presença dos estudantes no seu exame”** (RIO GRANDE, 2009).

O MPF abordou que houve violação ao direito de intimidade da gestante, sobretudo o seu próprio direito à saúde, posto que este lhe foi negado. Mencionou que o entendimento da FURG de que todo procedimento realizado no Hospital Universitário seja acompanhado por estudantes, não é compartilhado pela Secretaria de Saúde do município, posto que esta entende que em razão do Hospital Universitário ser credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), ele detém a obrigação de prestar os serviços em conformidade com os princípios deste sistema, o qual preza pela autonomia dos pacientes que dele necessitam.

O MPF finalizou a sua petição inicial abordando a ponderação dos valores da intimidade, saúde e educação. Posto que diante o conflito de valores, deve realizar-se a ponderação de todos com base no princípio de proporcionalidade, e analisar, qual é o valor que deve prevalecer. No caso em questão, o MPF defende que o direito

à intimidade e o amplo acesso à saúde deve prevalecer, uma vez que aquele integra a personalidade do ser humano e este está relacionado com o direito à vida.

Vale registrar, ademais, que a prevalência de tais valores no caso em concreto não importará, modo algum, na supressão do direito à educação dos estudantes da Instituição ré. Afinal, os discentes permanecerão acompanhando todos os procedimentos médicos realizados no interior do Hospital Universitário, desde que, para tanto, não haja a objeção do paciente que a ele se submeterá (RIO GRANDE, 2009).

Ainda tomando como base a Resolução CFM nº 1931, a qual trata da ética médica, importa-nos frisar o disposto no artigo 110 do referido documento, que trata do ensino e pesquisa médica. Neste artigo, é abordado que é vedado o exercício da medicina no campo da docência “sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.”.

Portanto, é claro e facilmente verificável que os atos praticados com o intuito de ensino também devem ser consentidos, sendo vedado o não respeito à autonomia e consentimento do paciente. Trazendo para a realidade das mulheres gestantes atendidas em hospitais escolas, através do mencionado, sabe-se que por ela ser atendida nestes tipos de hospitais, bem como por ser um local de aprendizado prático para estudantes de medicina, não importa dizer que ela deverá se submeter a estes, pelo contrário, a autonomia e o consentimento delas devem ser preservados.

4.1.3. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

Sabendo que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) são normas obrigatórias que orientam o planejamento curricular e que elas são discutidas, concebidas e fixadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), abordaremos neste tópico a Resolução CNE/CES nº 3/2014, a qual instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em medicina.

De início, em seu artigo 3º, as DCNs de medicina estabelecem que:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL/CNE/CES, 2014).

Restando evidente que a formação médica deverá ser pautada no respeito, na ética, no compromisso com a dignidade humana, assim como ter uma formação crítica, reflexiva e humanista. Quando falamos em humanista, estamos falando em uma formação que vá ao encontro com os direitos humanos e não preze tão somente pelo ensino técnico, que nesta realidade prioriza a formação de profissionais para o mercado de trabalho, sem se importar com os valores dos direitos humanos.

No decorrer do estudo e análise das DCNs de medicina, pudemos observar, em seus artigos, várias recomendações as quais os cursos de medicina devem estar submetidos, dentre eles, o artigo 12, II, que determina no tocante à realização do exame físico pelos estudantes para com pacientes deve haver:

- a) esclarecimento sobre os procedimentos, manobras ou técnicas do exame físico ou exames diagnósticos, obtendo consentimento da pessoa sob seus cuidados ou do responsável;
- b) cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados;
- c) postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, palpitação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a diversidade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; e
- d) esclarecimento, à pessoa sob seus cuidados ou ao responsável por ela, sobre os sinais verificados, registrando as informações no prontuário, de modo legível. (BRASIL/CNE/CES, 2014)

Do artigo e alíneas supracitadas fica evidente que a postura dos estudantes deve sempre ser pautada na ética e no respeito à autonomia da mulher. E de acordo com o Código de Ética Médica, já abordado em tópico anterior, estipula-se que a autonomia da mulher é colocada como algo que deve ser respeitado até mesmo quando esta não puder expressar sua vontade, a qual é repassada a responsabilidade para um membro da família. Esta autonomia deve ser apenas relegada quando em caso de eminente risco de morte (ALVES; PORTO, 2020).

No entanto, apesar de haver todos esses artigos e diretrizes que dão balizamento para a assistência voltada de forma respeitosa para com seus (suas)

pacientes, nem sempre os(as) médicos(as) agem dessa forma. Os relatos de mulheres que sofreram alguma intervenção, como a episiotomia, manobra de Kristeller, aplicação de ocitocina, entre outras medidas, sem nem ao menos ser consultada se ela consentia ou não, cada vez mais vem ocupando espaço nos debates sobre a violência obstétrica. Abaixo, transcrevemos o relato de um estudante da área de saúde que presenciou uma violência obstétrica em 2016 em um hospital público na Paraíba:

Venho expressar meu repúdio a uma violência obstétrica que presenciei hoje, junto com meus companheiros, em uma sala de parto do Hospital [...] na PB. Estávamos trabalhando com uma parturiente desde as 8h da manhã, para aumentar a dilatação, favorecer a “descida” e encaixe do bebê além de promover melhor conforto à paciente durante essa fase dolorosa da gestação, o parto.

Por volta das 10h, nossa preceptora (professora) recomendou uma nova avaliação médica para verificar a dilatação.

Quando foi atendida a solicitação, constatou-se que a criança já estava coroadando (quando a cabeça da criança se encontra evidente).

Preparou-se a sala de parto às pressas e estando tudo pronto para o momento expulsivo chega “uma médica” (dentre outras que já se encontravam em cena). Esta “médica” apresenta como sua primeira atitude (antes mesmo de ter qualquer contato com a paciente) segurar a tesoura e comentar com suas colegas de profissão, gesticulando com a tesoura:

– Olha aqui minha humanização! Olha, minha humanização.

A paciente sente a primeira contração e em conjunto faz força para expulsar a criança (posição cefálica e com cerca de 40% de sua calota evidente).

A médica pega a tesoura. Na segunda contração, enquanto a paciente estava fazendo força, a “médica”, sem cerimônias, realiza uma episiotomia médio lateral na paciente (cortou a região perineal da paciente).

Eu e meus companheiros nos entreolhamos e todos reprovaram aquela atitude, pois a paciente estava evoluindo muito bem e rápido, bastava um pouco de paciência. Mas não podíamos falar nada, pois ela é “uma médica” e nós somos estudantes. [...]. (PARAÍBA/POLÊMICA PARAÍBA, 2016)

O relato acima transcrito expõe a situação de vulnerabilidade da mulher que se encontra em uma situação sem voz e diante uma equipe sem o mínimo de respeito para com a mulher, bem como quanto as orientações e recomendações aqui já abordadas. Dentre os procedimentos realizados com o intuito de ensino, destacam-se os exames de toques dolorosos e realizados em excesso, a episiotomia, a manobra de Kristeller, entre tantas outras formas de violência obstétrica que existem por si só e são repassadas através de professores, mesmo não sendo recomendadas pela OMS, DCNs e Código de Ética.

De acordo com a pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, a qual foram entrevistadas 2.365 mulheres brasileiras a partir de 15 anos, distribuídas em 25

unidades da federação nas cinco macrorregiões do país, Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios, as formas de violência física mais identificadas pelas mulheres são o exame de toque feito de forma dolorosa (10%) e ter se negado ou deixado de oferecer alívio a dor (10%).

O exame de toque na atenção ao parto, geralmente se aplica como uma manobra comum, a fim de se obter a dilatação do colo do útero e conseqüentemente acelerar o trabalho de parto, o que é uma técnica desnecessária e proscrita. (VENTURI et al, 2010). Essa ideia também é compartilhada por Hotimsky (2007), onde afirma que a técnica do exame de toque doloroso é efetuada em centros obstétricos de hospitais escola, e constitui um dos aspectos do currículo oculto do curso, ou seja, uma das técnicas condenadas formalmente nos livros e manuais de obstetrícia, mas ensinados no exercício da prática como um dos meios de se acelerar o trabalho de parto. O que vemos é que muitas vezes a prática médica é pautada no empirismo e não nos manuais e normas. Esta mesma afirmativa foi referida por uma profissional enfermeira entrevistada no trabalho de Chourabi (2018), que declarou que:

Eu acho que não é efetivo o processo de ensino aprendizagem entre os professores e alunos, ela é muito empírica, tipo assim, eu na minha experiência faço assim, e chega o outro preceptor fala que faz de outro. A obstetrícia é a área que mais trabalha sem evidências científicas, então essa forma é passada para o que está chegando, O R2 passa para o R1 a sua prática e eles passam para os doutorandos (P1, enfermeira). (p.85)

Dessa forma, a prática médica muitas vezes é ensinada e apreendida de forma distante dos balizamentos éticos, dando preferência a competências e ao empirismo em detrimento de valores como o respeito. Ainda, fala-se das situações em que as mulheres adquirem uma condição de objetificação em prol do treinamento de internos, como em casos em que há negociação entre estudante e residente para a realização de uma episiotomia para fins de treino sem o consentimento da paciente. (HOTIMSKY, 2007)

As práticas, ainda que abusivas, são repassadas a outras gerações de futuros profissionais de saúde, refletindo numa normalização, bem como na impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino. Posto isso, o que se depreende é que o que se ensina aos futuros profissionais é que a mulher não tem autonomia, e que o aprendizado deles têm mais valor do que a própria integridade corporal da mulher. (DINIZ et al, 2016).

Ainda, Diniz (2001) aborda que a formação dos alunos de medicina e obstetrícia nos leva a refletir que o corpo da mulher não está apto a realizar o parto naturalmente, necessitando de intervenções. Não raros são os depoimentos de mulheres que são desencorajadas a ter um parto normal, onde os(as) médicos(as) apontam uma série de argumentos colocando a cirurgia cesariana como melhor alternativa. Diante disso, o parto transforma-se em uma doença, e a mulher, em indivíduo impotente e incapaz de conceber a vida sem intervenções.

4.1.4. As Normas Sobre Violência Obstétrica nos Conselhos de Medicina

A fim de buscar mais informações sobre a relação da violência obstétrica e a medicina, realizamos uma pesquisa sobre o tema em apreço nos sites do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB).

No site do CRM-PB nós realizamos a busca por Resoluções, Pareceres, Recomendações, Normas Técnicas e Despachos sobre o termo violência obstétrica, no entanto, não logramos êxito com a pesquisa, pois não foram encontradas nenhum desses documentos sobre a violência obstétrica, vide Anexo 2.

Esse resultado nos chamou especial atenção pois sabemos que na Paraíba há leis estaduais e municipais que versam sobre o tema, além de haver há alguns anos o debate sobre a violência obstétrica, com a realização, inclusive, de audiências públicas realizadas por órgãos e entidades. A sinalização de não haver normas técnicas, pareceres, resoluções e despachos sobre a temática no site do CRM-PB reforça nossa reflexão de que a medicina não está preocupada com o tema ou que prefere não tocar no assunto.

De igual modo, realizamos a pesquisa com iguais critérios no site do CFM e lá encontramos uma Resolução do Estado do Rio de Janeiro; dois Pareceres dos Estados do Mato Grosso do Sul e Santa Catarina; e um Despacho do próprio CFM sobre tema de ordem administrativa, conforme podemos observar no Anexo 3.

Ao analisar os conteúdos dos referidos documentos, observamos que a ementa da Resolução CREMERJ nº 293/2019, dispõe que:

Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal (RIO DE JANEIRO/CREMERJ, 2019, p.01).

Em uma leitura simples é possível verificar que a referida Resolução dá aval ao médico para não aderir ao plano de parto que algumas gestantes apresentam quando for para salvaguardar o bem estar da mulher e do feto. Outrossim, o referido documento conta com uma página dedicada à exposição dos motivos para a adoção dessa Resolução. Alguns motivos nos chamaram bastante atenção, os quais apresentamos a seguir:

Vem crescendo, nos últimos anos, **modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica** e que colocam em risco a gestante e o conceito, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte. [...] Dentre estes meios idealizados, temos o chamado PLANO DE PARTO. Este documento entende-se para fim desta Resolução como uma série de normas ditadas pela gestante, ou feitas em conjunto com o médico, comumente retiradas de modelos disponíveis em sítios eletrônicos que determinam o que o médico pode ou não fazer. A não aceitação do médico em assinar este documento pode causar inúmeros problemas para o profissional, inclusive sendo passível de ser denunciado por “**violência obstétrica**”, **outro termo inventado para difamar médicos**. [...] (RIO DE JANEIRO/CREMERJ, 2019, p.03-04, grifo nosso).

Os motivos expostos pelo médico que elaborou a referida Resolução não guardam relação com a realidade, nem tampouco com o que órgãos de renome na área de obstetrícia afirmam, como o conceito de plano de parto, onde a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) estipula que o plano de parto é uma maneira de comunicação entre o casal e os profissionais de saúde, que irão assistir a gestante durante o trabalho de parto e parto e que o mesmo é pautado em princípios da bioética como a autonomia, a beneficência, não maleficência e a justiça, além de enfatizar que o plano de parto é para nortear o parto da melhor forma tanto para a mulher, quanto para os médicos, posto que esses o realizariam sabendo o que a mulher deseja. Além disso, é informado à mulher que o plano de parto pode não ser seguido em sua totalidade quando importar em risco para ela ou para o(a) filho(a), conforme já mencionado através de artigos abordados anteriormente no Código de Ética Médica.

Outro ponto que merece destaque é a forma como o médico relata a violência obstétrica, vendo esta como uma forma de difamá-los. Por tudo que fora exposto, pelos documentos nacionais e internacionais, sabemos que a violência obstétrica existe e que o intuito de dar visibilidade ao termo é de tentar coibi-la.

