



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

RAFAELLA DUTRA SOUTO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA FORMAÇÃO MÉDICA À LUZ DAS VIVÊNCIAS
E PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE MEDICINA**

MOSSORÓ

2023

RAFAELLA DUTRA SOUTO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA FORMAÇÃO MÉDICA À LUZ DAS VIVÊNCIAS
E PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE MEDICINA**

Monografia apresentada à Universidade Federal Rural
do Semi-Árido como requisito para obtenção do título
de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Jennifer do Vale e Silva

MOSSORÓ

2023

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

D726 Dutra, Rafaella.
v Violência Obstétrica na Formação Médica à Luz
das Vivências e Percepções de Acadêmicos de
Medicina / Rafaella Dutra. - 2023.
49 f. : il.

Orientador: Jennifer do Vale e Silva.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2023.

1. Violência Obstétrica. 2. Violência contra a
mulher. 3. Atenção à saúde. 4. Direito à saúde . 5.
Formação Profissional em Saúde. I. do Vale e
Silva, Jennifer, orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

RAFAELLA DUTRA SOUTO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA FORMAÇÃO MÉDICA À LUZ DAS VIVÊNCIAS
E PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE MEDICINA**

Monografia apresentada à Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Defendida em: 25/05/2023

BANCA EXAMINADORA

Jennifer do Vale e Silva, Prof. Dr. (UFERSA)

Presidente

Lázaro Fabrício de França Souza, Prof. Me. (UFERSA)

Membro Examinador

Hugo Marcus Aguiar de Melo Rodrigues, Prof. Me. (UFRN)

Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora de Fátima, por terem sido bússolas na minha trajetória até aqui, fornecendo-me todo alicerce necessário para me manter firme no propósito.

À minha base, de onde vim e para onde sei que posso sempre retornar: minha família. Em especial às mulheres da minha vida, Severina Hosana da Conceição, Francisca Alves da Silva, Kátia Vanusa Alves Dutra e Manuela Vitória Dutra Souto, 5 gerações que me ensinaram e ensinam hodiernamente sobre fé, amor, humildade e, principalmente, sobre a essencialidade de ser mulher. Tudo por vocês. Ao meu pai, Marcone Rogério Câmara Souto, por não medir esforços para facilitar o caminho na busca de todos os meus sonhos até então. Sem você eu nada seria.

Ao meu companheiro, Francisco Márcio Nunes Júnior, que com sua generosidade e bondade sempre segurou a minha mão e me ergueu quando mais precisei. Às vidas que o curso de medicina cruzou com a minha, Camila Braga de Ávila, Gislayne da Silva Oliveira e Natália Araújo Brito, obrigada por permanecerem e por compartilharem das conquistas, sorrisos e batalhas. Especialmente à Camila, por ser casa, colo e família quando não pude ter a minha.

Aos que o convívio não é diário, mas de alguma forma contribuíram para esse trabalho: minha psicoterapeuta, Maíra Trajano Costa Xavier, por me ensinar sobre auto acolhimento e paciência, sem esquecer da minha essência. Aos estudantes entrevistados por essa pesquisa e à Mariana Medeiros de Sousa, a qual me auxiliou na elaboração das entrevistas, obrigada por dedicarem seu tempo, sabedoria e auxílio na construção desse trabalho.

Ao meu orientador, Jennifer do Vale e Silva, me faltam palavras para expressar minha profunda gratidão pela paciência, disponibilidade, organização, comprometimento em fazer ciência e por todos os conhecimentos transmitidos.

À banca examinadora, por cumprirem com maestria e serem exemplos nos papéis que desempenham, cada um à sua maneira. Vocês são fonte de inspiração.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a Rafaella Dutra Souto de 10 anos atrás, por não ter desistido de seguir seu sonho de criança e vem construindo a sua própria sorte desde então.

*“O Respeito à autonomia e a dignidade de cada um é um
imperativo ético e não um favor que podemos ou não
conceder uns aos outros.”*

Paulo Freire (1996)

RESUMO

Introdução A violência obstétrica é uma realidade existente em diversos países do mundo e trata-se de um compilado de abusos e negligências realizadas por equipes de saúde com as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Inclui desde práticas ultrapassadas e desaconselhadas pela comunidade científica, até falas e julgamentos discriminatórios e ações sem consentimento, atitudes que colocam a gestante, parturiente e puérpera em situações de desrespeito e sofrimento, infringindo seu direito à saúde e gerando, por vezes, danos físicos e psicológicos irreparáveis. Atos de Violência Obstétrica podem ser assimilados ou contestados desde a formação médica, a depender de como conhecimentos, habilidades e atitudes são construídas. **Objetivo** O estudo objetivou analisar as vivências dos estudantes de medicina quanto às práticas de VO. **Metodologia** Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa, a partir da realização de 14 entrevistas individuais com acadêmicos de medicina que estavam a cursar os 3 últimos anos da graduação, nas universidades públicas da cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte: a Universidade Federal Rural do Semi-árido (UFERSA) e da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), durante o período de julho de 2022 a abril de 2023. **Resultados** Estudantes de medicina têm vivenciado a prática profissional em cenários atravessados pela violência obstétrica. São cenários institucionais marcados pela não utilização de protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas, principalmente quanto à realização de cesarianas, pela institucionalização da banalização da dor e pela limitada autonomia das pacientes. A busca por produtividade, a formação tecnicista e desatualização técnica dos profissionais foram identificados como sendo os principais aspectos relacionados à Violência Obstétrica. Constatou-se que o tema é abordado de forma tímida na formação e que as competências construídas são insuficientes para que os futuros médicos e médicas possam reverter o cenário de violências obstétricas instituído. **Considerações Finais.** A Violência Obstétrica está institucionalizada nos cenários investigados, contribuindo para o cerceamento da autodeterminação e da autonomia da mulher sobre sua sexualidade e seu próprio corpo. A formação médica deve pautar a Violência Obstétrica de maneira que os profissionais saibam agir e sintam o dever de agir perante situações de Violência Obstétrica na sua prática médica futura.

Palavras-Chave: Violência obstétrica; Violência contra a mulher; Atenção à saúde; Direito à saúde; Formação Profissional em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is a reality in several countries around the world and it is a compilation of abuses and negligence carried out by health teams with women during the pregnancy-puerperal cycle. It ranges from outdated practices advised against by the scientific community, to discriminatory speeches and judgments and actions without consent, attitudes that place pregnant women, parturients and puerperal women in situations of disrespect and suffering, infringing their right to health and sometimes causing physical damage and irreparable psychological. Acts of Obstetric Violence can be assimilated or contested since medical training, depending on how knowledge, skills and attitudes are constructed. **Objective:** The study aimed to analyze the experiences of medical students regarding VO practices. **Methodology:** To this end, a qualitative research was carried out, based on 14 individual interviews with medical students who were attending the last 3 years of graduation, at public universities in the city of Mossoró, Rio Grande do Norte: the Federal Rural University of the Semi-arid Region (UFERSA) and the State University of Rio Grande do Norte (UERN), from July 2022 to April 2023. **Results:** Medical students have experienced professional practice in scenarios crossed by obstetric violence. These are institutional scenarios marked by the non-use of clinical protocols and/or therapeutic guidelines, mainly regarding the performance of cesarean sections, by the institutionalization of the trivialization of pain and by the limited autonomy of patients. The search for productivity, technical training and technical outdatedness of professionals were identified as the main aspects related to Obstetric Violence. It was found that the subject is approached timidly in training and that the skills built are insufficient for future doctors to reverse the established scenario of obstetric violence. **Final considerations:** Obstetric Violence is institutionalized in the investigated scenarios, contributing to the restriction of women's self-determination and autonomy over their sexuality and their own bodies. Medical training should guide Obstetric Violence so that professionals know how to act and feel the duty to act in situations of Obstetric Violence in their future medical practice.

Key words: Obstetric violence; Violence against women; Health care; Right to health; Professional Training in Health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVOS	10
2.2 OBJETIVO GERAL	10
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. METODOLOGIA	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	37

INTRODUÇÃO

O que se denomina por Violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico e violação dos Direitos Humanos das mulheres no parto refere-se ao mesmo fenômeno: Violência Obstétrica (VO). É uma realidade existente em diversos países do mundo e trata-se de um compilado de abusos e negligências realizadas por equipes de saúde, principalmente durante o parto (DINIZ et al., 2015).

A Violência Obstétrica materializa-se em atitudes que colocam a mulher grávida, parturiente ou puérpera em uma condição de vítima de desrespeito e/ou que infringe o seu direito de acessar um serviço de saúde de qualidade. São alguns exemplos disso a impossibilidade de escolha da mãe sobre o local de parto, a não garantia de sua privacidade, a não elaboração de um plano de parto individualizado elaborado em conjunto com a mulher, a proibição de acompanhantes durante e após o parto, o impedimento do contato pele a pele precoce entre mãe e filho, o apoio ao início da amamentação na primeira hora, além do não fornecimento de informações e esclarecimento de dúvidas (OMS, 1996).

Além da realização de práticas ultrapassadas e desaconselhadas pela comunidade científica, a VO também se concretiza por meio de falas e julgamentos discriminatórios e de ações sem consentimento, dentre outras atitudes que geram desrespeito aos processos naturais da concepção (DINIZ et al., 2015). Essas circunstâncias podem culminar em danos físicos e mentais, muitas vezes irreparáveis, sobretudo em um momento tão importante da vida da mulher.

O manejo clínico da mulher em processo de parturição é realizado, por vezes, de forma inapropriada e muitas vezes agressiva, sem concessão da paciente ou seus familiares. Cita-se, como exemplo, o uso indevido da ocitocina para indução do parto, a manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero), a episiotomia (incisão no períneo) sem devida indicação, as cesarianas em excesso (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2017), o uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto, massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto, lavagem e revisão uterina rotineira no trabalho de parto, esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto (OMS, 1996), e outros que consolidam ações injustificáveis do ponto de vista clínico e/ou de uma atenção humanizada mediante a condição de fragilidade a que a mulher está submetida nesse momento.

A realização rotineira de episiotomia ocorria no passado, pois acreditava-se na redução da incidência de distopias genitais, além de auxiliar na rapidez do período expulsivo e facilitar os partos mais complicados (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010). Entretanto, de acordo com o Dossiê de Violência Obstétrica (2012) e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), não há bases científicas que salvaguardam a manutenção dessa prática nas instituições de saúde, isso porquanto quando realizada sem indicação pode provocar lacerações no períneo, infecções, dores no pós-parto, perda de libido, dentre outras consequências que geram danos físicos e psicológicos às mulheres.