Quanto ao Parecer do Estado Mato Grosso do Sul, se refere a um Projeto de Lei n. 8605/17 do município de Campo Grande/MS que estava em andamento e que passou pelo crivo do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul. O projeto de lei em questão versava sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. Em suma, o médico parecerista analisou cada artigo do projeto de lei e fez algumas considerações, inclusive tendo a mesma ideia de violência obstétrica mencionada pelo médico do Rio de Janeiro e deu parecer contrário à aprovação do projeto de lei por sugerir que este feria a autonomia médica. Segue abaixo o comentário do médico parecerista a um item do projeto de lei que fala sobre submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes:

[...] Todo estabelecimento de saúde é automaticamente um estabelecimento de ensino, em todos os níveis com a prática diuturna. O próprio médico e sua equipe só aprendem com a prática, e a prática não se obtém apenas na teoria (MATO GROSSO DO SUL/CRM-MS, 2018, p.05)

O trecho transcrito demonstra que o médico parecerista não considerou o item do projeto de lei. Abordou de forma genérica o assunto e não concordou que esse procedimento não deve ser realizado, ou que apenas o faria caso a mulher concordasse, mesmo já temos visto que o Código de Ética Médica preconiza isso.

Por fim, o Parecer emitido pelo Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC) foi proferido a pedido do Diretor Técnico de um hospital de ensino que questionou alguns pontos da Lei de Violência Obstétrica daquele Estado. Dentre um dos questionamentos do Diretor estava a seguinte questão:

O fato do estudante seguido do supervisor realizarem a consulta, podendo para isso haver 02 exames físicos (estudante e supervisor) num mesmo momento e com o mesmo objetivo (avaliação médica) pode ser considerado violência obstétrica? (SANTA CATARINA/CRM-SC, 2018, p.01)

Como resposta, a médica parecerista informou que não seria violência obstétrica, desde que a mulher fosse orientada e concordasse com o procedimento.

Além disso, lembrou que a consulta e os exames realizados devem ter sempre a supervisão médica (SANTA CATARINA/CRM-SC).

O parecer emitido pelo CRM-SC demonstrou que as pontuações feitas foram estritamente de acordo com o Código de Ética Médica, inclusive fazendo referência a vários artigos desse Código, diferentemente dos documentos que demonstramos anteriormente, onde os comentários foram feitos com base em seu próprio benefício e relegando a autonomia das mulheres.

4.2. A EDUCAÇÃO E(M) DIREITOS HUMANOS NA GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Neste tópico abordamos a relação entre a educação e os direitos humanos, bem como a educação em direitos humanos, posto que, apesar de algumas vezes vermos esses termos sendo utilizados como sinônimos, os mesmos possuem concepções diferentes. Além disso, tal abordagem foi realizada, também, com ênfase nos cursos de graduação de Medicina.

4.2.1 Notas sobre a Educação, Direitos Humanos e a Educação em Direitos Humanos

Neste tópico abordaremos a relação entre a educação e os direitos humanos, bem como a educação em direitos humanos, posto que, apesar de algumas vezes vermos esses termos sendo utilizados como sinônimos, os mesmos possuem concepções diferentes.

Quanto aos direitos humanos, é importante frisar que estes não surgiram de uma única vez, é preciso se ter em mente que esses direitos são históricos, frutos da construção humana e conquistados através de lutas e embates sociais em prol da emancipação de um povo. Essa luta ainda é contínua, pois veementemente temos que reafirmar nossos direitos para que estes não sejam violados. Neste sentido, eles

mudaram e podem mudar ao longo do tempo, e igualmente, ter o seu escopo ampliado em virtude de novas necessidades. Como marcos históricos podemos considerar as Declarações de Direitos Inglesa, Americana, Francesa, bem como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Entendemos os Direitos Humanos como sendo aqueles a quem todos têm direito, sem qualquer distinção. Neste sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos institucionalizou uma série de garantias universais, garantindo, assim, a proteção à dignidade da pessoa humana.

A questão dos direitos humanos constitui um dos eixos fundamentais da problemática das sociedades contemporâneas. Do plano internacional ao local, das questões globais as da vida cotidiana, os direitos humanos atravessam nossas preocupações, buscas, projetos e sonhos. Afirmados ou negados, exaltados ou violados, eles fazem parte da nossa vida individual, comunitária e coletiva. Desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, no plano internacional foi construída uma sólida arquitetura dos direitos humanos através de inúmeros tratados, resoluções, pactos e declarações, de caráter ético, político e normativo. Os Estados que aderiram formalmente a estes diferentes documentos comprometeram-se a incorporar em suas legislações e políticas públicas à proteção e promoção dos respectivos direitos. (CANDAU, 2012, p. 716)

No entanto, para o questionamento sobre o que são, afinal, os direitos humanos. E, para responder, utilizamos a concepção de Benevides (2007), que afirma:

Direitos humanos são aqueles comuns a todos, a partir da matriz do direito à vida, sem distinção alguma decorrente de origem geográfica, caracteres do fenótipo (cor da pele, traços do rosto e cabelo etc), da etnia, nacionalidade, sexo, faixa etária, presença de incapacidade física ou mental, nível socioeconômico ou classe social, nível de instrução, religião, opinião política, orientação sexual, ou de qualquer tipo de julgamento moral. São aqueles que decorrem do reconhecimento da dignidade intrínseca de todo ser humano (2007, p. 336-337).

A partir da Declaração Universal, todos os direitos, fossem eles civis, políticos, sociais, econômicos e culturais, passaram a compor um todo unitário, indivisível e, ao mesmo tempo, interdependente, sem a supremacia de uns sobre os outros. A Declaração, portanto, implementa uma inovadora concepção dos direitos humanos vez que esses direitos passaram a ser considerado como universais, inalienáveis, irrenunciáveis, imprescritíveis, indivisíveis e interdependentes, além de que buscam

promover e proteger a dignidade da pessoa humana, que constitui seu principal fundamento, seu núcleo essencial e sua força motriz (BITTAR, 2001).

Hodiernamente há vários instrumentos normativos de âmbitos internacional e nacional que visam a proteção dos direitos humanos e, sobretudo, estabelecem normas que buscam assegurar a dignidade da pessoa humana contra todas as formas de violações. No entanto, nem todos sabem o que são os direitos humanos, nem tampouco sabem que esses direitos são de todos. Neste sentido, entendemos que para que haja uma compreensão e implementação efetiva dos direitos humanos, destacamos o papel da educação, sobretudo a educação em direitos humanos, a fim de que haja emancipação, transformação e conseqüente construção de uma cultura em direitos humanos.

No tocante a Educação, a Constituição Federal de 1988 preceitua em seu artigo 205 que:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL, 1988, p. 121)

Do trecho transcrito, denota-se que a educação é obrigação do Estado e da família, assim como deve ser estimulada pela sociedade, com o fito de desenvolver o indivíduo para a cidadania, ou seja, para ser efetivamente um cidadão, para ser, portanto, sujeito de direitos e deveres. Levando em consideração a máxima de que a educação deve ser estimulada pela sociedade a fim de tornar indivíduos aptos para o exercício da cidadania é que vislumbramos a importância da educação em direitos humanos.

Ao expor sobre educação, verifica-se que sua importância se faz necessária para o entendimento dos direitos humanos, pois através da educação passa a ser possível a concretização de tais direitos, acarretando numa cultura universal dos mesmos e corroborando para uma base de uma sociedade justa e igualitária. (NEVES, 2015)

A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Organização das Nações Unidas, em 1948, expõe, em seu preâmbulo, as suas expectativas na educação, conforme podemos observar a seguir:

[...] a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo

de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades [...] (ONU, 1948)

Assim, a importância do tema da educação em direitos humanos ganhou força desde a proclamação da Declaração Universal de Direitos Humanos e também no início do século 21, quando a Assembleia Geral da ONU lançou a proposta de um Plano Mundial de Educação em Direitos Humanos (PMEDH) o qual é estruturado em algumas fases, está em vigor desde 2005 e possui como objetivo:

[...] promover o entendimento comum dos princípios e das metodologias básicos da educação em direitos humanos, proporcionar um marco concreto para a ação, e reforçar as oportunidades de cooperação e de associação, desde o nível internacional até o nível das comunidades (UNESCO, 2012, p. 22).

A primeira fase ocorreu entre os anos de 2005 a 2009 e foi dedicada à integração da educação em direitos humanos nos sistemas de educação primária e secundária. A segunda fase, de 2010 a 2014, teve como foco a educação em direitos humanos para a educação superior, professores e educadores, funcionários públicos, policiais e militares de todos os níveis. A terceira fase, de 2015 a 2019, foi dedicada a reforçar a implementação das duas primeiras fases e promover a formação em direitos humanos de profissionais de mídia.

Nesse sentido, a Assembleia Geral da ONU aprovou, em 2011, a Declaração das Nações Unidas sobre Educação e Formação em Direitos Humanos. Esta Declaração estabelece que a educação em direitos humanos fornece a todas as pessoas conhecimentos e competências, empoderando-as para desfrutar e exercer seus direitos, assim como respeitar e defender os direitos dos outros. Dessa forma, o PMEDH e a Declaração supracitada destacam a necessidade da inserção da educação em direitos humanos no ensino superior, bem como nos programas de formação de professores.

O PMEDH norteou a construção das políticas públicas em Educação em Direitos Humanos no Brasil, as quais são compostas pelos seguintes documentos que iremos abordar adiante: o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (PNEDH) (2006), o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) (2010) e as Diretrizes Nacionais para Educação em Direitos Humanos (2012).

No tocante ao PNEDH, este tem como objetivos fundamentais, contribuir para a efetivação dos compromissos assumidos com relação à educação em direitos humanos no âmbito dos instrumentos internacionais e nacionais; orientar políticas educacionais direcionadas para o respeito aos direitos humanos e estabelecer concepções, objetivos, princípios e ações para a elaboração de programas e projetos na área de educação em direitos humanos. O PNEDH foi estruturado em algumas áreas temáticas, como a educação básica, a educação no ensino superior, a educação não formal, educação dos profissionais dos sistemas de justiça e segurança e educação e mídia. Na área da Educação em Direitos Humanos no ensino superior, destaca-se que:

A conquista do Estado Democrático de Direito delineou para as universidades a corresponsabilidade com a construção de uma cultura de promoção, proteção e defesa dos direitos humanos, por meio de ações multi e interdisciplinares, envolvendo diferentes saberes, áreas e práticas. No que concerne à educação superior, sua missão é ofertar à sociedade uma reflexão relevante sobre a situação dos direitos humanos no país, incentivando e realizando debates capazes de garantir seu exercício e zelo. Entre as condições de implementação mais operativas que a universidade pode oferecer, está a formação de profissionais e acadêmicos sensibilizados para uma atuação cidadã, eticamente comprometida com o fortalecimento dos direitos e das liberdades fundamentais (BRASIL, PNEDH, 2006, p. 34)

O PNEDH aborda a inclusão dos direitos humanos em todas as disciplinas do ensino superior, assim como a oferta de cursos de introdução de direitos humanos aos estudantes de todas as áreas, e de cursos avançados de direitos humanos pertinentes para cada ramo de estudo.

Quanto ao Programa Nacional de Direitos Humanos III (PNDH - III), este foi lançado em 2010 e estruturado em seis eixos orientadores, dentre os quais, destaca-se o Eixo Orientador V, voltado para a Educação e Cultura em Direitos Humanos, no qual se prevê a necessidade de efetivação das diretrizes e dos princípios da política nacional de Educação em Direitos Humanos para fortalecer uma cultura de direitos, bem como o fortalecimento dos princípios da democracia e dos Direitos Humanos nos sistemas de educação básica, nas instituições de ensino superior e nas instituições formadoras. Ainda, aborda que no ensino superior as metas previstas visam a incluir os Direitos Humanos, por meio de diferentes disciplinas, linhas de pesquisa, áreas de concentração, projetos e programas da graduação e pós-graduação (BRASIL, PNDH-3, 2010).

Dando seguimento, em 2012, o Ministério da Educação estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos (EDH) - Resolução CNE/CP nº1/2012, que dialoga com as mesmas ideias aportadas no PNEBH, estabelecendo que os sistemas de ensino e suas instituições devem incluir a EDH em seus Projetos Pedagógicos “implicando a adoção sistemática dessas diretrizes por todos(as) os(as) envolvidos(as) nos processos educacionais”.

Art. 2º A Educação em Direitos Humanos, um dos eixos fundamentais do direito à educação, refere-se ao uso de concepções e práticas educativas fundadas nos Direitos Humanos e em seus processos de promoção, proteção, defesa e aplicação na vida cotidiana e cidadã de sujeitos de direitos e de responsabilidades individuais e coletivas (BRASIL/CNE/CP, 2012)

Em seu artigo 4º é possível verificar que destaca a Educação em Direitos Humanos como processo sistemático e multidimensional, orientador da formação integral dos sujeitos de direitos. No artigo 6º se assevera que a Educação em Direitos Humanos deverá ser considerada na construção dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP); dos Regimentos Escolares, dos Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDI); dos Programas Pedagógicos de Curso (PPC) das Instituições de Ensino Superior; dos materiais didáticos e pedagógicos; do modelo de ensino, pesquisa e extensão. Através dos artigos 8º e 9 denota-se que a Educação em Direitos Humanos deverá orientar a formação inicial e continuada de todos/as os/as profissionais da educação, sendo componente curricular obrigatório nos cursos destinados a esses profissionais, além de estar presente na formação inicial e continuada de todos/as os/as profissionais das diferentes áreas do conhecimento.

Dessa forma, quanto à relação entre o direito à educação e a educação em direitos humanos, é sabido que inicialmente as discussões sobre esses temas se deram de forma independente. No entanto, estes temas foram se aproximando e se assumiu uma perspectiva que considera a educação em direitos humanos como um componente do direito a educação, bem como um elemento primordial da qualidade da educação que desejamos promover. Desta forma, ambas se entrelaçam na busca da construção de uma educação comprometida com a formação de sujeitos de direito e a afirmação da democracia, da justiça e do reconhecimento da diversidade na sociedade brasileira. (CANDAUI, 2012)

No tocante especificamente à Educação em Direitos Humanos, existe um consenso entre os autores da América Latina quanto a dificuldade em conceituá-la, nesse sentido, é sabido que o termo oferece uma polissemia, ou seja, possui vários significados e é preciso que não se perca o caráter político diante as várias conceituações, como afirma Candau (2009):

Em relação à polissemia da expressão educação em direitos humanos, os pesquisadores afirmaram a importância de não se deixar que esta expressão seja substituída por outras consideradas mais fáceis de serem assumidas por um público amplo, como educação cívica ou educação democrática, ou que restrinjam a educação em direitos humanos a uma educação em valores, inibindo seu caráter político (p.70).

Para fins de maior compreensão e aproximação com nosso pensamento, iremos considerar aqui a conceituação trazida pelo professor chileno Abraham Magendzo, um dos mais importantes especialistas em educação em Direitos Humanos no continente. Este autor a define como:

A prática educativa que se funda no reconhecimento, na defesa e no respeito e promoção dos direitos humanos e que tem por objeto desenvolver nos indivíduos e nos povos suas máximas capacidades como sujeito de direitos e proporcionar as ferramentas e elementos para fazê-los efetivos (2006, p.23)

Nesse sentido, Candau (2006) reforça três dimensões da EDH, quais sejam: favorecer processos de formação de sujeitos de direito que articulem as dimensões ética, político-social e as práticas cotidianas e concretas; favorecer o processo de "empoderamento", de modo ao sujeito ou ao grupo se enxergar como ator social e participativo na sociedade civil; e a terceira dimensão aborda o "educar para nunca mais", que diz respeito aos processos de transformação para construir sociedades mais democráticas e humanas.

Como princípios da prática pedagógica em direitos humanos, Magendzo (2006) estabelece seis princípios, o princípio da integração, que defende que os temas de direitos humanos devem fazer parte dos programas e conteúdo das diferentes áreas curriculares; princípio da recorrência, que defende que o aprendizado em direitos humanos é obtido na medida em que se exerce seus direitos em situações variadas, ou seja, não constituem um conteúdo que uma vez ensinado é apreendido; princípio da coerência, o qual se relaciona com a coerência entre o que se diz e o que se faz; princípio da vida cotidiana, o qual leva em consideração a multiplicidade de situações

de vidas cotidianas e deve-se resgatar essas situações em que os direitos humanos estejam em cheque; princípio da construção coletiva do conhecimento, que como o próprio nome sugere, enfatiza a importância das pessoas analisarem de forma coletiva os ensinamentos sobre direitos humanos e se tornem produtores de conhecimento; por fim, o último princípio é o da apropriação, onde através dele a pessoa se apropria do discurso recebido e o recria em um discurso próprio.

Ainda, como fundamentos teórico-metodológicos para a educação em direitos humanos, Zenaide (2007) afirma que estes “se inserem numa abordagem teórico crítica da educação, considerando que os objetivos inserem uma visão crítico-transformadora dos valores, atitudes, relações e práticas sociais e institucionais” (2007, p. 19). Neste sentido, a dimensão empoderadora da EDH condiciona a emancipação do sujeito, bem como recrudescer a capacidade do mesmo reagir frente as violações de direitos. De igual pensamento, Paulo Freire reafirma uma educação emancipadora e libertadora, que nos torne sujeitos conscientes, que nos instigue a buscar ser mais. Nesse sentido das contribuições de Paulo Freire, trazemos os apontamentos da Candau e Sacavino (2010, p. 127):

Alguns aspectos do seu pensamento foram e são particularmente pertinentes para a educação em direitos humanos: a crítica a uma educação bancária e a defesa de uma perspectiva problematizadora da educação; a centralidade dos temas geradores, oriundos da experiência de vida dos educandos, para o desenvolvimento das ações educativas; o reconhecimento dos universos sócio-culturais e dos saberes dos educandos; a afirmação da relevância epistemológica, ética e política do diálogo e das práticas participativas e a necessidade de favorecer processos que permitam passar da consciência ingênua à consciência crítica das realidades e da sociedade em que vivemos.

A educação em direitos humanos se apresenta como um instrumento de mudanças, de emancipação dos sujeitos, de mudança de mentalidade para que os indivíduos compreendam o que são os direitos humanos, como também, se reconheçam como sujeitos de direitos humanos, e que entendam as estruturas sociais, políticas e culturais segregadoras que levam para as margens dos direitos mais básicos as populações marginalizadas.

4.2.2 A educação em direitos humanos e os cursos de graduação em medicina

Após a breve explanação sobre a educação e(m) os direitos humanos, bem como por tudo que já fora abordado nessa dissertação, passamos a analisar a relação da EDH com os cursos de graduação em medicina. Quanto ao referido curso, o artigo 29 das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina estipula que:

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: [...] III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos; [...] (BRASIL/CNE/CES, 2014).

As diretrizes e planos demonstram a preocupação para com o respeito aos direitos humanos, mas infelizmente na prática, o ensino da obstetrícia no Brasil, requer do aluno a demonstração das práticas apreendidas para que seja avaliado. Tal avaliação se faz em pacientes, o que não é a realidade de outros países, os quais visam o estudo de determinadas intervenções por meio de modelos sintéticos e peças específicas, por exemplo, o aprendizado da episiotomia e o fórceps. Em contraposição, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas mulheres. Assim, “na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes” (DINIZ et al, 2016).

A realidade brasileira nos leva a crer que os professores dos cursos de medicina carecem de uma educação em direitos humanos, pois dificilmente vemos a incorporação dos direitos humanos na realidade dos cursos, apesar de algumas grades curriculares colocarem uma disciplina isolada sobre Direitos Humanos. É importante que essa educação em direitos humanos seja transversalizada, perpassando por todas as demais disciplinas, bem como pelos projetos de pesquisa e extensão. Os alunos precisam apreender e se entenderem como sujeitos de direitos, assim como as mulheres que eles possam vir a acompanhar durante a sua graduação, especialização ou mesmo quando do exercício da medicina.

Os princípios supracitados que Magendzo estipulou conversam sobremaneira com a realidade dos estudantes de alguns cursos de medicina. É possível observar

que falta a aplicação do princípio da integração, vez que não há a integração das questões relativas aos direitos humanos nas diferentes áreas curriculares; o princípio da recorrência, pois os ensinamentos dos direitos humanos quando vemos nas grades curriculares é em uma disciplina isolada, ou seja, o tema não é constantemente trabalhado e retomado; o princípio da coerência, onde destacamos que, ainda que alguns estudantes mencionem que é introjetado os direitos humanos no curso, ou que alguns professores abordem o tema, na prática vemos constantes relatos de desrespeito aos direitos das mulheres, na realidade da violência obstétrica, logo, não há a coerência entre o que se diz e o que se faz; além desses princípios que demonstramos a falta de correlação com a realidade dos cursos de medicina, tem-se também o princípio da vida cotidiana, da construção coletiva do conhecimento e o da apropriação, o qual enfatiza que o ensino e aprendizagem dos direitos humanos não deve ficar restrito e reduzido a meras informações sobre documentos legislativos.

Neste espeque, no contexto da violência obstétrica, sabemos que se deve haver o treinamento dos procedimentos que serão realizados no curso da sua carreira profissional, no entanto, a priori, esses futuros profissionais precisam ser ensinados a preservar a dignidade da mulher e respeitar a sua autonomia.

De acordo com Candau (2007), o que percebemos é que o currículo escolar muitas vezes é tão “engessado” que dificilmente os conhecimentos de Direitos Humanos são introjetados na cultura escolar. Muitas vezes se consegue introduzir uma disciplina de Direitos Humanos, mas esta não é absorvida pelos estudantes, pois falta exatamente a observância aos princípios da integração e recorrência.

Conforme preceitua Dias (2010), as novas gerações, aqui entendido como os estudantes do curso de graduação em medicina, necessitam ser educadas em e para os direitos humanos como uma das medidas mais eficazes de combate e erradicação de todas as formas de preconceito, desrespeito e violação da dignidade humana.

Insta mencionar que a educação em direitos humanos colabora para a proteção e a dignidade de todos os seres humanos, bem como, para a construção de sociedades onde os direitos humanos são respeitados. Quando falamos em educar em direitos humanos, não estamos nos referindo apenas ao conteúdo curricular, mas sobretudo aos métodos pedagógicos. É importante formar pessoas sensíveis às outras, que possam levar a educação em direitos humanos à sociedade.

O atual contexto certamente não se constitui como um cenário propício para a afirmação de uma cultura em direitos humanos, porém devemos buscar através dos

conflitos, os caminhos para a afirmação dessa cultura, e que ela penetre nas práticas sociais da nossa sociedade no sentido de que haja o reconhecimento dos direitos humanos como sendo direitos de todos e todas, que favoreça a transformação social, e o empoderamento dos grupos sociais e culturais marginalizados.

Nesse sentido, as escolas médicas têm o dever de formar profissionais críticos e reflexivos, e não apenas profissionais aptos para realizar procedimentos técnicos. Em pesquisa bibliográfica realizada sobre a conexão entre a educação em direitos humanos e o ensino médico, encontramos um resultado bastante escasso, o que demonstra que, em que pese ser um tema de grande relevância, ainda carece de literatura sobre.

5. MEMÓRIAS E NARRATIVAS DE VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS

“Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ENTREVISTADAS NO MOMENTO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Conforme detalhado na trilha metodológica, para embasar a pesquisa, os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, disponibilizado por meio eletrônico através da técnica *snowball sampling*. Houve o preenchimento de 32 questionários, onde destes, dez mulheres se identificaram como doulas e vinte e duas como mulheres que já estiveram grávidas.

A primeira parte do questionário foi composta por questões que objetivaram a caracterização da amostra, com dados sociodemográficos das mulheres que participaram da pesquisa, cujos resultados estão dispostos nos Quadros 4 e 5, onde no Quadro 4 constam as informações sobre as doulas e no Quadro 5 constam as informações sobre as mulheres que estiveram grávidas.

Para não haver a identificação das mulheres, optamos por utilizar nomes fictícios de mulheres que fizeram parte da história feminista, bem como de mulheres que tiveram um papel extremamente importante em nossas vidas.

Desta maneira, no Quadro 4, podemos encontrar seus nomes fictícios, idade e o tempo em que atuam como doula.

Quadro 4 - Caracterização das Doulas

Nome fictício	Faixa etária	Tempo de atuação como doula
Amélia	31 a 40 anos	3 a 5 anos
Angela	20 a 30 anos	Menos de 1 ano
Anne	31 a 40 anos	3 a 5 anos
Aretha	41 anos ou mais	Menos de 1 ano

Bertha	41 anos ou mais	3 a 5 anos
Catarina	20 a 30 anos	1 a 3 anos
Dandara	20 a 30 anos	1 a 3 anos
Deusenita	20 a 30 anos	1 a 3 anos
Elisa	20 a 30 anos	1 a 3 anos
Elizabeth	20 a 30 anos	1 a 3 anos

Fonte: A autora (2020).

No Quadro 5 podemos observar, além dos nomes fictícios, a idade, cor da pele, a cidade onde reside e quantos filhos têm.

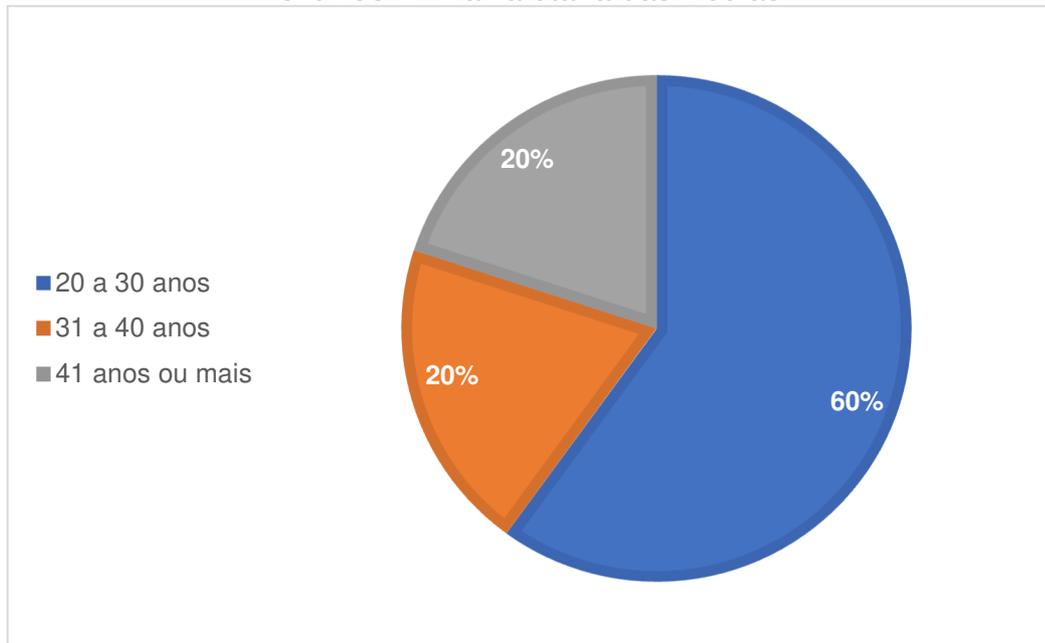
Quadro 5 - Caracterização das Mulheres

Nome fictício	Faixa etária	Cor da pele	Cidade	Quantidade de filhos
Eva	20 a 30 anos	Parda	João Pessoa	1
Fátima	31 a 40 anos	Parda	João Pessoa	2 a 3
Frida	20 a 30 anos	Branca	João Pessoa	1
Helen	20 a 30 anos	Branca	Santa Luzia	1
Indira	Menor de 20 anos	Parda	João Pessoa	2 a 3
Jane	20 a 30 anos	Preta	Ingá	2 a 3
Joana	31 a 40 anos	Parda	Cabedelo	2 a 3
Judith	20 a 30 anos	Branca	João Pessoa	2 a 3
Malala	20 a 30 anos	Branca	João Pessoa	2 a 3
Margarete	41 anos ou mais	Branca	João Pessoa	2 a 3
Maria da Penha	31 a 40 anos	Parda	Campina Grande	2 a 3