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz) acompanhou 23.894 mulheres e seus filhos recém-nascidos em 266 hospitais (públicos, conveniados ao SUS e privados) e 191 municípios brasileiros (ZANARDO et al., 2017) com o objetivo de analisar as intervenções obstétricas nesses serviços por meio de visitas e entrevistas às puérperas. Constataram-se dados alarmantes, tais como o excedente de cesarianas realizadas no Brasil, sendo a proporção de 88% dos nascimentos no setor privado, e no público e conveniado ao SUS 46% dos nascimentos, quando o indicado pela OMS é que esse número não exceda 15%, tendo em vista os riscos à saúde da mãe e do filho com as elevadas taxas de realização de procedimentos como esse.

Estudo realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2017) registrou relatos de abusos psicológicos intraparto em 82,8% das mulheres entrevistadas, assim como 62,1% de mães que sofreram abusos físicos.

As situações supracitadas contribuem para o cerceamento da autodeterminação e da autonomia da mulher sobre sua sexualidade e seu próprio corpo, além de estarem intimamente ligados ao aumento dos índices de mortalidade materna, tendo em vista que a inadequação do sistema em não suprir com as necessidades de assistência à mulher, fere o preconizado pela OMS (DINIZ et al., 2015), corroborando para um alarmante caso de saúde pública.

O uso da violência é mascarado por um sistema de hierarquização imposto pelos profissionais, a fim de legitimar um discurso de autoridade não somente no âmbito técnico-científico, mas também moral (AGUIAR et al., 2013), pautado na superioridade do saber médico e na evidente dependência desse saber por parte das pacientes. Nesse liame, a coação, abuso, uso indevido de medicamentos e procedimentos desaconselhados por órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) são rotineiramente empregados e, por isso, vem sofrendo denúncias nos últimos anos.

O combate e as críticas também são centrados no modelo médico tecnocrático hegemônico no Brasil, o qual, à vista de uma conduta biologicista, lida com o parto e todos os fatores que o envolve por meio de um enfoque patológico, em detrimento do contexto social e cultural que não deveriam ser dissociados. Por esse motivo, o parto assume um enfoque na dor e na naturalização dos processos traumáticos (PALHARINI, 2017) às custas da diminuição da mulher enquanto ser humano portadora de direitos de cidadania e enquanto sujeito singular que necessita de cuidados e atenção integral, sobretudo em uma situação de vulnerabilidade.

Segundo Teixeira et al. (2020), condições socioeconômicas, baixa escolaridade, estado civil, número de filhos, cor e religião são fatores agravantes na determinação do processo de violência aos quais as mulheres são submetidas.

As discussões sobre esse assunto já eram levantadas pelas políticas de saúde no Brasil desde 1980, a exemplo do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (DINIZ et al., 2015) que reconhecia o tratamento impessoal e agressivo à saúde das mulheres em muitos casos. O problema continua. Atualmente, tramita do Legislativo brasileiro o Projeto de Lei 878/19, o qual dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, caracterizando a VO como uma conduta existente e que deve ser combatida em nível nacional.

Desde meados de 1980 e 1990, influenciados por ideais feministas, profissionais de saúde e humanistas em geral levantaram, no Brasil, as primeiras discussões acerca da defesa da saúde da mulher no que tange à violência institucionalizada no parto (SENA; TESSER, 2017). Ao adentrar os anos 2000, a temática ganhou mais força a partir das discussões no âmbito acadêmico, somadas à iniciativas da sociedade civil, como é o caso da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), formada majoritariamente por profissionais da saúde, os quais promoveram denúncias e debates sobre as condições degradantes as quais as mulheres são submetidas, seja antes, durante ou após o parto.

Frente a isso, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha surge, em 2011, com o objetivo de regulamentar um sistema de cuidado integral à saúde materno-infantil, para fins de garantir uma atenção humanizada às mulheres na gravidez, parto e puerpério e salvaguardar às crianças o direito ao nascimento e crescimento saudáveis. Dentro do contexto de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o programa visa promover os princípios da equidade, universalidade e integralidade pertencentes ao SUS, priorizando um pré-natal de qualidade, com acolhimento, classificação de riscos, transporte seguro e regulação às unidades de referência e preservação dos direitos femininos ante o processo de planejamento reprodutivo.

No plano internacional, a Venezuela foi o primeiro país a regulamentar legalmente, em 2007, o termo “Violência Obstétrica”, elencando-a como um tipo de violência contra a mulher existente em ambientes hospitalares no contexto em que ela encontra-se como parturiente. O termo foi cunhado pelo Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’ Gregório (SENA; TESSER, 2017) o qual determina que a VO está presente em atos como: a realização de procedimentos sem prévia explicação ou consentimento da paciente; proibição da participação de acompanhantes em salas de parto e pós-parto; realização de procedimentos dolorosos sem que haja indicação e consentimento da mulher; tratar a parturiente sem empatia, com um tom agressivo, rude e como alvo de piadas; separar o bebê da mãe após o parto sem qualquer justificativa plausível (PULHEZ, 2013).

Em contraponto, apesar dos avanços nas últimas décadas, o termo ainda é pouco discutido e conhecido no Brasil, prova disso é o fato de que as discussões sobre a VO propriamente dita, a nível de legislação específica sobre o tema, só iniciaram a partir de leis municipais e estaduais, como é o caso da Lei Municipal nº 3.363 de 1º de Outubro de 2013 de Diadema-SP, a qual representou o primeiro momento que o conceito de VO foi disciplinado no país. Somente em 2019, com o Projeto de Lei 878/19, o termo ganha importância nacional quando no Art. 13 caracteriza a VO como “a apropriação do corpo e dos processos naturais relacionados à gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (BRASIL, 2019).

Considerando o contexto supracitado, pode-se perceber que a VO está institucionalizada na realidade brasileira (BRASIL, 2012). Conceitua-se Violência Institucional, de acordo com a lei nº 14.321/2022, como sendo situações em que o agente público submete uma vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a "procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização” (BRASIL, 2022).

Observa-se também pelo mesmo contexto que no combate à essa violência de gênero dentro dos serviços de saúde caminha a passos lentos no Brasil. Prova disso, é a realização indiscriminada de procedimentos considerados categoria B, C e D no âmbito da Classificação

da Práticas Comuns ao Parto e Nascimento, preconizada pela OMS. A categoria B refere-se à “Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”, a C às “Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão” e a categoria D às “Práticas frequentemente usadas de modo inadequado”. Dentre essas, destaca-se no Brasil o uso de rotina de posição de litotomia, esforço de puxo prolongado e dirigido (Manobra de Valsalva) durante o segundo estágio de trabalho de parto, uso inapropriado de ocitocina, uso liberal e rotineiro de episiotomia, além da realização de cesáreas em excesso (OMS, 1996).

Enquanto problemática de saúde pública, a violência de gênero no parto se tornou institucionalizada no sistema, isso porquanto o conhecimento técnico-científico e as atitudes médicas frente à concepção são vistas como inquestionáveis, fruto de uma cultura que estabelece relações hierárquicas de poder, em que o médico legitima sua autoridade mediante detenção do saber científico em detrimento da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo (SENS; STAMM, 2019), perpetuando um discurso hegemônico e pouco discutido na comunidade acadêmica. Apesar de algumas escolas médicas já possuírem “Comitês de Humanização” (REBELLO; NETO, 2012), a temática sobre humanização de práticas obstétricas ainda parece ser pouco explorada durante a graduação em medicina. Ou seja, o reconhecimento do parto como evento não apenas fisiológico, no qual o obstetra e sua equipe atuam como facilitadores, e não como promotores da concepção, ainda é pouco debatida na formação dos futuros médicos.

De acordo com Rego et al., (2008) o ensino médico tende a transformar os doentes em meras fichas hospitalares. É inegável que a forma como a Ginecologia e Obstetrícia (GO) é apresentada para os alunos no seu processo de ensino-aprendizado durante o curso de medicina, influenciará no manejo prático com as pacientes. Então, uma abordagem mais integral da saúde da mulher e do recém-nascido, reconhecedora das múltiplas dimensões desse processo, com foco na autonomia da paciente pode impactar positivamente a formação se comparada a um modelo de formação tecnicista e biologicista.

O Ministério da Educação (MEC), por sua vez, ao estruturar as Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação em Medicina (DCN) deixa claro a necessidade de estabelecer uma educação que forme profissionais capacitados em construir planos de cuidados que integrem o paciente e os cuidadores como protagonistas do processo, singularizando as condutas sem a necessidade de impor terapêuticas preocupadas exclusivamente com a racionalidade técnico-científica (MEC, 2014). Ainda segundo o MEC (2014), os estudantes de

medicina devem adquirir habilidades voltadas para uma escuta ampliada e qualificada do indivíduo, desarmando-se de preconceitos e compreendendo as demandas do paciente sobre um olhar socioespacial. Essa perspectiva de formação é, à luz do exposto até aqui, essencial ao enfrentamento da Violência Obstétrica.

No presente estudo, parte-se do pressuposto de que práticas de VO podem ou não ser reproduzidas na prática clínica dos futuros médicos a depender de como conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a esse problema são trabalhadas, do ponto de vista teórico e prático, durante a formação em nível de graduação.

Diante do exposto, o estudo em questão preocupa-se em analisar se os estudantes de medicina têm oportunidade de construir competências dentro da formação que lhes oportuniza não perpetuar atos de VO em sua prática médica. Para isso, analisam-se as percepções de estudantes de medicina de Universidades públicas de Mossoró-RN quanto às suas aprendizagens e vivências relacionadas à Violência Obstétrica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos estudantes de medicina quanto às práticas de Violência Obstétrica de acordo com suas vivências na formação acadêmica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos estudantes de medicina sobre a violência obstétrica.
- Conhecer o ensino-aprendizado fornecido aos estudantes de medicina no que se refere às habilidades, conhecimentos e atitudes de assistência ao parto.
- Identificar as experiências dos estudantes de medicina com práticas de violência obstétrica.
- Compreender como os estudantes entrevistados lidam com as situações de violência obstétrica vivenciadas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado a partir de narrativas de estudantes de graduação em medicina durante os últimos 4 anos de sua formação.

As pesquisas qualitativas buscam responder um nível de realidade que não pode ser quantificado, a partir de uma abordagem que visa abstrair aspectos subjetivos das experiências vividas pelos sujeitos participantes da pesquisa (MINAYO, 2007), ou seja, no caso dessa pesquisa analisar vivências relacionadas à violência obstétrica as vivências dos estudantes participantes.

O estudo foi realizado na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, em cursos de medicina das Universidades Públicas existentes: a Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA) e Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), durante o período de julho de 2022 a abril de 2023. Foram entrevistados alunos que cursam medicina no ciclo clínico (5º ao 8º período da faculdade) e/ou internato (9º ao 12º período da faculdade), matriculados durante o primeiro semestre de 2023.

A amostra constou com a participação de 14 estudantes, pautando-se no fechamento amostral por saturação teórica, qual seja, a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos mostraram-se suficientes para responder os objetivos da pesquisa (FONTANELLA et al., 2008).

Foram incluídos estudantes com idade superior a 18 anos, que estavam cursando o ciclo clínico e internato durante o primeiro semestre de 2023 e que tiveram alguma experiência com partos e atendimentos obstétricos, desde que tenham sido em hospitais, maternidades, ambulatorios ou unidades básicas de saúde brasileiras, em algum momento de sua formação acadêmica. Dentro dos critérios de exclusão estavam aqueles que tiveram experiências com parto, mas sem acompanhamento de preceptores médicos vinculados às universidades em questão.

Realizaram-se entrevistas individuais com perguntas focadas nas vivências e percepções dos entrevistados quanto à Violência Obstétrica durante a sua formação acadêmica (vide roteiro de entrevista, em anexo 1). Tais perguntas foram predominantemente abertas, oferecendo liberdade de fala e elaboração reflexiva ao entrevistado. Associado a isso, também aplicou-se questionário fechado, utilizando-se a escala de Likert como parâmetro de respostas. Tal ferramenta é um tipo de escala de resposta psicométrica em que as respostas são dadas de acordo

com o grau de concordância do sujeito com a afirmação proposta, sendo a mais utilizada atualmente em pesquisas de opinião.

Os participantes tiveram acesso prévio aos objetivos e possíveis riscos relativos à pesquisa, o TCLE (anexo 2) foi coletado de forma virtual, por meio de formulário do Google, foram também recrutados de forma presencial e online, e as entrevistas foram realizadas de forma individual, remota (por meio de videoconferência) com o auxílio de gravadores para registro das falas e, em seguida, houve a transcrição dessas.

O material empírico produzido foi analisado segundo a técnica de análise temática, em que inicialmente se lançou mão da leitura integral do material coletado (MINAYO, 2007). Diante disso, os dados foram selecionados em conjuntos com características em comum entre si, segundo critérios de homogeneidade e pertinência, a fim de se estabelecer um padrão de classificação das respostas. Em seguida, o material foi explorado de forma mais incisiva, divididos em temas que serviram para a análise propriamente dita e formulação final de uma síntese interpretativa que visa dialogar com os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, além da assinatura do termo de anuência referente à cada universidade e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos entrevistados. Dessa forma, de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, a pesquisa seguiu as recomendações éticas exigidas.

Levando-se em consideração a natureza da problemática da violência, sabia-se que o estudo podia gerar possíveis constrangimentos à medida que as perguntas fossem realizadas. Pensando em amenizar prováveis danos, o presente estudo garantiu a seus entrevistados o direito de anonimato (sem necessidade de informar seu nome); imparcialidade, sem que haja julgamentos ou questionamentos desnecessários às respostas; sigilo absoluto dos dados e identidades dos profissionais eventualmente citados pelo aluno; não estipulação de tempo máximo ou mínimo para responder as perguntas, respeitando o tempo de cada entrevistado; possibilidade de pular perguntas em que eles/elas não se sentissem confortáveis em responder; e liberdade de abandonar o estudo diante de constrangimentos ou desmotivação para seguir adiante. Por fim, os dados serão guardados pelo pesquisador responsável pela pesquisa em um local seguro, por um período de 5 anos.

Entende-se como um benefício da pesquisa a oferta de espaço de diálogo, livre de julgamentos, em que os estudantes de medicina puderam expressar suas opiniões acerca da

violência obstétrica e relatar suas experiências, angústias e descontentamentos na prática clínica, além de produzir dados suficientes com potencial para auxiliar na formação médica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Violência Obstétrica nos cenários de formação médica

Estudantes de graduação em medicina têm vivenciado a prática profissional em cenários atravessados pela violência obstétrica. São cenários institucionais marcados pela não utilização de protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas, principalmente quanto à realização de cesarianas, pela institucionalização da banalização da dor e pela limitada autonomia das pacientes.

A Violência Institucional é conceituada pela lei nº 14.321/2022 como sendo situações em que o agente público submete uma vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a "procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência ou outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização" (BRASIL, 2022).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014) a Violência Obstétrica constitui um modo de violação dos Direitos Humanos e refere-se à apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, manifestando-se por meio de tratamentos desumanizados, uso abusivo de medicamentos e pela patologização dos processos naturais de gestação e parturição. Isso reduz a autonomia das pacientes e a capacidade delas em tomar com liberdade as decisões sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida.

No presente trabalho, a VO foi inicialmente retratada pelos acadêmicos de medicina pela ocorrência de comportamentos desrespeitosos das equipes de saúde, por meio de falas e julgamentos discriminatórios com a condição das pacientes e, ainda, pela banalização da dor durante o parto, com destaque especial às mulheres menores de 18 anos, aquelas que convivem com HIV, as que possuem baixo nível socioeconômico, e as que se encontravam em processo de abortamento.

“Algumas situações que me marcaram muito foram em relação ao acolhimento de gestantes que não tinham o pré-natal bem feito ou que tinham alguma IST, por exemplo, comentários que deixavam as pessoas nervosas, às vezes constrangidas porque não tinham feito o pré-natal direito.” (Aluno 1, 9º período)

“A mulher era HIV positivo e *tocaram o terror nela* dizendo que ela ia ficar isolada, botar uma roupa especial.” (Aluno 2, 9º período)

“Eu acompanhei uma médica, que a gente *tava* vendo um parto normal em uma paciente que era menor de idade, não lembro quantos anos, acho que 15 anos. Então, ela *tava* tendo o bebê com 15 anos e acho que engravidou com uns 14, enfim. E ela sempre incentivando, assim, a mulher a fazer força e falando “olhe se você teve coragem de ter uma criança nessa idade que você deveria estar estudando, então faça força”. Ela pedia para a menina fazer força, empurrando... eu nunca imaginei que iria ouvir um obstetra falar para uma criança, tudo bem que é uma criança, mas falar para uma mulher em trabalho de parto, assim... Que se teve coragem de transar e engravidar naquela idade, tinha que fazer força para ter o neném.” (Aluno 3, 9º período)

“Foi dessa forma, não diretamente com a paciente, mas entre a equipe de saúde. Dizendo “*ah, é bom demais fazer mas na hora aqui fica reclamando*”.. E sim, lembrando aqui, eu já ouvi diretamente com a paciente “se foi bom para fazer agora aguenta”.” (Aluno 2, 9º período)

“Eu tive um relato de uma paciente que ela *tava* fazendo o acompanhamento dela, ela me disse que quando estava fazendo uma ultrassonografia transvaginal e foi identificada a morte do bebê dela. *Aí* foi identificada a morte e ela falou que foi muito mal atendida pelo médico, *tipo assim*, ele foi logo fazendo o exame e falando “Abre essas pernas aí, num sei o que” bem grosso assim, aí fez a ultrassom e falou assim “ó o seu bebê tá morto” foi bem rude.” (Aluno 4, 6º período)

As falas dos alunos permitem observar um cenário em que o abuso psicológico é evidenciado por comentários depreciativos, que cerceiam os direitos reprodutivos, sexuais e humanos da mulher. A paciente passa a ser culpabilizada pela situação em que se encontra, como relatado pelo aluno 3, em que a mulher foi julgada por não ter realizado um pré-natal adequado ou por ser portadora de alguma IST, quando muitas vezes essas questões refletem muito mais o contexto socioeconômico e de acesso à saúde a qual essas pessoas estão inseridas. Sobre isso, Carrapato et al., (2017) defende a relação intrínseca dos determinantes sociais da saúde enquanto influenciadores diretos no equilíbrio do processo saúde-doença, determinando, como o próprio nome sugere, que fatores externos (de origem social, econômica, cultura e/ou ambiental) ao indivíduo tenham efeitos na sua saúde.

Ainda que a gestação em questão e/ou sua interrupção envolva fatos moralmente condenáveis, na visão do profissional de saúde, certamente o serviço de saúde não é o espaço adequado para se realizar tal julgamento e o profissional de saúde não está habilitado e nem possui o direito de fazê-lo. Em contrário, como mostram as falas, isso compromete frontalmente a missão de acolhimento e cuidado integral que os profissionais de saúde devem dispensar às

mulheres, sobretudo em momentos tão delicados de suas vidas, em que elas encontram-se fragilizadas em diversos sentidos.

O abuso verbal também foi identificado como um fator promotor da VO, como descrito pelos alunos 2 e 4, em que o profissional se utiliza de frases e comentários inoportunos com o objetivo de menosprezar a parturiente, fornecendo um atendimento inadequado e sem a preocupação de realizar uma abordagem minimamente humanizada e centrada na paciente, sobretudo em casos tão delicados como os de abortamentos. Em linhas gerais, os processos de gestar e parir passam, em situações como essas, a ter a conotação de sofrimento e punição para as mulheres.

Práticas identificadas como sendo de VO também foram identificadas no Acompanhamento Pré-Natal, embora as opiniões tenham divergido nesse caso, pois houve alunos que não presenciaram condutas inadequadas no contexto ambulatorial, já outros sim, a exemplo do que foi comentado pelo aluno 5:

“Uma frase que é muito presente, né “Se você não fizer isso seu menino vai morrer”. Eu acho que você dizer isso pra uma gestante é muito complicado, é claro que eu entendo que tipo, assim, tem uma necessidade de repassar a gravidade do quadro, que a pessoa entenda que aquilo ali não é brincadeira, que tem um potencial de morte tanto dela quanto do bebê, mas eu acho que a forma como você diz é um fato que divide águas entre você criar uma paciente que é aderente ao tratamento e você criar uma paciente que tem medo, que tá o tempo todo assustada, se culpabilizando, pensando “meu deus, vou matar a minha criança, vou matar a minha criança”, então eu acho que esse é um dos exemplos assim, que mais acontecem.” (Aluno 5, 8º período).