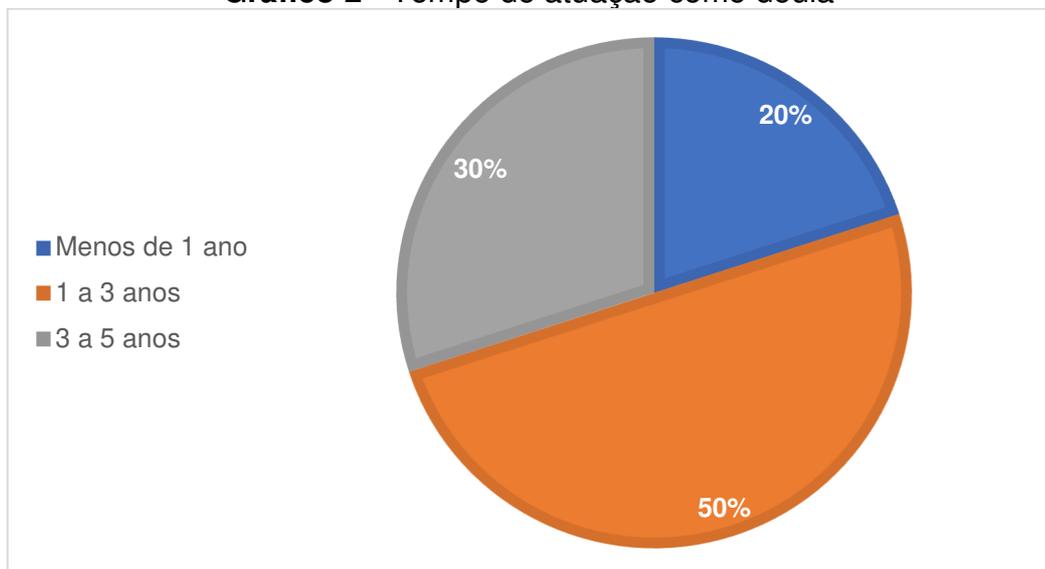
Marie	20 a 30 anos	Preta	João Pessoa	2 a 3
Marielle	31 a 40 anos	Branca	João Pessoa	2 a 3
Nina	31 a 40 anos	Branca	João Pessoa	2 a 3
Nísia	31 a 40 anos	Branca	João Pessoa	1
Rosa	20 a 30 anos	Branca	Campina Grande	2 a 3
Simone	20 a 30 anos	Preta	João Pessoa	2 a 3
Sofia	20 a 30 anos	Parda	João Pessoa	1
Valentina	20 a 30 anos	Parda	Rio Tinto	2 a 3
Vilani	31 a 40 anos	Amarela	Santa Rita	2 a 3
Virgínia	20 a 30 anos	Parda	João Pessoa	1
Vitória	20 a 30 anos	Parda	Rio Tinto	2 a 3

Fonte: A autora (2020).

Como é possível observar pelo Quadro 4, a maioria das doulas que responderam ao questionário atua como doula entre 1 a 3 anos e tem entre 20 a 30 anos, o que restou demonstrado através dos Gráficos 1 e 2.

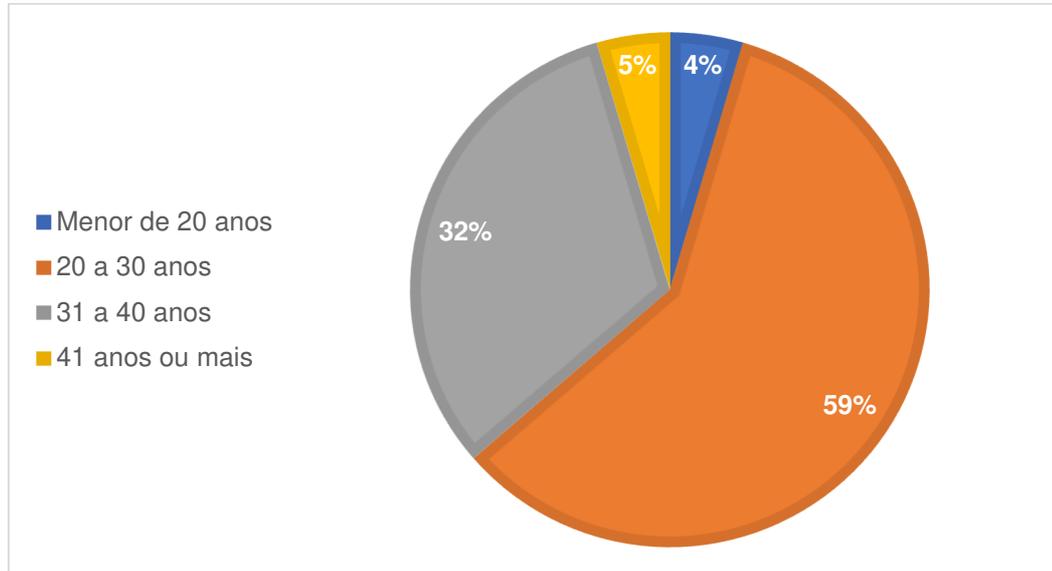
Gráfico 1 - Faixa etária das Doulas

Fonte: A autora (2020).

Gráfico 2 - Tempo de atuação como doula

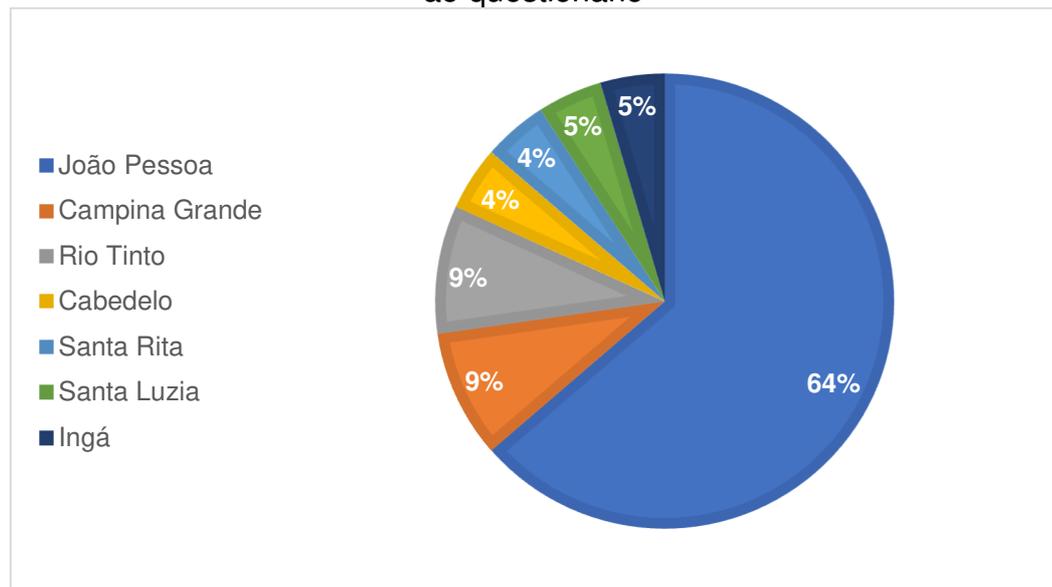
Fonte: A autora (2020).

Quanto ao Quadro 5, denotou-se que 59% das mulheres que responderam o questionário têm entre 20 a 30 anos, sendo esta a maior porcentagem de faixa etária entre as mulheres, vide Gráfico 3.

Gráfico 3 - Faixa etária das Mulheres

Fonte: A autora (2020).

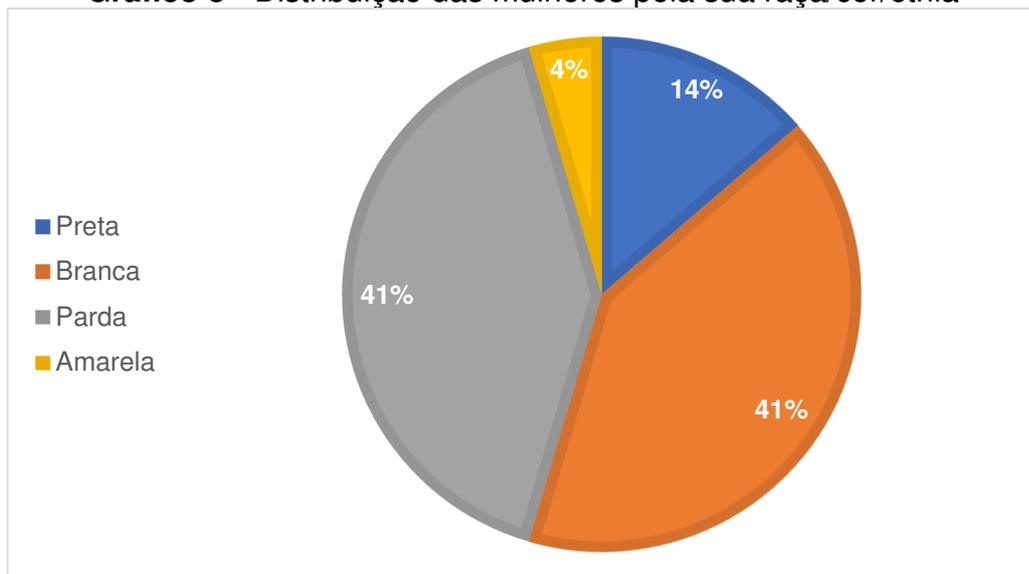
Ainda no tocante às mulheres, a maioria respondente afirmou que reside no município de João Pessoa, seguido por Campina Grande, Rio Tinto, Cabedelo, Santa Rita, Santa Luzia e Ingá, conforme distribuição de estatística disposta no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição, por municípios da Paraíba, das mulheres que responderam ao questionário

Fonte: A autora (2020).

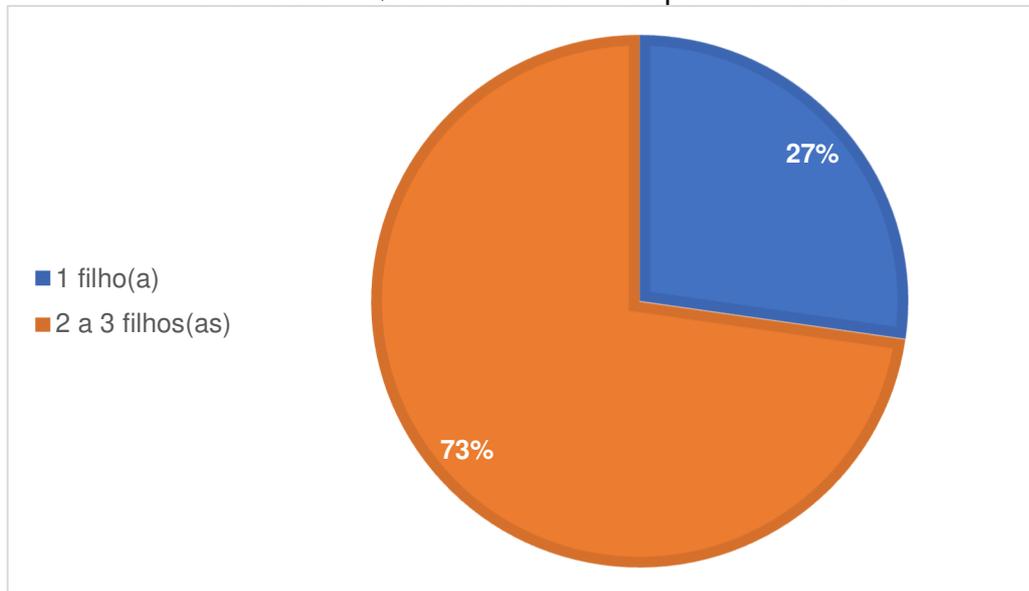
Do total das mulheres entrevistadas, 41% delas se autodeclararam brancas, igualmente, 41% pardas, 14% negras, apenas 4% amarela e 0% indígena, como pode ser visto no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição das mulheres pela sua raça/cor/etnia



Fonte: A autora (2020).

Finalizando a análise sociodemográfica, quanto à quantidade de filhos por mulher que respondeu ao questionário, obtivemos o resultado de que 16 mulheres das entrevistadas possuem entre 2 a 3 filhos, isso importa em 73%. Enquanto 6 mulheres responderam que tinham 1 filho(a), representando, conseqüentemente, 27%, vide Gráfico 6.

Gráfico 6 - Quantidade de filhos por mulheres

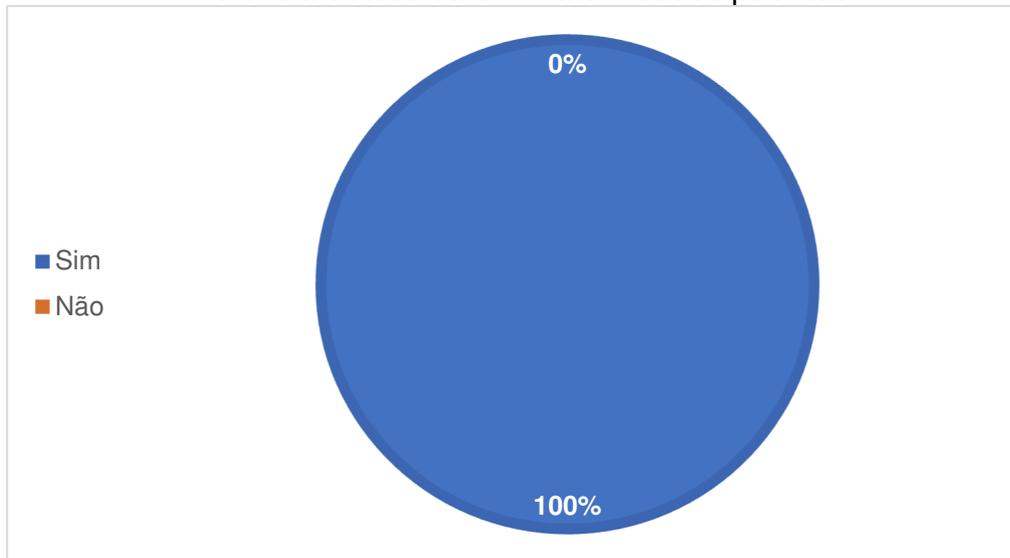
Fonte: A autora (2020).