Essas atitudes, em seu conjunto, reforçam a relação de dominação estabelecida entre médico e paciente, em que o saber tecnocientífico é utilizado de forma hierárquica a fim de justificar posturas de coação que se desvinculam do objetivo de tornar a mulher colaborativa em todo o processo e promover a educação em saúde, utilizando, a exemplo do relato citado, o medo como estratégia de adesão segundo (AGUIAR, 2010).

É sabido que uma boa relação médico-paciente requer o entendimento das particularidades e necessidades do paciente, assim como, a compreensão do paciente sobre a linha de cuidado a qual está inserido. Indubitavelmente, o profissional se deparará com indivíduos menos ou mais colaborativos, menos ou mais instruídos durante a assistência, por

isso é crucial o estabelecimento de uma comunicação terapêutica efetiva que considere aquelas particularidades e necessidades. Tal comunicação requer o uso de habilidades e competências específicas adquiridas pelo profissional, o qual deve estar apto a compreender os múltiplos aspectos que atravessam a interação humana e utilizar estratégias para ajudar o outro, solucionar conflitos e utilizar o diálogo e a comunicação não violenta como ferramentas para garantia da adesão satisfatória e segurança do paciente durante o processo de cuidado (FASSARELLA et al., 2013).

Outra manifestação da VO relatada por grande parte dos entrevistados, sobretudo os que tiveram maior experiência com partos, versaram acerca da presença de procedimentos e condutas realizadas inadvertidamente, sem consentimento da paciente e seguindo rotinas não padronizadas, feitas de acordo com os interesses de cada profissional. Os entrevistados apontaram que o abuso físico é manifestado por meio de episiotomias de rotina, excesso de cesáreas, manobra de Kristeller, administração de ocitocina para indução de trabalho de parto sem indicação formal, negação de analgesia periparto, entre outras condutas.

“Já presenciei a realização de episiotomia, só que foi com indicação porque o bebê não tava saindo de jeito nenhum, passou mais de duas horas tentando sair e nada, *ai* a doutora resolveu fazer a episiotomia.” (Aluno 6, 9º período)

“Já presenciei manobra de Kristeller e já presenciei rotura de bolsa amniótica para acelerar e induzir o trabalho de parto. É.. acho que foi uma das principais coisas que eu vi. (Aluno 2, 9º período).

“Aquela própria manobra, que eu não *tô* lembrando o nome, mas assim, de empurrar a barriga, não lembro o nome, mas eu sei que empurrar o neném assim... Eu já vivenciei isso, foi horrível, é muito rude a pressão que é feita” (Aluno 3, 9º período)

“Mas isso da ocitocina vi sim, alguns obstetras pedindo para botar para correr para dilatar logo... Inclusive me toquei disso porque acompanhei lá e fui ver, baixei um protocolo e vi que era só com 6cm. *Ai* me recordei que vi algumas pessoas fazendo antes de 6cm, e realmente aconteceu frequentemente.” (Aluno 7, 12º Período)

“Antes do tempo, vi... Tanto que no início do rodízio eu achava que tinha que ser assim “*ah* começou o trabalho de parto começa a ocitocina”, depois que eu fui entender que tinha o momento certo. Eu já vi mulheres passarem o dia inteiro na *ocito*, só sentindo dor e no final do dia querer desistir do parto, porque foi feito muito cedo e não surtiu o efeito desejado. Alguns perguntam se quer o remedinho de força, já outros não perguntavam não já diziam “vamos botar”, acho que é bem variado, uns perguntam, outros perguntam mas não explicam e pouquíssimos realmente explicam o que é.” (Aluno 8, 9º período)

No contexto atual das práticas de saúde, os processos de concepção devem seguir as “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento” documento redigido desde 1996 pela OMS, as quais contraindicam a realização de procedimentos realizados inadvertidamente e manobras inadequadas como a Kristeller, episiotomia de rotina, administração inadequada de ocitocina para indução do parto, clampeamento imediato do cordão em neonatos saudáveis, dentre outros procedimentos. Além disso, encoraja a realização de algumas práticas, pelos sistemas de saúde mundial, como o direito ao acompanhante durante o parto, fornecimento de informações às mulheres e a família desde o pré-natal, atendimento digno e humanizado, assim como o empoderamento da mulher sobre os seus direitos e deveres (OMS, 1996).

As orientações atuais das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) são contrárias à realização de episiotomias de rotina. Isso ocorre em decorrência dos danos à integridade física e psicológica da mulher atrelados ao procedimento quando não realizado de forma seletiva, representados pela dor e incômodos durante o puerpério, culminando em dificuldades na deambulação precoce, realização das necessidades fisiológicas, retorno às atividades sexuais, porta de entrada para infecções locais, além de dificultar nos cuidados com o neonato.

Outrossim, apesar das narrativas dos estudantes versarem mais sobre a presença de abuso verbal e psicológico em detrimento do físico nos serviços de saúde em questão, a permanência de realização de manobras proscritas como a Kristeller é um dado importante que aponta para a necessidade de avaliação e qualificação das práticas obstétricas vigentes.

Sobre o assunto, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) são categóricas: a manobra de Kristeller não deve ser realizada em nenhuma circunstância. Criada sem um embasamento científico em 1867 pelo médico alemão Samuel Kristeller, a manobra já foi rotina no dia a dia de diversas maternidades antes de ser proscrita e consiste em exercer uma agressiva pressão no fundo uterino durante o período expulsivo, a fim de acelerar/facilitar o trabalho de parto, sobretudo em situações de partos mais difíceis e prolongados em que há exaustão materna. As consequências da técnica são inúmeras para o binômio materno-fetal e inclui fratura de costelas, risco de hemorragias, laceração de períneo, descolamento de placenta, rotura de baço, fígado e útero, além de fratura de crânio e clavícula, hematomas encefálicos e convulsões fetais.

A forma violenta como a sociedade lida ainda hoje com o fenômeno da gestação e parto possui raízes históricas. Na Idade Média, a naturalização do sofrimento do parto ancorou-se na sua associação como desígnio divino e recebimento de pena pelo pecado original, sendo negado qualquer estratégia de conforto e auxílio para os riscos do parto. No século XX, as experiências de parto, sobretudo nos Estados Unidos e Europa, passaram a ser realizadas, durante algum tempo, em um modelo de sedação completa e instrumentalização, gerando uma espécie de “apagamento” da experiência. Esta técnica foi abolida, mas contribuiu para a ascensão do modelo hospitalocêntrico de excesso de partos e cesarianas que perdura até os dias atuais (Dossiê de Violência Obstétrica, 2012).

Assim, não é por acaso e nem infundada toda a discussão acerca da humanização da assistência ao parto que se verifica nas últimas décadas. Segundo Diniz (2015), toda essa conjuntura histórica e social a nível mundial justifica os esforços para tornar o cuidado humanizado uma ferramenta de legitimação dos direitos da parturiente e da necessidade de inovação tecnológica e profissional nas linhas de cuidado em saúde da mulher.

O atendimento digno à gestante deve ser prestado durante todo o processo de assistência nos setores de saúde, desde o pré-natal, até o parto e puerpério, como versa a Portaria 569/2000 do Ministério da Saúde (2000), a qual institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. O programa busca sistematizar linhas de cuidado a fim de que haja um auxílio adequado, pautado na medicina baseada em evidências e respeitando os processos naturais da concepção, fato esse que inclui o combate ao número excessivo de cesarianas realizadas hoje no país, o qual pudemos confirmar com os relatos do estudo:

“Acompanhei mais vaginal que cesárea porque quis, mas acontece muito mais cesárea que normal na maternidade... Inclusive só para você ter noção é 70% de cesárea e 30% normais, acima da média nacional que é de 50%.” (Aluno 9, 10º período)

“ Por exemplo, muitas vezes eu já vi colocar o sonar no trabalho de parto e “ah, os batimentos fetais deram 172, taquicardia fetal, sofrimento fetal agudo, indicação de cesariana” Mas as vezes nem repetem, nem esperam o sonar estabilizar, assim, *sabe?* Para tentar.” (Aluno 3, 9º Período)

“Muitas vezes elas já são estimuladas diretamente para cesárea, então essa questão de você tendenciar a mulher a fazer um tipo de parto que é mais fácil para você também é uma forma de VO, você deveria informar e deixar ela escolher” (Aluno 5, 8º Período).

4.2 Busca por produtividade, formação tecnicista e desatualização técnica como aspectos relacionados à Violência Obstétrica.

A busca por produtividade foi um primeiro aspecto apontado pelos acadêmicos de medicina que contribui para a ocorrência de VO, especialmente relacionada à quantidade de cesáreas. A preferência de muitos médicos em realizar essa via de parto ocorre mesmo quando não há indicação formal, conforme evidenciado pelas seguintes falas:

“Eu acho que é principalmente a sobrecarga da área da saúde, porque para o profissional poder ter aquela disponibilidade para acompanhar um parto normal ele tem que ser muito bem remunerado para isso, porque ele não pode abrir mão de uma agenda toda de atendimentos que tem em um dia, para ficar o dia todo esperando um parto em um cenário em que ele seja mal remunerado ou esteja sobrecarregado com muitas pacientes” (Aluno 10, 9º período)

“Tem a questão do desgaste, né? Do profissional, que às vezes ele pode tá muito estressado, mas que não justifica essas atitudes, é... A questão de preferir a cesárea, querer agilizar os processos e realizar procedimentos desnecessários. A questão financeira, né? Atrelada... De ser mais produtivo, de fazer o maior número de cirurgias e também por ser da rotina deles né? Trabalhar toda hora com isso, acaba que banaliza um pouco a dor de cada um.” (Aluno 9, 10º período)

É inquestionável a importância da via de parto cirúrgica quando oportunamente indicada. Trata-se, primariamente, de uma opção terapêutica ao parto vaginal a qual possui indicações absolutas e relativas, sendo as primeiras referentes a um diagnóstico em que não há a possibilidade de realização de parto vaginal em nenhuma circunstância, como placenta prévia e desproporção céfalo-pélvica (REZENDE, 2013). Já as segundas representam situações em que não há a obrigatoriedade do parto cesáreo e são feitas principalmente de forma eletiva.

Para compreender as discussões acerca do excesso de cesáreas no sistema é importante debruçar-se sobre o conceito de cesárea eletiva. São aquelas realizadas de forma agendada, sem que a mulher entre em trabalho de parto, e na maioria das vezes sem indicação formal estabelecida. A prática desse tipo de procedimento no Brasil se tornou comum no meio médico e entre as pacientes, transmitida entre as gerações familiares como algo seguro e fácil, sem levar em consideração os riscos cirúrgicos aos quais a gestante estará submetida (CUNHA, 2015).

A esse respeito, o Dossiê de Violência Obstétrica (CIELLO et al., 2012) exemplifica fatores pertinentes à morbimortalidade materna relacionada à cesariana, a qual além de possuir quatro a cinco vezes maior taxa de mortalidade se comparada ao parto normal, por razões como hemorragias pós-parto e infecções, risco de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas. E pertinentes ao conceito particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal por sepse, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido ou outras causas.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as taxas de cesarianas a nível mundial aumentaram de 7%, em 1990, para 21%, em 2021, com tendência a chegar a quase um terço dos partos (29%) em 2030. Enquanto a recomendação da OMS para a realização de cesáreas nos serviços é de até 15% do total de partos, no Brasil esse número ultrapassa 50% (SINASC, 2016), levando o país ao segundo lugar no mundo em número de cesáreas. Em Mossoró/RN, no Hospital Maternidade Almeida Castro, principal da cidade, dos 2251 partos realizados no ano de 2019, 1522 (95%) foram cesarianas, porcentagem preocupante que ultrapassa a média nacional (Hospital Maternidade Almeida Castro, 2019). Tal congruência entre cenário nacional e local reflete o que Batista Filho e Rissin (2018) intitularam de “Epidemia de Cesarianas”.

Do ponto de vista materno, a pesquisa Nacer no Brasil (FIOCRUZ, 2014) revelou que 83% das pacientes atendidas pelo SUS e 63% das pacientes atendidas pelo sistema privado elegeram o medo da dor do parto vaginal como o principal motivo para preferir a cesária, apontando que o receio por um parto doloroso é o principal norteador da escolha da via de parto. Sobre o assunto, Diniz et al., (2015) ilustra que, apesar de o parto vaginal e cesáreo estarem em dois espectros diferentes do cuidado, dado aos maiores riscos do procedimento cirúrgico, as mulheres ainda têm como primeira opção por parecer uma alternativa comparável quando se depara com uma realidade de partos vaginais saturados de intervenções dispensáveis.

Consoante ao supracitado, esses dados corroboram com a hipótese de que a cesárea tende a ser escolhida pelas mães na tentativa de desfrutar de um parto digno sem frustrações. Assim, para além da mudança nos moldes como são realizados os partos vaginais no país, cabe aos profissionais instruírem a parturiente, principalmente durante o pré-natal, acerca dos reais riscos e benefícios de cada via de parto para que a escolha seja realizada de forma coerente e alinhada com as reais expectativas da mulher.

Do ponto de vista médico, pode-se destacar como um elemento causal retratado pelas narrativas dos entrevistados o maior “custo-benefício” para o profissional, uma vez que a cirurgia é, via de regra, mais bem remunerada e rápida que o parto vaginal, possibilitando maior número de partos em menor tempo, principalmente em um cenário de superlotação dos serviços. No entanto, ao contrário do que se pensa, tal conjuntura caminha ao encontro de uma relação de contraprodutividade, ou seja, uma relação paradoxal em que os fins não justificam os meios haja vista o maior aumento de morbimortalidade materna e neonatal associado às cesarianas eletivas.

Nesse ínterim, o bônus recai sobre o médico, enquanto que o ônus sobre a paciente e o bebê. Diante disso, é oportuno questionar sobre a presença de processos de reificação (NETO, 1981), em que, pela lógica de produção capitalista, há o “esquecimento” (por parte do profissional) da condição humana da mulher, sendo ela objetificada enquanto parte do processo produtivo.

Para além das questões relativas à autonomia da mulher na escolha da via de parto, percebe-se, de acordo com os entrevistados, uma propensão em induzir a parturiente a realizar a intervenção cirúrgica. Para isso, os profissionais se valem de indicações sem respaldo científico, desrespeitando o tempo e o curso natural do processo, como ilustrado a seguir:

“É... Tinha uma paciente que *tava* evoluindo bem... E isso acontece muito a noite lá na maternidade... Porque tem alguns médicos que só querem... Assim, eles querem descansar a noite, né? Aí a paciente entra em trabalho de parto 3 horas da madrugada... Aí acaba adiantando o parto... Assim, fazem o toque rápido e já dizem que não *tá* evoluindo, e parte para a cesárea, forçam a barra praticamente, *sabe?* Algumas vezes já aconteceu, com alguns médicos específicos.” (Aluno 8, 9º período)

“*Forção de barra*, não tem aquele planejamento com a paciente... “Ah, tá acontecendo assim e assim, vamos para cesárea?”... Tipo assim, às vezes é bem grosseiro mesmo, chega faz o toque, fala que não tá dilatando e parte para a cesárea, às vezes falam que tá com desproporção sem estar. Tem alguns que gostam de resolver logo na cesárea não tem paciência para esperar a evolução do parto normal não.” (Aluno 2, 9º período).

Ao serem questionados sobre as prováveis motivações capazes de levar um médico reproduzir práticas de VO, boa parte dos universitários identificaram também a formação acadêmica como um fator de forte influência, especialmente quando se trata de profissionais

com uma formação mais antiga, pautada no modelo biomédico tecnicista de ensino-aprendizagem.

“O médico com aquela formação mais biomédica tá muito centrado em ir lá, fazer o que deve ser feito e ele acaba achando, muitas vezes, que os meios justificam os fins, “Ah essa mulher tá precisando de uma episio, precisa ser rápido e é isso que eu vou fazer”, não avisa a paciente, não faz analgesia, então eu acho que contribui sim.” (Aluno 11, 10º período)

“... Não no sentido de idade mas no sentido de formação, né? Mas em termos de profissão, parece que quanto mais velhos são os médicos, mais impacientes eles são e querem terminar logo, mais querem induzir a paciente a fazer uma cesárea desnecessária. E às vezes, no nosso caso como estudantes, falta orientação né? A gente vem seguindo uma educação que a gente vê e escuta falar, não só na faculdade, há muito tempo né?” (Aluno 1, 9º período)

“Inclusive o caso que eu presenciei da manobra de Kristeller foi de um profissional mais antigo. Acho que os novos têm uma formação mais ampla, realmente a maioria que eu presenciei foi mais os médicos mais antigos.” (Aluno 2, 9º período)

O modelo de ensino médico “Flexneriano”, segue os preceitos defendidos e implementados por Flexner desde meados de 1912 e baseia-se em uma medicina centrada na doença de maneira individual, definitiva e concreta, desvinculando-se do papel social e coletivo no processo saúde-doença (PAGLIOSA, 2008). É sabido que tal modelo ganhou força nas universidades durante o século XX e reverbera suas raízes até os dias atuais, a partir de currículos construídos sob bases puramente cientificistas, hospitalocêntricas e que reduzem a complexidade dos processos de cuidado ao manejo do corpo biológico e a uma fragmentação do conhecimento, sendo “a escola médica um local de preparo de técnicos-médicos treinados para operarem aparelhos capazes de produzirem mais renda considerando os pacientes como objetos de lucro” (GOMES, 2011).

Do ponto de vista histórico, as tentativas de mudanças desse cenário a nível nacional iniciaram tardiamente. De 1996 a 2003, o Ministério da Educação (MEC) realizou o Exame Nacional de Cursos o qual buscava avaliar o perfil das escolas médicas e dos egressos formados por elas, apurando nos resultados a baixa qualificação profissional dos professores, dissolução entre teoria e prática e falta de interação entre ciclo básico e ciclo clínico, além da incorporação indiscriminada de tecnologias e desumanização do ensino (PAGLIOSA, 2008). Pensando nisso, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014) atualmente compilam conhecimentos, habilidades e competências que determinam um

novo perfil de estudante egresso, o qual, para além dos saberes científicos, deve ser capaz de dispor de uma consciência político-social em relação aos cenários em que atuará como médico:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”

A formação de indivíduos é um caminho complexo e que deve ser vista de maneira ampliada, uma vez que envolve a correlação de práticas educativas vivenciadas à luz de valores sociais, culturais e influências diversas. Nesse ínterim, o modelo biomédico biologicista, que fragmenta o indivíduo e concentra-se em um papel puramente resolutivo dos processos patológicos, se afasta da vigente tendência de necessidade de humanização da medicina. No início dos anos 2000, essa tendência ganhou voz com a 11^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual evidenciou a imprescindibilidade da melhoria na qualidade técnica, na assistência e na capacidade resolutiva dos atendimentos ofertados pelo SUS, abrindo espaço para que, posteriormente em 2003, houvesse o surgimento da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013).

O vínculo entre o estudante de medicina e o paciente deve ultrapassar as barreiras do técnico formal, e passar a figurar como uma relação humana, de responsabilidade, respeito e intersubjetividade. Uma formação médica ampliada requer do aluno uma compreensão integral do ser humano e dos processos saúde-doença. Por esse motivo as Diretrizes determinam a importância de uma abordagem interdisciplinar no âmbito acadêmico, objetivando a “demolição das fronteiras entre pesquisa e ensino-aprendizagem”. Sob essa ótica, as DCN reconhecem a necessidade de ampliação dos cenários de aprendizagem e prática profissional, compreendendo que os diferentes arranjos tecnológicos na organização do trabalho em saúde favorecem o contato com os diversos tipos de distribuição de agravos do ponto de vista epidemiológico, a partir de uma perspectiva de uma formação permanente, para além do ensino da graduação (SIMÕES, 2013).

Nesse sentido, ao compreender que o que acontece nos cenários de aprendizagem dos participantes desta pesquisa servirá de base e exemplo para a formação dos futuros médicos, percebe-se a necessidade de transformação e aprimoramento das práticas médicas que lá ocorrem. Em primeiro lugar, os preceptores devem reconstruírem suas concepções passadas,

por vezes desatualizadas e se pautarem em uma medicina centrada na pessoa e em um aprendizado baseado em evidências científicas e de humanização do cuidado. Em segundo lugar, há a necessidade de construção de competências por parte dos estudantes de medicina a fim de que sejam capazes de lidar com os cenários de violência, sem reproduzi-los.