5.2 PERCEPÇÃO DAS DOULAS: RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTOS E NASCIMENTOS

Quanto à percepção das doulas no tocante à violência obstétrica cometida na presença de estudantes, inicialmente, nós fizemos a análise quanto aos critérios de inclusão, os quais foram: já ter presenciado violência obstétrica; já ter presenciado violência obstétrica na presença de estudantes do curso de medicina; se já presenciou violência obstétrica na presença de estudantes, há quanto tempo ocorreu; e, se presenciou, quais foram as violências obstétricas identificadas.

Nesse sentido, 100% das participantes responderam afirmativamente para a pergunta se já havia presenciado alguma violência obstétrica, conforme Gráfico 7. O que corrobora para a nossa afirmação de que existem muitas violências obstétricas cometidas hodiernamente.

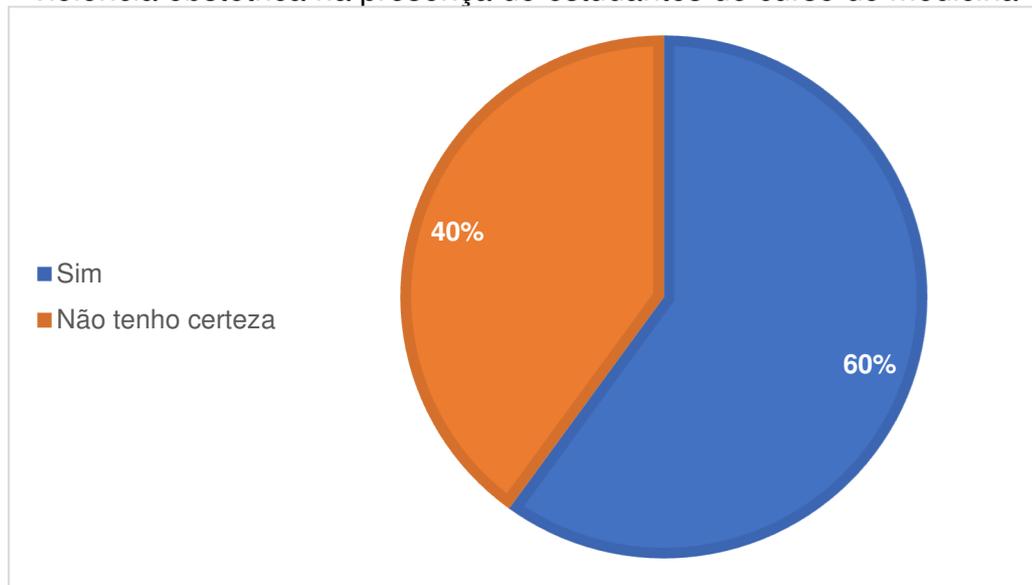
Gráfico 7 - Respostas das Doulas para o questionamento se já presenciou alguma violência obstétrica em maternidades públicas



Fonte: A autora (2020).

A partir desse questionamento, partimos para a pergunta se elas já tinham presenciado alguma violência obstétrica na presença de estudantes do curso de medicina. Nesta questão, 6 (seis) mulheres responderam afirmativamente, enquanto que 4 (quatro) mulheres informaram que não tinham certeza, conforme representado no Gráfico 8. Importante frisar que nenhuma das participantes responderam negativamente para este evento, o que nos leva a depreender que ou elas não sabiam se a conduta presenciada foi uma violência obstétrica, ou não quiseram se comprometer e responder afirmativamente que já tinham presenciado.

Gráfico 8 - Respostas das Doulas para o questionamento se já presenciou alguma violência obstétrica na presença de estudantes do curso de medicina



Fonte: A autora (2020).

Quanto às modalidades de violências obstétrica cometidas na presença de estudantes do curso de medicina que as doulas presenciaram, elas apontaram como mais comuns a episiotomia, a manobra de Kristeller, a restrição de posição para o parto, a violência psicológica, as cirurgias cesáreas sem necessidade, a proibição da entrada do(a) acompanhante, os toques agressivos e desnecessários, os puxos dirigidos, entre outros.

Dessa forma, realizamos a caracterização dos episódios relatados pelas doulas em três categorias temáticas: violência física, violência psicológica, e negação da autonomia da mulher, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Categorização das violências obstétricas presenciadas pelas doulas na presença de estudantes do curso de medicina

Violência física	“Episiotomia.” (Amélia, Anne, Bertha e Dandara)
	“Manobra de Kristeller.” (Amélia, Angela e Anne)

	<p>“Não quiseram esperar o nascimento e puxaram a placenta a ponto de ficar resto da mesma no útero, o que precisou ser usado instrumento e foram como se fosse raspando para reparar.” (Aretha)</p>
	<p>“Puxos dirigidos.” (Angela)</p>
	<p>“Toques agressivos e desnecessários” (Angela)</p>
Violência psicológica	<p>“Realizar comentários ofensivos e falas grosseiras, recriminá-la por algum comportamento, privar a gestante de informações.” (Amélia, Angela, Anne, Bertha e Dandara)</p>
	<p>“Tirar o bebê de perto da mãe sem necessidade.” (Angela)</p>
	<p>“Num momento de vocalizar a dor a mulher foi mandada se calar e disseram que ela não podia gritar.” (Aretha)</p>
Negação da autonomia da mulher	<p>“Proibição da entrada do(a) acompanhante.” (Angela e Bertha)</p>
	<p>“Restrição de posição no parto.” (Amélia, Anne, Bertha e Dandara)</p>
	<p>“Cirurgia cesárea sem necessidade.” (Angela, Anne, Bertha e Dandara)</p>

Fonte: A autora (2020).

Através das respostas das doulas pudemos observar que todas as doulas que responderam relataram já ter presenciado alguma situação de violência obstétrica durante a sua atuação enquanto doula.

Ainda, das doulas que responderam ao questionário, 60% afirmou já ter presenciado situações de violência obstétrica cometidas na presença de estudantes do curso de medicina. As demais não negaram ter presenciado a violência obstétrica

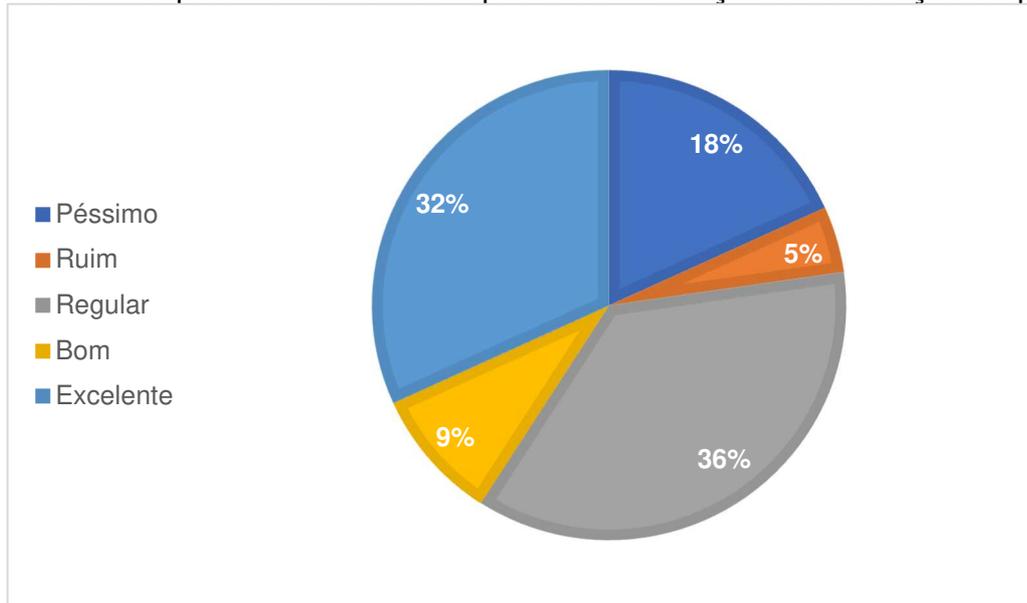
na presença de estudantes, mas responderam que não tinham certeza se tinham presenciado, o que abre margem para a dúvida e para o fato de terem presenciado também.

No Quadro 6 pudemos ver as violências presenciadas e os nomes fictícios das doulas que as responderam. Insta mencionar que todas essas violências mencionadas ocorreram há no máximo 3 (três) anos. A maioria ocorreu a menos de 1 (um) ano. Nesse sentido, podemos citar a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que autoriza a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e foi relatado por algumas doulas o desrespeito a esta lei. Fato que nos chamou especial atenção, sobretudo por sabermos que o debate em torno da violência obstétrica está cada dia mais atual e emergente e ainda assim as condutas nas salas de parto continuam no sentido de desrespeitar as mulheres.

5.3 PERCEPÇÃO DAS MULHERES: RELATOS DAS EXPERIÊNCIAS DE PARTOS E NASCIMENTOS

Quanto à percepção das mulheres que já estiveram grávidas, inicialmente, nós igualmente fizemos a análise quanto aos critérios de inclusão, os quais foram: ter classificado a sua experiência do parto como regular, ruim ou péssimo; e ter mencionado a presença de estudantes de medicina na sala de parto.

Neste aporte, das 22 mulheres que responderam ao questionário, 8 (oito) informaram que o parto foi “regular”, 1 (uma) classificou como “ruim” e 4 (quatro) mulheres classificaram como “péssimo”. Dessa forma, pudemos observar que mais de 50% das respondentes não tiveram um parto classificado como “bom” ou “excelente”, conforme demonstra o Gráfico 9.

Gráfico 9 - Respostas das mulheres para a classificação de satisfação do parto

Fonte: A autora (2020).

Passamos, pois, a análise dessas 13 mulheres que classificaram a experiências dos seus partos como regulares, ruins e péssimos. A fim de atender a ética e preservação dos nomes das maternidades mencionadas pelas mulheres, optamos por adotar nomes fictícios para as maternidades, conforme disposto no Quadro 7.

Quadro 7 - Classificação de satisfação do parto pelas mulheres nas maternidades

Nome fictício	Em qual maternidade foi realizado o parto	Como avalia o atendimento recebido durante o parto
Eva	Maternidade A - João Pessoa	Regular
Fátima	Maternidade A - João Pessoa	Regular
Helen	Maternidade A - Santa Luzia	Regular
Indira	Maternidade A - João Pessoa	Péssimo
Jane	Maternidade A - Campina Grande	Regular
Joana	Maternidade A - Cabedelo	Regular
Judith	Maternidade A - Campina Grande	Péssimo

Malala	Maternidade A - Campina Grande	Péssimo
Marielle	Maternidade A - João Pessoa	Regular
Nísia	Maternidade B - João Pessoa	Péssimo
Simone	Maternidade C - João Pessoa	Ruim
Valentina	Maternidade A - Mamanguape	Regular
Vitória	Maternidade A - Mamanguape	Regular

Fonte: A autora (2020).

Quanto às maternidades mencionadas pelas mulheres em que elencaram classificação regular, ruim ou péssimo, insta mencionar que todas elas são maternidades públicas. Dentre as mulheres que relatam partos bons e excelentes, apenas 2(duas) haviam tido a experiência em maternidades públicas, enquanto que 3 (três) em maternidades privadas e 4 (quatro) relataram que o parto havia sido domiciliar.

Seguindo para a análise quanto às pessoas que estiveram presentes durante o parto, 10 (dez) mulheres indicaram a presença de estudantes de medicina durante o seu parto. Além disso, das 10 (dez), 8 (oito) sinalizaram que não se sentiram confortáveis com a presença dos(as) estudantes, enquanto que apenas 2 (duas) responderam que se sentiram confortáveis com a presença dos estudantes durante o parto, o que pode ser constatado no Quadro 8 a seguir.

Quadro 8 – Tipos de profissionais presentes no parto e percepção de conforto com a presença de estudantes

Nome fictício	Quais profissionais estiveram presentes durante o parto?	Se tinha estudantes de medicina durante o seu pré-natal e/ou parto, você se sentiu confortável com a presença deles(as)?
Eva	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Pediatra, Doula, Enfermeiro(a), Marido	Não

Fátima	Médico(a) obstetra, Pediatra, Estudante de medicina, Enfermeiro(a)	Sim
Helen	Médico(a) obstetra, Doula, Enfermeiro(a), Estagiário	Não
Indira	Médico(a) obstetra, Enfermeiro(a), Estudante de medicina	Não
Jane	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Enfermeiro(a)	Sim
Joana	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Enfermeiro(a)	Não
Judith	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Pediatra, Enfermeiro(a)	Não
Malala	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Pediatra, Enfermeiro(a)	Não
Marielle	Médico(a) obstetra, Estudante de medicina, Neonatologista, Doula	Não
Simone	Médico(a) obstetra, Enfermeiro(a), Estudante de medicina	Sim

Fonte: A autora (2020).

Vale ressaltar a quantidade de mulheres que relataram a presença de estudantes na amostra da nossa pesquisa, bem como o fato de a maioria ter mencionado que não se sentiram confortáveis com a presença deles(as), o que nos faz imaginar que essas mulheres sequer foram questionadas acerca da presença dos estudantes, sequer solicitaram a autorização delas para que eles se fizessem presentes em um momento tão íntimo para a mulher. Reitera-se que é um direito das mulheres aceitarem, ou não, a presença dos estudantes, e que elas devem sempre ser questionadas quanto à presença destes em qualquer momento de consulta e/ou exame, conforme o próprio código de ética médica preceitua.