Assumir o risco de produzir e reproduzir atos de violência, não deve ser normalizado por nenhum profissional da saúde. A naturalização de comportamentos violentos, sejam eles no campo psicológico ou físico, reforçam uma conjunção de aceitabilidade que é reverberada pelos profissionais e consentida pelos pacientes muitas vezes de forma velada. Isso é ainda mais ampliado no que concerne à VO, uma vez que ela pode surgir a partir de diversas facetas da violência, seja de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e/ou midiático (BRASIL, 2012) contribuindo, assim, para a institucionalização de condutas desaconselhadas.

A partir disso, depreende-se a importância do papel das escolas médicas na formação de profissionais com competências humanísticas capazes de seguir na contramão da reprodutibilidade de práticas de VO. Assim, ao instruir o aluno a realizar um atendimento multidisciplinar, integral, centrado no paciente e com condutas baseadas em evidências, implica diretamente em formar um perfil de médico habilitado a identificar os cenários de violência e as formas de impedir que ela seja reproduzida em suas diversas formas de manifestação.

Em terceiro lugar, dentre os aspectos apontados como favorecedores da VO, é notória a quase unanimidade das narrativas em correlacionar a falta de atualização técnica dos profissionais com a perpetuação de práticas ultrapassadas e desaconselhadas do ponto de vista científico.

Nesse âmbito, apesar dos avanços legais em nível de SUS, percebe-se a permanência de profissionais que caminham na contramão da prestação de um serviço obstétrico adequado e atualizado (do ponto de vista técnico e humano), a exemplo da clássica manobra de Kristeller citada anteriormente que, apesar de ser proscrita pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) e FEBRASGO (FEBRASGO, 2021) atualmente, ainda é realizada.

Essa conjuntura de violências obstétricas nas instituições de saúde cultiva um cenário de perpetuação de práticas médicas desalinhadas com as melhores evidências científicas, influenciando os ambientes acadêmicos, pois os graduandos e residentes em medicina tendem a reproduzir condutas realizadas pelos médicos dos serviços que atuam como preceptores, contribuindo também para uma cultura médica de desobservância dos aspectos intersubjetivos

do cuidado em saúde, incluindo o tratamento da mulher como uma pessoa de direitos e como sujeito singular (SILVA; AYRES, 2021).

“E eu acho também que as vezes tem um pouco de desconhecimento e desatualização, porque tem algumas manobras, procedimentos, que antigamente eram utilizados e que hoje nós temos conhecimento que não ajuda na hora do parto, por exemplo, e as pessoas continuam executando porque elas não tem atualização sobre o assunto.” (Aluno 11, 10º período)

“Você de fato não se atualizar, não entender, não procurar promover um tratamento humanizado. Ah, não dá pra dizer que todos os médicos são inocentes e eles simplesmente não percebem, não, acho que a partir do momento que você não se atualiza, não busca, não entende, não olha com um olhar atento e humanizado você vai estar meio que se colocando na posição de que *tá* muito suscetível a praticar a violência obstétrica, *né*? Eu acho que o ponto individual é um dos fatores.” (Aluno 7, 12º período)

Esse cenário reivindica de maneira contundente a necessidade formação permanente dos profissionais de saúde mesmo depois que encerrada sua formação institucional, seja como graduandos, seja como residentes. Além disso, o SUS, para além de sistema de cuidados em saúde, é também uma entidade de aprendizagem e ensino, uma vez que representa, dubiamente, o meio e fim do processo de educação em saúde.

É dessa perspectiva que surgem as iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), com o objetivo de tornar o profissional de saúde cada vez mais ativo no conhecimento sobre a realidade a qual está inserida, visando à integralização e regionalização, usando como ponte o conhecimento e atualização pedagógica (MICCAS, 2013). Pensando nisso, no início dos anos 2000, o Ministério da Saúde criou políticas públicas facilitadoras de EPS, tais como a Política Nacional de Educação permanente (2000) e o Programa Nacional de Reorientação Profissional (2005) que atuam no sentido de institucionalizar programas de EPS.

Sob este prisma, as mudanças técnico-científicas caminham lado a lado (ou deveriam caminhar) com as necessidades em saúde dos sujeitos. Sendo assim, a EPS atua na educação dos profissionais por meio de uma perspectiva de “ação-reflexão-ação” em que os planos são montados de acordo com a realidade dos serviços, utilizando uma abordagem problematizadora e transformadora, tendo como pressuposto de que a desatualização profissional representa um gargalo na promoção de uma saúde pública de qualidade.

Nesse sentido, educar permanentemente é educar continuamente, de forma longitudinal e multidisciplinar, auxiliando na articulação ensino-serviço-comunidade (MICCAS, 2013). Para tal, os profissionais devem ter a habilidade de inserir-se efetivamente no sistema expropriando-

se de suas concepções e dispostos a aprender e ensinar continuamente de acordo com cada política.

Também chamou atenção dos pesquisadores, nesse cenário de reprodução de violências versus a necessidade de práticas médicas humanizadas, o fato de alguns entrevistados refere-se à atual inclinação dos médicos recém-formados e que desejam ingressar na residência de Ginecologia e Obstetrícia, de buscarem hospitais tecnológicos e desenvolvidos para serem centros de referência em parto humanizado, assim o fato de que a existência de lugares com “boa” ou “má fama” reitera a institucionalização da VO no sistema.

“Acontece também de o pessoal ir para o mercado de trabalho com a mentalidade de que vai ser um profissional diferenciado e acabar se poluindo lá na residência vendo os chefes, e reproduzindo o que estão vendo. Mas, no geral, essa nova geração de GO estão tendo um olhar mais delicado sobre esse assunto. E até porque começou agora a se discutir mais, *né?* A mídia ficou mais em cima em relação a isso... As mulheres começaram a falar mais, denunciar mais esse tipo de experiência que tiveram em seus partos *né?* E não tolerar mais” (Aluno 9, 10º período)

“A gente vai assimilando e quando ver já tá fazendo, aí quando percebe... A gente que escuta a falar mais sobre a VO, quando percebe diz “opa tá errado”.” (Aluno 1, 9º período)

4.3 Necessidades e possibilidades para a formação médica no preparo dos futuros/as médicos/as para lidarem com a Violência Obstétrica

Explorando as necessidades e possibilidades da formação médica na perspectiva da VO, esse trabalho questionou os alunos acerca da existência de discussões sobre a VO por parte dos professores e preceptores durante o curso. Foi unânime a resposta de que não existiam aulas direcionadas especificamente a VO, e que, quando comentado sobre o assunto em sala, o foco se restringia a retratar sobre a manobra de Kristeller e a realização de episiotomia, sem ênfases nos aspectos referentes à promoção de um atendimento humanizado na obstetrícia, como retratado a seguir:

“Assim, o que eu conheço sobre VO na verdade eu não aprendi na graduação, na minha faculdade a gente escuta muito pouco sobre isso.”

“Eu acho que tem muita falta de informação dessa questão na faculdade, *sabe?* Porque a gente não tem aula, a gente paga uma cadeira inteira de GO e a gente não tem uma aula, assim... Dizendo “ó gente *vamo* tentar não falar certas coisas, não fazer certos comentários”... Então é uma questão que a gente tem que ser sensibilizado porque às vezes a gente não tem aquela bagagem e bom senso de não comentar certas coisas, e muitas vezes isso também não é repassado.”

“Eles não dão a devida importância para a questão da VO, eu acho algo extremamente relevante, que tem que crescer mais sim essa discussão desde a faculdade né?”

“Só pinceladas, alguma professora já comentou em aula. E na verdade para dizer que não teve, a gente já teve alguma ação, se eu não me engano, da IFMSA sobre isso, mas apenas.”

“Pronto, eu acho que o que foi falado, assim, a questão mesmo... bem breve numa aula de parto “*ah*, manobra de Kristeller não faz mais “episiotomia tem umas indicações muito específicas” e só isso, sabe? Não aprofundou muito no assunto não.”

“Deixa eu pensar aqui se eu já tive alguma aula... Não, eu não tive uma aula realmente de VO, só os professores citaram por cima assim, algumas manobras que não devem ser feitas, mas não tive uma aula voltada realmente para a VO, nem palestra nem nada quando paguei GO.”

É indubitável que a concordância entre as falas citadas reflete a fragilidade curricular nesse tema de suma importância para a formação de futuros médicos, independente se seguirão ou não a carreira dentro da obstetrícia. A questão levantada aqui não é sobre a necessidade de existência de uma aula específica acerca da VO, mas sim sobre a indispensabilidade de tornar o assunto conhecido por todos os alunos, de forma equitativa, dentro das matrizes curriculares. Ou melhor, de construir as competências necessárias para que os profissionais não reproduzam as práticas de VO.

Leite et al., (2020) realizou uma pesquisa que visava avaliar o grau de conhecimento de estudantes de medicina acerca da temática da VO e das indicações acerca das vias de partos, assim como o contato com disciplinas relativas às humanidades. Os resultados mostraram que apesar de a maioria dos participantes terem cursado disciplinas de habilidades humanísticas e também afirmarem ter conhecimento sobre a VO, houve desconhecimento por parte de alguns

sobre quais atitudes configuram-se de fato como VO. Além disso, houve discrepâncias em relação às perguntas referentes às indicações de via de parto vaginal e cesárea.

Em vista disso, tais divergências de aprendizado e domínio sobre uma temática tão importante, corroboram com o argumento de que existem déficits na formação dos estudantes de medicina, não somente entre os participantes desta pesquisa, que precisam ser sanados para termos um perfil de profissionais capacitados para lidar de forma adequada com a saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Há, portanto, a necessidade de fazer avançar, do ponto de vista técnico e humano, as práticas médicas voltadas para os processos de gestação e parturição, que resulte em um cuidado integral à saúde. Uma das possibilidades para se fazer isso é aprimorar, durante a formação, a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes que sedimentem o alcance desse perfil profissional. Em outras palavras, construir competências a serem utilizadas na efetivação de uma assistência humanizada e um cuidado adequado para as pacientes, livre de julgamentos, assédios físicos ou morais, bem como dissociado da realização de procedimentos e condutas impróprias.

A seguir, esse estudo preocupou-se em apontar conhecimentos, habilidades e atitudes que, com base nos resultados obtidos, podem ser úteis para a construção de uma prática médica capaz de atuar na prevenção da perpetuação de práticas de VO nos mais diversos âmbitos institucionais.

Tabela 1: Conhecimentos, Habilidades, Atitudes.

COMO PREVENIR A PERPETUAÇÃO DE PRÁTICAS DE VO NO MEIO MÉDICO		
CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATITUDES
Conhecer as definições de Violência Obstétrica.	Identificar cenários em que houve prática de VO.	Realizar um atendimento centrado na paciente por meio de um pré-natal e assistência ao parto adequados, sem intervencionismos desnecessários e respeitando a autonomia da mulher no processo de concepção.
Compreender o processo de Assistência ao Parto e suas fases.	Identificar as fases do Trabalho de Parto.	

Conhecer as indicações relativas e absolutas de parto cesáreo.	Utilizar conhecimentos diagnósticos e terapêuticos conhecendo critérios de indicação, contraindicação, limitações e riscos.	
Conhecer as indicações e contraindicações de manobras e intervenções durante o parto.		
Reconhecer a importância da necessidade de atualização profissional constante do médico.	Ser capaz de aprender continuamente em relação tanto à formação acadêmica, quanto a profissional.	Realizar leituras críticas contínuas e atualização profissional frente à diversidade de informações e da transitoriedade de conhecimentos. Além disso, promover educação permanente em saúde, seja com as pacientes ou com os estudantes preceptorados.
Compreender o Método Clínico Centrado na Pessoa.	Ser capaz de exercer a medicina com postura ética e humanística.	
Compreender os preceitos da medicina humanizada.		

FONTE: Autoria própria.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou ouvir o que os estudantes de medicina tinham a dizer sobre suas vivências com relação à temática da violência obstétrica na graduação, perpassando por cenários de sala de aula e de estágios em maternidades.

Pode-se depreender, a partir dos relatos, que os estudantes têm vivenciado a VO na prática profissional, marcada por um contexto de institucionalização da banalização da dor e dos processos naturais da concepção, desrespeito aos direitos inerentes à saúde sexual e reprodutiva feminina e realização de procedimentos feitos de forma inadvertida, a exemplo do excesso de cesarianas eletivas.

Somado a isso, esse trabalho procurou compreender o papel da formação médica na graduação, concluindo que os moldes como são definidas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina têm papel singular na promoção de uma saúde humanizada, mas difere do que é visto na prática, em que muitos profissionais caminhando na contramão desse processo ao exercer uma medicina baseada em protocolos próprios e condutas sem evidência. Todos esses fatores contribuem substancialmente na formação profissional dos futuros médicos, a partir de uma conjuntura de reprodutibilidade de atitudes ensinadas e de naturalização da violência.

Diante do exposto, as narrativas exibidas por essa pesquisa versam em maior ou menor grau acerca de um ponto congruente: A Violência Obstétrica, em suas diversas facetas, ainda existe e precisa ser combatida. Diante disso, refletindo-se sobre as possíveis causas e sua relação com a formação médica, discorreremos a seguir sobre as possibilidades de mudança do cenário atual.

De acordo com as DCN, o currículo médico deve contemplar conteúdos que garantam a “Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos - gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento”, além da “capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente”. Por isso, a temática da VO deve ser pauta curricular nos cursos de medicina e pode ser abordada em diversos cenários e momentos da formação, seja nas aulas de assistência ao parto, de saúde da mulher, ou até mesmo ao se discutir sobre violência contra a mulher ou sobre o direito à saúde.

Além disso, é crucial que os preceptores obstetras sejam atualizados quanto às condutas adequadas e tenham o discernimento de ensinar aos estudantes as possibilidades terapêuticas e

o porquê de utilizá-las ou não, individualizando-as corretamente e respeitando a autonomia de cada paciente.

Ainda de acordo com Souza (2018), há a existência de um "currículo oculto em medicina", representado pelas diversas experiências vivenciadas pelos alunos durante o tempo de preparo acadêmico, sendo que elas podem ter efeito direto sobre a falta de empatia gerada ao longo dos anos de graduação. Durante o curso o estudante se depara com diversos cenários longe dos que foram idealizados por ele nos primeiros semestres, condutas inadequadas, injustiças, violências, desrespeitos, sofrimento, os quais geram uma quebra de expectativa e sensação de “não pertencimento”. A autora relata depoimentos de alunos e professores os quais confirmam a tendência do surgimento gradativo de uma personalidade pragmática, casada, sem sonhos e utopias que muitos adquirem nos últimos anos da graduação.

Ainda sobre o assunto, Silva (2003) ao estudar sobre a identidade médica, aborda que o perfil do universitário dos dois primeiros anos de formação é de um indivíduo com perspectivas humanísticas, cercado de expectativas e esperanças, entretanto após esse período, em decorrência do estresse e das suas vivências da faculdade, esse mesmo indivíduo tende a tornar-se insensível e banalizar os processos primordiais de cuidado.

Ademais, a autoridade imposta por demonstração de uma força (intelectual) superior por parte de muitos professores, afasta os estudantes e reforça posições de hierarquias que influenciam negativamente no ponto de vista de uma formação humanizadora. Nessa perspectiva, o contato com professores compreensivos, humanizados e coerentes influenciam positivamente no desenvolvimento profissional, uma vez que gera identificação e desejo de mudança, a recíproca também é verdadeira e esse é o motivo do enfoque dado para a importância do papel do professor no curso de medicina.

REFERÊNCIAS

DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** J. Hum. Growth Dev., São Paulo, 2015. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2021. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e170915, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.170915>.

CARVALHO, Isaiane da Silva. **Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.** 2017. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00071.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021.

MARRERO, L., & Brüggemann, O. M. (2018). **Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review.** Revista Brasileira de Enfermagem, 71(3), 1152–1161.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1152.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0238

KISS, Lígia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, mar. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>.

PAES, Ângela Tavares. **Itens essenciais em bioestatística.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 71, n. 4, p. 575-580, out. 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001000003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X1998001000003>.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 25 mai. 2021.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

VENTURI, Godinho T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013

REGO S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. **Bioética e humanização como temas transversais na formação médica.** RevBrasEduc Med. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2021.

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS; 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement_childbirth/pt/. Acesso em: 25 mai. 2021.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido. **A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina.** 2012. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2021.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. **Violência obstétrica:** influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista. Acesso em: 25 mai. 2021.

BRASIL. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento (2011 a 2012). **Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/ Fiocruz)**, 2019. Disponível em: < https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil#:~:text=A%20pesquisa%20%E2%80%9CNascer%20no%20Brasil,p%C3%BAblicas%20de%20ensino%20e%20pesquisa. > Acesso em: 30 de mar. de 2022.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 1. Acesso em: 9 Maio 2022, pp. 17-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DeW5YNWVkyMVBByhrN/#> Epub 11 Jan 2008. ISSN 1678-4464. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 878 de 08 de agosto de 2019.** Apensado ao Projeto de Lei nº 7633/2014 que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília Câmara dos Deputados. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2192345>> . Acesso em: 20 fev. 2022.

CIELLO, Cariny; CARVALHO, Cátia; KONDO, Cristiane; DELAGE, Deborah; NIY, Denise; WERNER, Lara; SANTOS, Sylvana, Karla. **Dossiê de Violência Obstétrica:** Parirás com dor, Produção Rede Parto do Princípio, 2012. Disponível em: < <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.p> >. Acesso em 10 mai. 2023.

MARCO, Mario Alfredo De et. al. **Comunicação, humanidades e humanização:** a educação técnica, ética e estética emocional do estudante do profissional de saúde. Interface (Botucatu), 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/icse/a/C7XFHzrY7tRQNdWkn6bZfJf/?lang=pt#> > Acesso em: 25 de Abr. 2023.

Leite, Y. S. de C. O., Giuliano, E. C. N., Dias Júnior, S. A., Silva, M. S. da ., Terra, F. de S., & Ribeiro, P. M.. (2020). **Conhecimento de Discentes do Curso de Graduação em Medicina sobre Vias de Parto.** *Revista Brasileira De Educação Médica*, 44(4), e167.

SIMÕES, João Carlos. **Humanização no Curso de Medicina. Academia Médica online.** 13 jan 2013. Disponível em: < <https://academiamedica.com.br/residencia-2013/t> > Acesso em: 20 Abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília. Resolução nº 3, de junho de 2014. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/20138-ces-2014> > Acesso em: 26 mai. 2022.

BRASIL. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, **Dossiê da Violência Obstétrica**. “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%2037.pdf>> Acesso em 15 dez 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/105/11442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1 > Acesso em 25 abr 2023.

NAScer NO BRASIL: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Maria do Carmo Leal e divulgada em 2014. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/> > Acesso em 15 abr 2023.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Brasília, 2015. Disponível em: < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf > Acesso em 15 abr 2023.

REZENDE FILHO, J; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

NETO, J. P. **Capitalismo e Reificação**. São Paulo: Livraria Editora Humanas, 1981.

CARRAPATO, P.; Correia, P.; Garcia, B. (2017). **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. Saúde E Sociedade, 26(3), 676–689. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 30 abr 2023.

BATISTA FILHO, M., & Rissin, A.. (2018). **A OMS e a Epidemia de Cesarianas**. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, 18(1), 3–4. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?lang=pt#> > Acesso em 30 abr 2023

LEÃO, M. R. de C.; Riesco M. L. G.; Schneck C. A.; Angelo M. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres**. Ciência e saúde coletiva. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/6KtN36jWhqrBr5pQcKN3BwF/?lang=pt#> > Acesso em 30 abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Folheto. 1ª edição 1ª reimpressão Brasília: DF, 2013. Ministério da Saúde. Disponível em: <
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em 30 abr 2023

AYRES, J. R. de C. M.; Rios, I. C.; Schraiber, L. B.; Falcão, M. T. C.; & Mota, A. (2013). **Humanidades como disciplina da graduação em Medicina**. Revista Brasileira De Educação Médica, 37(3), 455–463. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/JYMLBFkT45jR8MzXpxFtCms/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 9 mai 2023.