Por fim, no tocante às modalidades de violência obstétrica cometidas na presença de estudantes do curso de medicina que as mulheres relataram, pudemos observar mais situações voltadas para a questão do desrespeito à mulher, à sua autonomia, a sua condição sujeito de direitos, além da episiotomia e outras violações. Dessa forma, realizamos a caracterização dos episódios relatados pelas mulheres em três categorias temáticas: violência física, violência psicológica, e negação da autonomia da mulher, conforme Quadro 9.

Quadro 9 - Categorização das violências obstétricas vivenciadas pelas mulheres na presença de estudantes do curso de medicina

Violência física	“Fez episiotomia, puxou a placenta, campeou o cordão antes de parar de pulsar.” (Eva)
	“Saí com encaminhamento para fazer cirurgia cesárea porque estava passando do tempo de gestação. Mas fizeram eu ter normal, onde sofri muito.” (Judith)
	“Fizeram vários toques doloridos.” (Malala)
Violência psicológica	“A falta de diálogo comigo durante o parto. Não me diziam nada.” (Fátima)
	“O jeito que a médica me tratou foi horrível. Me disse coisas horríveis. Que eu estava com ‘manha’ e que ia voltar lá para ter mais filhos depois. Que na hora de fazer eu achei bom, mas na hora de ter estava com ‘manha’. Fui muito mal tratada no parto.” (Indira)
	“Na hora do parto a médica disse que se eu não fizesse força eu iria matar meu bebê” (Simone)
	“Em outro momento, a médica perguntou o nome que eu ia dar para a minha filha. Falei que seria ‘Eloá’. Aí ela falou que tinha lembrado do caso Eloá que o

	namorado matou e sorriu. Me deixou muito mal escutar aquilo” (Simone)
	“Lembro que pedi uma laqueadura ao médico e ele falou que se eu tivesse R\$2.000,00 ele faria na hora. Mas que como eu não tinha ele não poderia fazer.” (Jane)
Negação da autonomia da mulher	“A equipe que estava presente na sala de parto ficaram falando sobre livros que estavam lendo e o que tinham feito no final de semana. Parecia que eu não estava ali.” (Helen)
	“Eu não queria subir na maca, mas não me restou alternativa.” (Eva)
	“No parto da minha primeira filha entraram vários estagiários na sala, sem ao menos me perguntarem se eu queria. Me senti mal, pois passei horas lá na sala sem falar que era meu primeiro parto. Me senti muito desconfortável.” (Joana)
	“No momento do expulsivo fizeram uma fileira de funcionários do hospital (estudantes) para ver o uso do vácuo extrator. Pedi para retirar todo mundo da sala, já que ninguém tinha pedido meu consentimento para me assistir parindo.” (Marielle)

Fonte: A autora (2020).

Os relatos transcritos são fortes e conduzem a uma reflexão imediata sobre a forma como muitas mulheres são tratadas no momento do parto nas maternidades. Demonstram a realidade dos partos nas maternidades públicas do Estado da Paraíba. Demonstram o descaso e o desrespeito que inúmeras mulheres sofrem em nosso Estado diuturnamente. Pudemos observar nos relatos várias condutas tidas como violência obstétrica e que nessas ocasiões foram cometidas na presença de estudantes, o que diretamente ou indiretamente está se ensinando essas violações aos estudantes que serão futuros profissionais, os quais podem naturalizar essas condutas e reproduzir durante sua vida profissional. Os relatos das doulas e das

mulheres reproduzem uma realidade no nosso Estado. Reproduzem a face traumática da violência obstétrica e que continua a acontecer normalmente em nossa sociedade, mesmo tendo um maior debate acerca do tema hoje em dia. Ainda, mister se faz mencionar as inúmeras mulheres que mesmo tendo consciência que sofreu algum ato que lhe desagradou durante o seu período gestacional não se sentem em condições de reclamar, pois muitas têm medo ou mesmo naturalizam essas práticas por acreditarem que os(as) profissionais que lhe atenderam sabiam o que era o melhor para elas.

5.4 COMPATIBILIDADE ENTRE O MATERIAL DOCUMENTAL E O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELATADO PELAS PARTICIPANTES

Da análise do material documental tratado no tópico 4 desta dissertação, pudemos observar que existem documentos que dão balizamento para a proteção aos direitos das mulheres em qualquer atendimento médico, como as Recomendações da OMS. Além de que pudemos observar também que o próprio Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217 de setembro de 2018) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (Resolução CNE/CES nº 3/2014) também corroboram para a questão da educação em direitos humanos no curso de medicina. Além da Resolução/CNE/CP nº1/2012 que, exige que a Educação em Direitos Humanos seja considerada nos Projetos Políticos dos Cursos das instituições de nível superior e em todos os programas e documentos das instituições, conforme o artigo 6º da referida Resolução.

Art. 6º A Educação em Direitos Humanos, de modo transversal, deverá ser considerada na construção dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP); dos Regimentos Escolares; dos Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDI); dos Programas Pedagógicos de Curso (PPC) das Instituições de Educação Superior; dos materiais didáticos e pedagógicos; do modelo de ensino, pesquisa e extensão; de gestão, bem como dos diferentes processos de avaliação (CNE/CP nº 01/2012)

Isso denota que há documentos que orientam a formação do estudante de graduação em medicina e sabemos que hodiernamente a questão da humanização na área da saúde é algo bastante trabalhado e utilizado até mesmo como um

diferencial diante outros profissionais que não se intitulam como tendo uma conduta “humanizadora”. No entanto, esta questão não deveria ser vista com especial destaque, mas sim ser uma conduta em que todos os profissionais de medicina deveriam ter.

O que podemos depreender é que os casos relatados pelas doulas não ocorreram há muitos anos, haja vista que dos 60% das doulas que responderam afirmativamente para a pergunta se já tinham presenciado violência obstétrica na presença de estudantes, o máximo de tempo que atuavam como doulas era de 3 anos. Logo, isso importa dizer que essas violências obstétricas ocorrem ainda hoje e que aparentemente não há sequer uma preocupação com isso por parte dos professores que estão ensinando essas condutas aos futuros profissionais. O mesmo raciocínio se aplica às mulheres que já estiveram grávidas e narraram episódios traumáticos de violações durante os seus partos.

Denota-se que não há compatibilidade entre o material documental de formação dos médicos(as) abordado nesta dissertação e os relatos fornecidos pelas doulas e mulheres, posto que mesmo havendo materiais que orientem para uma educação que sempre questione a vontade da mulher e preserve a sua autonomia nos momentos de exames, parto e pós-parto, a realidade é que estes nem sempre são colocados em prática, conforme relatos expostos neste trabalho onde a mulher não havia sido questionada sobre a aceitação da presença de estudantes no momento do seu parto.

Em que pese não haver compatibilidade entre o material documental que trata de aspectos éticos e versam sobre a educação em direitos humanos e os relatos das mulheres e doulas aqui apresentadas, os relatos delas corroboram para os outros relatos que já veiculam na mídia, como um publicado na rede social Instagram em 20 de agosto de 2020 por uma médica obstétrica do município de João Pessoa-PB em que mencionou que:

[...] Vez ou outra me perguntam se a episiotomia faz parte da minha prática. Desde meu R1, não mais. Na obstetrícia baseada em evidências, não há indicação clínica que demonstre uma necessidade técnica da episiotomia como procedimento de rotina. [...] Desde o 5º ano de faculdade, quando fui estagiária concursada de uma maternidade referência na minha cidade, ver uma episiotomia sendo feita me causava uma estranheza e inquietação que não sabia como justificar. Era algo tão “normal” na época (talvez acontecesse em mais de 70% dos partos), mas várias vezes me via na imaturidade como estudante fechando os olhos na hora que pegavam a tesoura ou se não respondendo aos professores que já sabia fazer só para não ter que treinar na prática (NAVARRO, 2020).

A médica deixa claro que a episiotomia era uma conduta normalmente praticada em sua época de estudante, mas que sempre lhe causou inquietação. Desde seu tempo de residência nunca mais ela realizou nenhuma episiotomia, pois afirma que não tem evidências científicas que de fato seja uma conduta necessária.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho propôs explorar o tema da violência obstétrica, em especial na modalidade de intervenções com finalidades didáticas, bem como a sua relação com a formação educacional do(a) estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos. Desenvolver esta dissertação e, sobretudo, realizar a pesquisa em meio a uma pandemia foi um desafio imenso. Todavia, fomos surpreendidos pelos resultados satisfatórios que obtivemos e pelas relações de empatia que construímos com as participantes. Mesmo sem estarmos presentes fisicamente, a emoção tomou conta a cada relato lido, pois cada um soava como uma espécie de grito de socorro das mulheres, e era inevitável segurar as lágrimas diante tantas situações desrespeitosas e degradantes pelas quais muitas mulheres passaram e passam.

Inicialmente, fizemos uma discussão teórica no tocante ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres enquanto direitos humanos e constatamos que aqueles direitos foram considerados partes integrantes dos direitos humanos apenas durante a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento que ocorreu em 1994. Desta maneira, ao violarmos um direito sexual e reprodutivo da mulher, estamos violando um direito humano. Definimos a violência obstétrica e expomos que esta ainda não foi tipificada legalmente em âmbito federal, mas temos leis estaduais e municipais sobre o tema em nosso país. Perpassamos por temas que guardam relação com violência obstétrica, como a mortalidade materna e a relação de poder entre os médicos(as) e as mulheres, onde estes se colocam como detentores do saber e coloca a mulher em um lugar passivo, sem capacidade de autogestionar sua saúde, sua vida e seu corpo. A fim de exemplificarmos alguns tipos de violência obstétrica, definimos a episiotomia, a manobra de Kristeller, a restrição de posição para o parto, a violência psicológica, as cirurgias cesáreas sem necessidade e as intervenções com fins didático, que se classificam como sendo aquelas violências cometidas com o intuito de ensino aos estudantes do curso de medicina.

Assim, apresentamos o nosso percurso metodológico e desenvolvemos uma pesquisa qualitativa realizada por meio da pesquisa documental, do questionário eletrônico e da análise temática, onde na primeira etapa desta análise, denominada

pré-análise, nós realizamos a verificação dos critérios de inclusão e o mapeamento de todos dos dados obtidos na pesquisa; na segunda etapa, denominada etapa exploratória, realizamos a leitura flutuante de cada resposta fornecida nos questionários, com o objetivo de identificar categorias temáticas de análise que guardassem relação com os objetivos do nosso estudo; e a terceira etapa consistiu no tratamento dos resultados e a interpretação desses, com vistas a capturar respostas dos questionários que pudessem ser classificados dentro das categorias temáticas estabelecidas.

Após contextualizarmos e compreendermos o fenômeno da violência obstétrica como uma realidade no nosso país e expormos o nosso percurso metodológico, analisamos algumas normas regulamentadoras para a proteção à autonomia da mulher. Nesse universo, trouxemos as recomendações da OMS, que desde 1985 já publicava materiais falando sobre a liberdade de posição no parto, a presença de acompanhantes, a abolição do uso de rotina da episiotomia, entre outras; o Código de Ética Médica, que em vários artigos menciona atitudes médicas vedadas, inclusive quando se tratar de questões de ensino, tais como deixar de obter consentimento do(a) paciente, não deixar que o(a) paciente tenha livre exercício do direito de decidir, bem como desrespeitar a integridade do mesmo; e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, onde há a estipulação de que o graduado de medicina deverá ter uma formação humanística, crítica, reflexiva e sobretudo ética, além de que deverá sempre esclarecer sobre os procedimentos que serão realizados. Posto isso, fizemos um breve histórico sobre a educação em direitos humanos a fim de mostrarmos a sua relação com o curso de graduação em medicina e identificamos que há obrigatoriedade desse componente curricular nos cursos superiores. Dessa forma, constatamos que há uma estreita relação entre a violência obstétrica com fins didáticos e a educação em direitos humanos, posto que, se esta fosse colocada em prática no momento de atendimento à mulher, várias condutas relatadas pelas mulheres não teriam existido. Ou seja, várias violações poderiam ter sido mitigadas.

Da análise dos resultados e discussão pudemos observar dados sociodemográficos sobre as participantes, bem como índices que mostraram que as violências obstétricas cometidas com finalidades didáticas acontecem ainda hoje e, não apenas no município de João Pessoa, mas também em outros municípios no Estado da Paraíba, como Campina Grande. Muitas vezes esse tipo de violência obstétrica não é reconhecido pelas mulheres como forma de violência, nem mesmo

pelos(as) profissionais de saúde, tendo em vista a situação de naturalização dessas práticas no decorrer dos anos.

Ainda, foi possível verificar, também, com base nos relatos das participantes, que as situações de violência obstétrica não são casos isolados ou pouco frequentes. Restou notório que, em vários casos, a ausência de autonomia feminina no momento do parto foi negada quando não dialogavam com a mulher ou quando conversavam entre si sobre assuntos que em nada tinha a ver com aquele momento, quando induziam ou faziam interferências na tomada de decisões e quando não questionavam sobre a vontade da mulher no momento do parto.

Os questionários indicaram que algumas parturientes tinham sido submetidas, sem consentimento, a procedimentos considerados danosos ou injustificados. Percebemos que há vários documentos que dão proteção às mulheres, mas ou estes não são trabalhados nas salas de aulas, ou, se são, estes não são praticados no curso de medicina, haja vista os relatos fornecidos pelas mulheres participantes da pesquisa realizada que vão de encontro com todas as orientações de respeito à autonomia da mulher.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que as participantes que sofreram violência no parto apontaram mais situações voltadas para a negação da autonomia delas, invés de condutas voltadas para a violência física e psicológica, como relatadas pelas doulas, talvez por as mulheres não saberem o que é uma episiotomia ou uma manobra de Kristeller, por exemplo, e que estas não devem ser realizadas.

As recomendações da OMS sobre a Medicina, alguns artigos do código de ética médica, as diretrizes curriculares nacionais do curso de medicina, as diretrizes nacionais para a educação em Direitos Humanos e a relação destes com os movimentos de mulheres e feministas que lutam pela humanização do parto vêm justamente propor condutas respeitadas e que abandonem práticas que são desrespeitosas para com as mulheres. Deve-se priorizar pela visão da mulher enquanto sujeito de direitos e autônoma na tomada de decisões que digam respeito a ela, seu corpo e seus processos sexuais e reprodutivos.

Para mudar a assistência no parto é preciso mudar as normas que sustentam as práticas médicas e a própria formação médica. No entanto, é necessário enfatizar a necessidade de uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo (TORNQUIST, 2002).

A abrangência do nosso estudo ficou limitada aos relatos de experiências da mulheres que já estiveram grávidas e das doulas. No entanto, a leitura desses relatos abriu margem para várias possibilidades de exploração em pesquisas futuras que possa analisar sujeitos que não foram possíveis neste estudo, como os médicos(as) e estudantes do curso de medicina, a fim de identificar a visão deles sobre a violência obstétrica, sobretudo aquela cometida com o intuito de ensino aos futuros profissionais, além de verificar as possíveis lacunas identificadas por eles quanto à formação médica e a saúde da mulher.

É necessário compreender a violência obstétrica com fins didáticos como uma questão de direitos sexuais e reprodutivos e, conseqüentemente, uma questão de direitos humanos. Desta forma, é imprescindível que se respeite a dignidade da mulher que se siga as recomendações da OMS, do Código de Ética Médica, bem como das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina e as diretrizes nacionais para a educação em Direitos Humanos, posto que é necessário que haja mudanças desde o seio de onde se começa o ensino da violência obstétrica, ou seja, é necessário que haja mudanças no campo da docência. Deve-se pautar o ensino dos(as) estudantes de medicina em uma cultura em/para a Educação em Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vanessa; PORTO, Rita de Cássia. O processo educacional no curso de medicina: regulamentações do direito e da medicina sobre a violência obstétrica. In: _____. **Direitos Humanos: violência e diversidades**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020. Vol. 2. p.1030-1043.

ARENDT, H. **As Origens do totalitarismo**. Rio de Janeiro: Documentário, 1979.

ARGUEDAS, Gabriela: **La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense**. Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. 11(1), pp.145-169. 2014, Costa Rica.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BELLI, Laura. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos**. Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética, [S.l.], ano 4, v. 1, n.7, jan.-jun. 2013.

BENEVIDES, M.V. Direitos humanos: desafios para o século XXI. In: SILVEIRA, R. M. G. et al. (Orgs.). **Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007. p. 335-350.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 17. Jun.2020

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca; ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Curso de filosofia do direito**. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL, IBGE. **PNAD Contínua TIC 2017**: Internet chega a três em cada quatro domicílios do país. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23445-pnad-continua-tic-2017-internet-chega-a-tres-em-cada-quatro-domicilios-do-pais>. Acesso em: 21 nov. de 2019.

BRASIL. ANS. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

BRASIL. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2217/2018**. modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Plano Nacional de**

BRASIL. Comitê para a eliminação da discriminação contra a mulher- **Caso Alyne Pimentel** – Relatório do Governo Brasileiro. 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

BRASIL. **Fiocruz pesquisa aumento de cesarianas no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/02/fiocruz-pesquisa-aumento-de-cesarianas-no-brasil>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 08, abril, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Portal da Educação. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. (e-MEC): 2020. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Balanco anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres**. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contra-mulheres>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho**. 2019. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria n. 1.067/GM**, de 4 de julho de 2005. Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em:
<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/joomlaorg/20130813205309/category/155neonatologia>. Acesso em: 07 maio 2019.

BRASIL. PRAGMATISMO POLÍTICO. **Pai é impedido de assistir o nascimento da filha e chama a polícia**. 26 de fevereiro de 2016. Disponível em:
<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2016/02/video-pai-e-impedido-de-assistir-nascimento-da-filha-e-chama-a-policia.html>. Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL/ MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO/CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES/3/2014**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de junho de 2014. p. 14.

BRASIL/ MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO/CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Conselho Pleno. **Resolução CNE/CP/1/2012** Estabelece Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10889-rcp001-12&category_slug=maio-2012-pdf&Itemid=30192. Acesso em 05 dez. 2019

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate biomédico**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, June 1991. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2019.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. **Direito à educação, diversidade e educação em direitos humanos**. Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 120, p. 715-726, jul.-set. 2012. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. **O que é educar em direitos humanos**. LOPES, Alice Casimiro; MACEDO Elizabeth (Org.) Políticas de currículo em múltiplos contextos. SP: Editora Cortez, 2006.

CANDAU, Vera Maria. **Educação Em Direitos Humanos e Diferenças Culturais: Questões e Buscas.** Revista Múltiplas Leituras, v.2, n. 1, p. 65-82, jan. / jun. 2009.

CANDAU, Vera Maria. Educação em direitos humanos: desafios atuais. *In:* SLVEIRA, Rosa Maria Godoy, et al. **Educação em Direitos Humanos: Fundamentos teórico-metodológicos.** João Pessoa: Editora Universitária, 2007. P. 399 – 412.

CARBONARI, Paulo César. Por que educar em direitos humanos na educação superior? Diagnóstico, razões e desafios. *In:* TOSI, Giuseppe; FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra; ZENAIDE, Maria Nazaré (Orgs.). **A formação em direitos humanos na educação superior no Brasil: trajetórias, desafios e perspectivas.** João Pessoa: Editora da UFPB, 2014. P. 91 – 103.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.** 1979. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>. Acesso em: 26 de abril de 2019.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

CHOURABI, Lizandra Flores. **Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um hospital universitário do sul do Brasil-um estudo à luz do conceito de violência obstétrica.** 2018. 188f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., & Werner, L. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”.** Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

CLAM. **Saúde feminina e maternidade.** 2011. Disponível em: <http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065>. Acesso em: 08 set. 2019.

CNDM – **Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.** Pequim: IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Rio de Janeiro: CNDM, Fiocruz, 1996. Seção C, § 97.

CORDINI, S. M.; **A Responsabilidade Civil nos Casos de Violência Obstétrica Praticada na Rede Pública de Saúde.** 2015. Disponível em: http://busca.unisul.br/pdf/110336_Sthefane.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

CORREA, S.; PETCHESKY, R. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: Uma perspectiva feminista. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(1/2): 147-177, 1996.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos**: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.

CREMERJ. **RESOLUÇÃO CREMERJ nº 293/2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2019/293>. Acesso em: 14 jul.2020.

CRM/MS. **PARECER CRM/MS Nº 13/2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no município decampo grande e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2018/13>. Acesso em: 14 jul.2020.

CRM/SC. **PARECER CRM/SC 2545/17**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2017/2545>. Acesso em: 14 jul.2020.

DIAS, Adelaide Alves. Direitos Humanos na Educação Superior: introdução. In: FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra, et al. (Org.). **Direitos Humanos na Educação Superior**: subsídios para a educação em direitos humanos na Pedagogia. João Pessoa: Editora Universitária, 2010.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **A vagina-escola**: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016.

DINIZ, S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina/USP, 2001

Educação em Direitos Humanos (PNEDH). Brasília: SEDH/MEC/MJ/ UNESCO, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2191-plano-nacional-pdf&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 02 dez. 2019.

FIOCRUZ, **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento, 2014. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numeroexcessivo-de-cesarianas-no-pais>. Acesso em: 05 abr. 2019.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 11ª edição.

G1/PARAÍBA. **Mulher que teria sido internada por erro médico após parto tem morte cerebral, em João Pessoa**. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2019/12/19/mulher-que-teria-sido-internada-por-erro-medico-apos-parto-tem-morte-cerebral-em-joao-pessoa.ghtml>. Acesso em: 19 dez. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, R. **Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa**. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.

GRIBOSKI R. A.; GUILHEM D. **Mulheres e Profissionais de Saúde: O Imaginário Cultural na Humanização ao Parto e Nascimento**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006; 15(1): 107-14.

HOTIMSKY, SN. 2007. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), 2007.

LIMA, Sarah; MARTINS, Dayanna Lacerda. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: expressões das políticas públicas do município de Fortaleza / Sarah Dayanna Lacerda Martins Lima**. 2013.

MACHADO, María. **¿Cómo parimos?: de la violencia obstétrica al parto humanizado**. Montevideo : Facultad de Psicología, 2014. Disponível em: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/5318> Acesso em: 11 nov. 2019.

MAGNONE, N. **Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica**. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Soc., 2010, UDELAR. Montevideo.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? Memórias Convención Internacional de Salud Pública**, Cuba, Havana, 2012.

MUÑOZ, M^a Jesús Montes. **LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos**. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Tarragona, 2007

NAVARRO, Kesia. **Drakesianavarro**. João Pessoa-PB, 20 de agosto de 2020.

NEVES, Christina. **A Contribuição do Estado Brasileiro para Educação em Direitos Humanos**. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos17/21725245.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

OAB. **OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica**. 2019. Disponível em: <https://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 08 maio 2019.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM): **Relatório Nacional de Acompanhamento** / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014. 208 p.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde**: Décima revisão. Manual de instrução. São Paulo: Edusp; 1994, v. 2.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1. Acesso em: 13 dez. 2019.

OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 14 dez. 2019.

OMS. **Sobre a OMS**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/en/>>. Acesso em: 17

ONU. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo, 1994.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) UNESCO. Naciones Unidas de Derechos Humanos. **Programa mundial para la educación en derechos humanos**. Segunda etapa: plan de acción. Ginebra: Nações Unidas; 2012. Disponível em:

http://www.ohchr.org/Documents/Publications/WPHRE_Phase_2_sp.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

PAMPLONA, V. L.; **Mulher, Parto E Psicodrama**. São Paulo, Ágora, 1990.

PARAÍBA. Lei nº 13.080, de 27 de outubro de 2015. **Permissão da presença de doulas durante todo o ciclo gravídico puerperal, acompanhamento de consultas e exames do pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, que tenha sido solicitado pela gestante**. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1308/13080/lei-ordinaria-n-13080-2015-permissao-da-presenca-de-doulas-durante-todo-o-ciclo-gravidico-puerperal-acompanhamento-de-consultas-e-exames-do-pre-natal-trabalho-de-parto-e-pos-parto-que-tenha-sido-solicitado-pela-gestante>. Acesso em: 02 ago. de 2019.

PARAÍBA. POLÊMICA PARAÍBA. **Estudante denuncia “desumanidade e deboche” durante parto no HU**. 19 de outubro de 2016. Disponível em: <https://www.polemicaparaiba.com.br/polemicas/polemica-estudante-denuncia-desumanidade-e-deboche-durante-parto-no-hu/>. Acesso em: 19 jul. 2019.

PIOVESAN, Flavia. **Os direitos reprodutivos como direitos humanos**. In: BUGLIONE, S. (org). Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. Porto Alegre: Sergio Fabres Editor, 2002, p. 61-92.

QUEVEDO, Paula. **Violencia Obstétrica**: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género. 2012. Disponível em: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf. Acesso em: 09 ago. 2019.

Rego S. **A educação médica e o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos no Brasil** [Editorial]. Rev Bras Educ Med. 2010;34(4):479-80.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil**: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011.

REZENDE, Carolina. **Violência Obstétrica**: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. **Processo n. 2009.71.01.001049-6**. Ação Civil Pública com Pedido de Tutela Antecipada. Rio Grande, 09 de junho de 2009. Disponível em: http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_resultado_pe

squisa&txtValor=2009.71.01.001049-6&selOrigem=RS&chkMostrarBaixados=&selForma=NU&hdnReflId=35520061792c025345d4f49ba9705472&txtPalavraGerada=uwnm. Acesso em: 14 out. 2019.

ROCHA, Décio; DEUSDARA, Bruno. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** Alea, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Dec. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2020.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre Violência Obstétrica.** Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

SOUZA, A.; AMORIM, M.; PORTO, A.; **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II.** 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf. Acesso em: 03 jan. 2020.

TAVARES, M. S.; **Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente.** Revista Bioética, 16 (1): 125 – 31, 2008.

TORNQUIST, C.S. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Rev. Estudos Feministas, v.2, pp.483-492 2002.

UFPB. **Estudo da UFPB revela obstáculos para realizar parto normal em João Pessoa.** Disponível em: <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/estudo-da-ufpb-revela-obstaculos-para-realizar-parto-normal-em-joao-pessoa>. Acesso em: 08 ago. 2020.

VALARINI, Adéle. **Episiotomia: a mutilação genital brasileira.** Disponível em: <http://adeledoula.blogspot.com.br/2013/01/episiotomiamutilacaogenitalbrasileira.html>. Acesso em: 06 fev. 2020.

VASCONCELOS, C.; **Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente.** Revista bioética (Impr.) 2012; 20 (3): 389-96

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos? De que direitos estamos falando? In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **Bioética: reprodução e gênero na sociedade contemporânea.** Brasília: Letras Livres, 2005.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. Lancet online, 9 de maio de 2011, DOI:10.1016/S0140-736(11)60138-4

VILLAVERDE M. **Salud Sexual y Procreación Responsable**. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires, 2006. pp: 31-32.

VINUTO, J. **A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa**: um debate em aberto. Temáticas, Campinas. 2014; 22(44): 203-220.