CARVALHO, B. G., Turini, B., Nunes, E. de F. P. de A., Bandeira, I. F., Barbosa, P. F. A., & Takao, T. S.. (2011). **Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Revista Brasileira De Educação Médica, 35(1), 132–141. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/sq8BxNkc9DrhwPF8Nsv4g7f/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 9 mai 2023.

PAGLIOSA, F. L.; Da Ros, M. A. (2008). **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira De Educação Médica, 32(4), 492–499. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 9 mai 2023.

GOMES, A. P.; & Rego, S. (2011). **Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?**. Revista Brasileira De Educação Médica, 35(4), 557–566. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/vY3BY5VrN3KYxk5QmyPTWNg/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 9 mai 2023.

MICCAS, F. L.; Batista, S. H. S. da S.(2014). **Educação permanente em saúde: metassíntese**. Revista De Saúde Pública, 48(1), 170–185. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt#ModalHowcite> > Acesso em 9 mai 2023.

ANEXOS

ANEXO 1 - Roteiro de Entrevista individual

1) Dados pessoais

- a. Código
- b. Idade
- c. Sexo/gênero
- d. Cor
- e. Religião
- f. Formação acadêmica anterior
- g. Período na faculdade
- h. Instituição de ensino vinculada

2) Quantificação da experiência

3.1 Quantificando a experiência

PRÉ-NATAL

Quantos já acompanhou?
Quantos realizou com supervisão?
Quando realizou sozinho?

PARTO

Quantos já acompanhou?
Quantos realizou com supervisão?
Quando realizou sozinho?

PUERPÉRIO

Quantos já acompanhou?
Quantos realizou com supervisão?
Quando realizou sozinho?

3) Conhecimento geral sobre o tema

- a. Você já ouviu falar em Violência Obstétrica?
- b. O que você entende por Violência Obstétrica?
- c. Qual sua opinião sobre esse tema?
- d. Você já presenciou alguma prática clínica onde acha que pode ter havido violência obstétrica? Poderia dizer como foi?
- e. O que, na sua opinião, pode levar o médico a realizar, mesmo que sem intenção, práticas que possam caracterizar a Violência Obstétrica?
- f. Qual a sua opinião sobre o sistema atual de assistência ao parto (pré-natal, durante o parto e no puerpério)?
- g. Você já teve contato com pacientes que possuíam plano de parto definido junto ao obstetra?

4) Experiência prática com a violência obstétrica

- a. Nas suas experiências na prática clínica, você já presenciou a realização de episiotomia? Lembra qual era a indicação clínica para sua realização? Qual?
- b. Nas suas experiências na prática clínica, você já presenciou falas e julgamentos inadequados com as pacientes durante o parto, pré-natal ou puerpério? Poderia dizer como foi dito e como ocorreu?
- c. Alguma vez você já viu ou sentiu que alguma paciente (no parto, pré-natal ou puerpério) ficou constrangida devido à conduta do médico? Como foi?
- d. Você já ouviu relatos de pacientes que se sentiam constrangidas devido à conduta do médico? (no parto, pré-natal ou puerpério?)
- e. Com que frequência você observou que foi negada a presença de acompanhantes dentro da sala de parto?
 - i. Muito frequente
 - ii. Frequentemente
 - iii. Ocasionalmente
 - iv. Raramente
 - v. Nunca
- f. Com que frequência você observou a realização de partos em posição supina?
 - i. Muito frequente
 - ii. Frequentemente
 - iii. Ocasionalmente
 - iv. Raramente
 - v. Nunca
- g. Com que frequência você acompanhou partos cesáreas?
 - i. Muito frequente
 - ii. Frequentemente
 - iii. Ocasionalmente
 - iv. Raramente
 - v. Nunca
- h. Você observou mais partos vaginais ou cesáreas nos serviços que acompanhou?
 - i. Vaginais
 - ii. Cesárea
- i. Com que frequência você observou constrangimento por parte da paciente diante da conduta do médico durante o pré-natal?
 - i. Muito frequente

- ii. Frequentemente
- iii. Ocasionalmente
- iv. Raramente
- v. Nunca

5) Conhecimentos, Habilidades e Atitudes com a Violência Obstétrica na Formação Acadêmica

a. Conhecimentos

- i. A temática da VO já foi pauta de discussões na sua faculdade por parte dos professores?
 - 1. Sim
 - 2. Não
- ii. Você já teve aulas de assistência ao parto?
 - 1. Sim
 - 2. Não
- iii. Na sua visão, o que caracteriza uma abordagem humanizada de assistência ao parto?
- iv. Você já teve práticas de assistência ao parto? . Quais?

Se sim -> Com que frequência você considera que as habilidades e conhecimentos que foram transmitidos a você, seguiam uma abordagem humanizada de assistência ao parto?

 - 1. Muito frequente
 - 2. Frequentemente
 - 3. Ocasionalmente
 - 4. Raramente
 - 5. Nunca
- v. Com que frequência você vivenciou na prática o que realmente você aprendeu na prática?
 - 1. Muito frequente
 - 2. Frequentemente
 - 3. Ocasionalmente
 - 4. Raramente
 - 5. Nunca

6) Habilidades

- a. As episiotomias que você tem observado têm sido realizadas conforme as indicações?
- b. Você sabe identificar quando um parto cesárea é feito sem indicação?
- c. Você sabe identificar quando a ocitocina é administrada sem indicação no parto?

7) Atitudes

- a. Para você, quais atitudes o profissional deve ter para ofertar um atendimento humanizado no parto?
- b. Para você, quais atitudes o profissional deve ter para ofertar um atendimento humanizado no pré-natal?
- c. Para você, quais atitudes o profissional deve ter para ofertar um atendimento humanizado no puerpério?

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO****CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****Esclarecimentos**

Este é um convite para você participar da pesquisa **“A violência Obstétrica na Formação Médica à luz das Vivências e Percepções de Acadêmicos de Medicina”** coordenada pelo **Prof. Dr. Jennifer do Vale e Silva** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

O trabalho tem por finalidade analisar a percepção dos estudantes de medicina quanto às práticas de Violência Obstétrica, de acordo com suas vivências na formação acadêmica, a fim de que se compreenda o cenário de vivências e ensino aprendido em que os estudantes de medicina estão inseridos no que concerne à construção de competências para lidar com a violência obstétrica na prática clínica.

Caso decida aceitar o convite, você irá participar de uma entrevista semiestruturada de forma virtual, por meio de videoconferência via GoogleMeet, ou presencial com lugar e data a serem combinados com você, cuja responsabilidade de aplicação é de **Rafaella Dutra Souto**, graduanda do curso de medicina da Universidade Federal Rural do Semi-árido. Assim, faremos perguntas abertas e fechadas sobre esse tema e você terá total liberdade de respondê-las da melhor forma que lhe convém. As informações coletadas serão organizadas em um banco de dados e analisadas a partir de técnicas de análises de conteúdos.

Essa pesquisa tem como objetivo geral “Analisar a percepção dos estudantes de medicina quanto às práticas de Violência Obstétrica de acordo com suas vivências na formação acadêmica”. E como objetivos específicos: Conhecer a percepção dos estudantes de medicina sobre a violência obstétrica; Conhecer o ensino-aprendizado fornecido aos estudantes de medicina no que se refere às habilidades, conhecimentos e atitudes de assistência ao parto; Identificar as experiências dos estudantes de medicina com práticas de violência obstétrica; Compreender como os estudantes entrevistados lidam com as situações de violência obstétrica vivenciadas; Compreender como os estudantes de medicina pretendem agir diante de situações de violência obstétrica na sua prática médica futura.

O único benefício imediato da pesquisa para você é a possibilidade de tratar de tema tão importante para a saúde da mulher de maneira aberta, confidencial, sem julgamentos às suas opiniões e experiências. A médio e longo prazo, suas opiniões acerca da violência obstétrica poderão ajudar a melhor compreender esse grave problema e fazer avançar a formação acadêmica dos estudantes de medicina no sentido de que os futuros profissionais médicos possam minimizar as práticas de violência nos serviços de saúde.

Os riscos de você participar da pesquisa são mínimos. Talvez apenas algum tipo de constrangimento da sua parte em responder alguma das perguntas da entrevista, considerando ser esse um tema complexo. Para minimizar isso, faremos o seguinte: Garantia do seu anonimato/privacidade na pesquisa, onde não será preciso colocar o nome do mesmo; Para manter o sigilo e o respeito a você, apenas a discente Rafaella Dutra Souto aplicará o questionário e somente a discente Rafaella Dutra Souto e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar os questionários; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado qualquer dado que venha a lhe identificar; Garantia que deixaremos você à vontade para responder aos questionários; e, de que teremos a Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em um drive, guardados por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável, o Prof. Dr. Jennifer do Vale e Silva, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador Jennifer do Vale e Silva, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), localizada na Rua Francisco Mota Bairro, 572 - Pres. Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, telefone: (84) 3317-8263.

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** – Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antonio da Silva Neto s/n - Aeroporto

Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do pesquisador Jennifer do Vale e Silva.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Consentimento Livre

Concordo em participar da pesquisa “**A violência Obstétrica na Formação Médica à luz das Vivências e Percepções de Acadêmicos de Medicina**”. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Aluna (Aluna-pesquisador) Rafaella Dutra Souto - Aluna do Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), localizada na Rua Francisco Mota Bairro, 572 - Pres. Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, telefone: (84) 3317-8263.

Prof. Dr. Jennifer do Vale e Silva (Orientador da Pesquisa – Pesquisadora Responsável) - Curso de Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), localizada na Rua Francisco Mota Bairro, 572 - Pres. Costa e Silva, Mossoró - RN, 59625-900, telefone: (84) 3317-8263.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) - Faculdade de Medicina da UERN - Rua Miguel Antonio da Silva Neto s/n - Aeroporto
Home page: <http://www.uern.br> - e-mail: cep@uern.br – CEP: 59607-360 - Mossoró –RN Tel: (84) 3312-7032.

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

D726 Dutra, Rafaella.
v Violência Obstétrica na Formação Médica à Luz
das Vivências e Percepções de Acadêmicos de
Medicina / Rafaella Dutra. - 2023.
49 f. : il.

Orientador: Jennifer do Vale e Silva.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2023.

1. Violência Obstétrica. 2. Violência contra a
mulher. 3. Atenção à saúde. 4. Direito à saúde . 5.
Formação Profissional em Saúde. I. do Vale e
Silva, Jennifer, orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.