WHO. **Appropriate technology for birth**. Lancet. World Health Organization, 1985; 2(8452):436-7.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

ZENAIDE, Maria de Nazaré. In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy, et al. (Org.). **Educação em Direitos Humanos**: Fundamentos teórico-metodológicos. João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (DOULA)



Questionário - Violência Obstétrica

***Obrigatório**

Doulas

Reforçamos que todo o que for respondido será mantido em absoluto sigilo e anonimato. A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora, conforme contatos dispostos no TCLE - https://drive.google.com/open?id=1D3Bur5UeH_CnEsdznFgE3hhrYEslUvFL

Qual a sua idade? *

Menor de 20 anos

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 anos ou mais

Há quanto tempo atua como doula? *

Menos de 1 ano

1 a 3 anos

3 a 5 anos

5 anos ou mais



Você já identificou alguma situação de Violência Obstétrica cometida em alguma maternidade pública de João Pessoa-PB? *

- Sim
- Não

Você já presenciou alguma Violência Obstétrica cometida na presença de estudantes do curso de medicina? *

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

Em caso de já ter presenciado alguma Violência Obstétrica na presença de estudantes do curso de medicina, há quanto tempo ocorreu? *

- Menos de 1 ano
- 1 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- Mais de 5 anos
- Não recordo



Caso tenha presenciado alguma violência obstétrica na presença de estudantes, ou tenha tomado conhecimento, quais foram? Esta pergunta permite a seleção de mais de uma resposta. *

- Episiotomia (Incisão efetuada na região do perineo-área muscular entre a vagina e o ânus- para ampliar o canal de parto)
- Manobra de Kristeller (Uso de força física para pressionar o bebê a sair do útero materno)
- Restrição de posição para o parto (Não deixar que a parturiente escolha a posição que melhor lhe atenda no momento do parto)
- Violência psicológica (Realizar comentários ofensivos e falas grosseiras, recriminá-la por algum comportamento, privar a gestante de informações, entre outros.)
- Cirurgias cesáreas sem necessidade (Induzir a gestante a fazer uma cesariana sem necessidade)
- Proibição da entrada do(a) acompanhante
- Nunca presenciei ou tive conhecimento
- Outro: _____

Você conhece alguma mulher que sofreu Violência Obstétrica na presença de estudantes? *

- Sim
- Não

Se sim, poderia fornecer o contato delas ou meios de encontrá-las, a fim de darmos continuidade a presente pesquisa? *



Sua resposta

Página 4 de 4

Voltar

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) · [Termos de Serviço](#) · [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (MULHERES)



Questionário - Violência Obstétrica

***Obrigatório**

Mulheres

Reforçamos que tudo o que for respondido será mantido em absoluto sigilo e anonimato. A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora, conforme contatos dispostos no TCLE - https://drive.google.com/open?id=1D1Buc5UwH_CoEn4mPqE3hhYFaiUyEL.

Qual a sua idade? *

Menor de 20 anos

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 anos ou mais

Qual a sua raça/cor/etnia? *

Preta

Branca

Parda

Amarela

Indígena



Em qual cidade você mora? *

Sua resposta

Quantos filhos(as) você tem? *

- 1 filho(a)
- 2 a 3 filhos(as)
- 4 a 5 filhos(as)
- 6 filhos(as) ou mais
- Não tenho filho(a)

Você possui companheiro(a)? *

- Sim
- Não

Foi possível o acompanhamento dele(a) durante o trabalho de parto? *

- Sim
- Não

Em qual maternidade foi realizado o seu parto? *

Sua resposta



Como você avalia o atendimento recebido durante seu parto? *

- Péssimo
- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

Você se sentiu à vontade durante o trabalho de parto para mudar de posição, alimentar-se ou reclamar da dor ou desconforto que sentia? *

- Sim
- Não

Quais profissionais estiveram presentes durante o seu parto? Marque quantas opções desejar. *

- Médico(a) obstetra
- Estudante de medicina
- Pediatra
- Neonatologista
- Doula
- Enfermeiro(a)
- Outro: _____



Se tinha estudantes de medicina durante o seu pré-natal e/ou parto, você se sentiu confortável com a presença deles(as)? *

- Sim
- Não

Houve algum atendimento que lhe desagradou durante o parto? Caso deseje, comente sobre. *

Sua resposta

Página 4 de 4

[Voltar](#)

[Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE C – CONVITE PARA RESPONDER AOS QUESTIONÁRIOS

Olá! Tudo bem?

Me chamo Vanessa e sou aluna do Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da UFPB.

Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre Violência Obstétrica (violência no pré-parto, parto e pós-parto) e vim te convidar para participar!

Suas respostas ajudarão a compreender melhor este assunto e serão mantidas em absoluto sigilo, bem como será preservado o anonimato.

Você gastará em média 5 minutos para responder a pesquisa e suas respostas terão um valor inestimável para a ciência!

Caso deseje participar, gentileza clicar no link abaixo para responder a pesquisa:

<https://forms.gle/AE98RYE8z9tENuzA8>

Muito obrigada pela sua atenção e colaboração!

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Questionário - Violência Obstétrica

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa sobre Violência Obstétrica, desenvolvida por VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES, aluna regularmente matriculada no Curso de PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a orientação da Profa. Dra. Rita de Cássia Cavalcanti Porto.

***Obrigatório**

Para participar da pesquisa, é necessário que você concorde com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disposto no link abaixo. *

(TCLE) - https://drive.google.com/open?id=1D18Uaf5jwH_CnEndznPgE3hhtYEsilUyFL

Li e concordo em participar da pesquisa.

Não concordo em participar da pesquisa.

Página 1 de 4

Próxima

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários





**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A INTERVENÇÃO COM FINS DIDÁTICOS: conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos**, desenvolvida por **VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES**, aluna regularmente matriculada no Curso de PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a orientação da professora Dra. RITA DE CÁSSIA CAVALCANTI PORTO. O objetivo principal da pesquisa é: Analisar a violência obstétrica cometida com finalidades didáticas, sua relação com a formação educacional do/a estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos. Os objetivos específicos são: contextualizar a violência obstétrica, definindo-a e observando-a como uma realidade em nosso país; analisar se, e como, ocorre a violência obstétrica com fins didáticos em maternidades de João Pessoa-PB; observar se as normas regulamentadoras de ensino no curso de medicina guardam relação com os Direitos Humanos e dão balizamento para proteção aos direitos das mulheres.

Ao aceitar participar da pesquisa, a Sra. deverá:

1. Eletronicamente, aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual poderá ser impresso, se assim o desejar;
2. Responder ao questionário on-line.

O questionário será on-line e, portanto, respondido no momento e local de sua preferência.

Justifica-se o presente estudo por se tratar de tema de extrema relevância, bem como em razão da literatura sobre o tema ser escassa e pouco divulgada, fato que despertou real interesse em estudá-lo e divulgá-lo.

A participação da Sra. na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será

voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora se não concordar com isso.

Caso decida por não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, por envolver apenas a resposta ao questionário online, o qual foi elaborado com o intuito de que o tempo gasto para seu preenchimento seja mínimo, em torno de 10 a 15 minutos, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a sociedade.

Garantimos à Sra. a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

A Sra. pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Vanessa Gomes de Sousa Alves, a qualquer tempo para informação adicional no endereço e telefone dispostos ao final deste Termo.

A Sra. também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba através dos dados dispostos, igualmente, ao final deste Termo.

Ao assinalar a opção “Li e concordo em participar da pesquisa”, você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada e os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

- Li e concordo em participar da pesquisa.

João Pessoa-PB, _____ de _____ de 2020.

Vanessa Gomes de Sousa Alves
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS PROCEDIMENTOS COM FINS DIDÁTICOS: conflitos entre o direito à autonomia das mulheres e a formação educacional dos médicos

Pesquisador: VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31354120.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.039.780

Apresentação do Projeto:

A violência obstétrica se configura como sendo a violência física, psicológica e/ou verbal cometida para com a mulher durante a gestação, parto e/ou pós-parto, pelos/as profissionais de saúde. Dentre alguns tipos dessa violência, existe a realizada com fins didáticos, ou seja, aquela que é cometida com o intuito de ensinar alguma conduta ao/a estudante do curso de graduação em medicina, repercutindo em uma violação aos direitos das mulheres gestantes em detrimento de uma prática didática. Desta forma, o objetivo da presente pesquisa é analisar a violência obstétrica cometida com finalidades didáticas, sua relação com a formação educacional do/a estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos. Tem como objetivos específicos: contextualizar a violência obstétrica, definindo-a e observando-a como uma realidade em nosso país; analisar se, e como, ocorre a violência obstétrica com fins didáticos em maternidades de João Pessoa-PB; observar se as normas regulamentadoras de ensino no curso de medicina guardam relação com os Direitos Humanos e dão balizamento para proteção aos direitos das mulheres. A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, amparada na pesquisa bibliográfica documental. Em virtude da pandemia de COVID-19 que assolou o mundo e tem como medida de prevenção o isolamento social, não será possível realizar a pesquisa de campo por meio de entrevistas, logo, como instrumento para coleta de dados utilizaremos o questionário eletrônico, elaborado através da ferramenta "Formulários Google" e os dados serão analisados a luz do

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.030.793

conjunto de técnicas denominadas de análise de conteúdo.

A captação das doulas será realizada através da técnica "bola de neve" (snowball sampling), mediante o acesso a indivíduos e grupos-chave para a divulgação da pesquisa. A estes, será enviado por meios eletrônicos (Whatsapp), mensagem-convite de participação contendo o link para preenchimento do questionário, explicação sobre o teor – e público alvo – da pesquisa e meios de contato com a pesquisadora. Os campos escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa serão maternidades públicas situadas no município de João Pessoa-PB.

Tais escolhas se deram, sobretudo, em razão das instituições receberem professores e estudantes do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba, configurando-se, assim, como maternidades-escolas. Quanto à seleção das mulheres participantes os critérios são que seja mulher, tenha ficado grávida em algum momento e/ou seja doula. Pretende-se, também, que com a coleta dos dados se possa realizar um recorte de raça e idade, a fim de vislumbrarmos em quais mulheres a realização desta violência é mais recorrente. Todos os questionários serão mantidos em sigilo e utilizados somente para fins deste trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a violência obstétrica cometida com finalidades didáticas, sua relação com a formação educacional do/a estudante de graduação do curso de medicina e a educação em direitos humanos.

Objetivo Secundário:

Contextualizar a violência obstétrica, definindo-a e observando-a como uma realidade em nosso país; Analisar se, e como, ocorre a violência obstétrica com fins didáticos em maternidades de João Pessoa-PB; Observar se as normas regulamentadoras de ensino no curso de medicina guardam relação com os Direitos Humanos e dão balizamento para proteção aos direitos das mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram avaliados.

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7701 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comtedetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.039.780

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa atende aos principais requisitos da resolução da CNS, todavia não apresentou as cartas de aceite das maternidades de João Pessoa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram, majoritariamente, apresentados, todavia faltaram as cartas de aceite das maternidade de onde sairão os contatos das parturientes/gestantes.

Recomendações:

Recomenda-se a apresentação das cartas de aceite das maternidades.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em virtude da pandemia, sou do parecer favorável à aprovação, todavia recomenda-se à pesquisadora a apresentação das cartas de aceite.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1438978.pdf	01/05/2020 14:59:09		Aceito
Outros	Texto Convite para responder a pesquisa.pdf	01/05/2020 14:57:25	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
Outros	CERTIDAO_DE_APROVACAO.PDF	01/05/2020 14:56:20	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.pdf	01/05/2020 14:54:44	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/05/2020 14:53:17	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/05/2020 14:53:00	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	01/05/2020	VANESSA GOMES	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 4.030.760

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14:52:07	DE SOUSA ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/05/2020 14:51:30	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	01/05/2020 14:50:45	VANESSA GOMES DE SOUSA ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 21 de Maio de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3218-7791 Fax: (83)3218-7791 E-mail: comitedeetica@cca.ufpb.br

ANEXO B – PESQUISA SOBRE A V.O NO SITE DO CRM-PB

O CRM-PB Serviços Transparência Legislação Comunicação Museu da Imagem e do Som Ed. Médica Continuada Fale Conosco

Busca de Normas

Selecione os tipos de normas que deseja buscar:

Resoluções Pareceres Recomendações Notas

Despachos

Selecione o estado: Número: Ano:

Assunto:

Texto a ser encontrado:

Resultado da Busca

Não há resultados para esses parâmetros de busca.

MEDICO COM DEFICIENCIA ATUALIZE SEU CADASTRO

/CRMPARAIBA Curta nossa fanpage e fique atualizado!

OUVIDORIA

COMPRA A ÚLTIMA EDIÇÃO DO JORNAL MEDICINA

CRONO DE ÉTICA MEDICA

CRM-PB VISUALIZE AS ÚLTIMAS EDIÇÕES PUBLICADAS

COMPRA AS EDIÇÕES DO INFORMATIVO ONLINE DO CRM-PB

© PORTAL MÉDICO 2010 - o site do Conselho Regional de Medicina da Paraíba - Todos os direitos reservados.
Av. Dom Pedro II, 1335 - Torre - João Pessoa - PB | CEP: 58040-440 | Fone: (33) 2108-7200 | E-mail: crmpb@crmpb.org.br

ANEXO C – PESQUISA SOBRE A V.O NO SITE DO CFM

The screenshot shows the CFM (Conselho Federal de Medicina) website search interface. The search criteria are: Type: Resoluções, Pareceres, and Despachos; Status: todos; Number: (empty); Year: todos; Subject: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. The search results table shows four entries:

Tipo	UF	Nº/Ano	Situação	Exerpta
Resolução	RJ	263/2019	Integra	<u>Dispõe sobre a proibição de atestado por parte de médicos e de dentistas em relação a crimes de natureza sexual, que restrinjam a adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio...</u>
Parecer	MS	13/2018	Integra	<u>OBJETO: A relação médico-paciente é fator essencial para a prática obstétrica. O médico não deve se abster das condutas médicas durante o ato obstétrico, preservando a autonomia médica.</u>
Parecer	SC	2545/2017	Integra	<u>A Lei da Violência Obstétrica não fere os princípios de autonomia e integridade física e emocional da gestante.</u>
Despacho	CFM	706/2017	Integra	<u>Pedido de providências - Associação Coletiva Violência Obstétrica solicita ao Conselho com as informações do CRM/AM. Foco para atestado de documentos, nome.</u>

At the bottom of the page, it indicates "Mostrando página 1 de 1" and "4 registros encontrados".